

# Das neue Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Manfred Andreas, Karlsruhe<sup>1</sup>

Die Bundesregierung hat unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) erarbeitet. Sie hat diesen Entwurf dem Bundesrat zugeleitet. Der Bundestags-Ausschuss für Gesundheit hat eine Beschlussempfehlung und einen Bericht abgegeben<sup>2</sup>. Der Bundestag hat das Gesetz am 14.3.2019 in zweiter und dritter Lesung in der Fassung angenommen, wie es der Empfehlung des Ausschusses für Gesundheit entspricht<sup>3</sup>. Der Bundesrat hat das nicht zustimmungspflichtige Gesetz am 12.4.2019 gebilligt. Es ist zum größten Teil nach seiner Verkündung im Bundesgesetzblatt vom 10.5.2019 (BGBl. Nr. 18, S. 646 ff.) am 11.5.2019 in Kraft getreten.

Die Bundestags-Drucksache 19/6337 vom 7.12.2018 mit dem Gesetzentwurf nebst Begründung hat 212 Seiten, die Äußerung des Ausschusses für Gesundheit 252 Seiten. Es ist deshalb unmöglich, an dieser Stelle auf alle Änderungen einzugehen. Um dennoch einen Gesamteindruck zu vermitteln, wird zunächst wiedergegeben, welche Ziele die Bundesregierung mit dem Gesetzentwurf verfolgt und welche Lösungsvorschläge sie unterbreitet hat.

## Ziele der Bundesregierung<sup>4</sup>

Das Gesetz zielt 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,

- die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert werden,

- Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu erweitern und

- dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzen können.

## Lösungsvorschläge der Bundesregierung<sup>5</sup>

- In einem Sofortprogramm werden die Leistungen der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung und der Zugang zu diesen Leistungen für die versicherten Patientinnen und Patienten verbessert.

- Dazu werden die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 (bisher Nummer des Not- und Bereitschaftsdienstes) täglich 24 Stunden telefonisch und auch online erreichbar.

1 Dr. jur. Manfred Andreas, Karlsruhe

2 BT-Drucks. 19/8351 vom 13.3.2019

3 Plenarprotokoll 19/86 S. 10064 (B)

4 BT-Drucks. 19/6337 S. 1

5 BT-Drucks. 19/6337 S. 1 bis 3

bar sein und nicht nur Termine bei Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten, sondern in Akutfällen auch eine unmittelbare ärztliche Versorgung entweder in einer geöffneten Arztpraxis, in einer Portal- oder Bereitschaftsdienstpraxis oder in einer Notfallambulanz vermitteln. Zudem sollen die Terminservicestellen die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten bei der Suche nach einer Haus- oder Kinderärztin bzw. einem Haus- oder Kinderarzt unterstützen, die oder der sie dauerhaft versorgen kann.

- Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten wird von 20 auf 25 Stunden erhöht. Offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvergabe von Vertragsärzten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen, werden ausgeweitet. Das erweiterte Sprechstundenangebot wird mit entsprechenden extrabudgetären Vergütungsanreizen für die Vertragsärztinnen und -ärzte gefördert.

Ärztinnen und Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und vertragsärztlich unterversorgten ländlichen Räumen praktizieren, werden über regionale Zuschläge besonders unterstützt. Die hausärztliche Versorgung und die „sprechende Medizin“ werden besser vergütet, ebenso koordinierende Leistungen wie die Terminvermittlung zu Fachärztinnen oder Fachärzten. Durch Festlegung von Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen, die im Vorfeld von Prüfverfahren anzuerkennen sind, werden insbesondere Hausbesuche gefördert.

- Darüber hinaus sollen verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel zur Stärkung der Manipulationsresistenz entwickelt werden.

- Um die Attraktivität der Medizinischen Versorgungszentren zu er-

halten und gleichzeitig für eine ausgewogene Balance zwischen Anstellung und freiberuflicher Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten zu sorgen, werden die gesetzlichen Regelungen zu den Medizinischen Versorgungszentren weiterentwickelt und Rechtsunsicherheiten beseitigt.

- Die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Finanzierung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werden erhöht und verbindlicher ausgestaltet. Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Eigeneinrichtungen zu gewährleisten, wird erweitert.

- Weiterentwickelt werden auch die Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der Bedarfsplanung. Ziel ist es, eine kleinräumige, bedarfsgerechte und flexible Verteilung der Arztsitze zu erleichtern.

In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Gebiete obliegt den Ländern. Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen sowie ein Antragsrecht in den Landesauschüssen.

- Damit Entscheidungen zu versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten zeitnah und effektiv umgesetzt werden können, werden die Schiedsregelungen und die sektorenübergreifenden Konfliktlösungsinstrumente der Selbstverwaltung neu strukturiert und weiterentwickelt.

- Die Festzuschüsse für Zahnersatz werden ab dem 1.1.2021 von bisher 50 % auf 60 % erhöht.

- Für Langzeiterkrankte wird die Möglichkeit, stufenweise wieder in das Berufsleben eingegliedert

zu werden, verbessert.

- Die Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen werden vereinfacht.

- Die psychotherapeutische Behandlung soll zukünftig im Rahmen einer gestuften und gesteuerten Versorgung erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält dazu einen Regelungsauftrag in der Psychotherapie-Richtlinie.

- Darüber hinaus wird die elektronische Patientenakte flächendeckend eingeführt und der Zugriff auf die elektronische Patientenakte über mobile Geräte wie Smartphones ermöglicht.

**Nachfolgend sollen diejenigen Neuregelungen dargestellt werden, die in der Ärzteschaft für Diskussionen gesorgt haben und die der Verfasser für erörterungswürdig hält. Vorab sei bemerkt, dass die Bundesärztekammer den Gesetzentwurf bei aller Kritik grundsätzlich als positives Signal für eine bedarfsgerechte und zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und der Patientenversorgung bewertet hat<sup>6</sup>.**

### **§ 73 Abs. 1 SGB V Hausärztliche Versorgung**

§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 wurde wie folgt ergänzt und gefasst<sup>7</sup>:

***Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere:***

2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen ***einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,***

<sup>6</sup> Stellungnahme S. 2

<sup>7</sup> Die Ergänzung ist kursiv fett gedruckt

Die Bundesregierung hat die Ergänzung u.a. wie folgt begründet<sup>8</sup>:

Die Regelung gilt für alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Abs.1a Satz 1 und demnach für Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Kinder-/Jugendärzte und hausärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt und praktische Ärzte. In den bislang in den Regionen vereinbarten Verträgen wird dabei teilweise nach unterschiedlichen Dringlichkeitsgraden (z.B. innerhalb eines Tages und/oder innerhalb einer Woche) unterschieden.

### § 75 Abs. 1a SGBV Inhalt und Umfang der Sicherstellung

§ 75 Abs. 1a hat folgenden geänderten Wortlaut erhalten<sup>9</sup>:

Der Sicherstellungsauftrag nach Abs.1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der [fachärztlichen] **vertragsärztlichen** Versorgung. [Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 23.1.2016 Terminservicestellen einzurichten; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.] **Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die spätestens zum 1.1.2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen 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 und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.** [Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs.1 Satz 1 zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt zu vermitteln ist.]. **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 Abs. 3 Satz 2 wählen möchten, und**

**3. Versicherten spätestens zum 1.1.2020 in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln.**

**Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt und mit Ausnahme der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nr. 3 eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nr. 2 vorliegen.** Die Wartezeit auf [den zu vermittelnden] **einen** Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten [Facharzt] **Arzt** muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz [4] **5** vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; [die Sätze 3 bis 5] **Satz 3 Nr. 1 und die Sätze 4, 5 und 6**

gelten entsprechend. Satz [6] **7** gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen, **sofern es sich nicht um termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder handelt**, und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. In den Fällen von Satz [7] **8** hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Abs. 1 sind [bis zum 23.10.2015] insbesondere Regelungen zu treffen

1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,

**2. zu den Fällen, in denen es für die Vermittlung von einem Behandlungstermin bei einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt einer Überweisung bedarf,**

[2] **3.** zur zumutbaren Entfernung nach Satz [5] **6**, differenziert nach Arztgruppen,

[3] **4.** über das Nähere zu den Fällen nach Satz [7] **8**,

[4] **5.** zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Abs. 1a Satz 2.

Im Bundesmantelvertrag können zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung getroffen werden. Die Sätze 2 bis [11] **12** gelten nicht für Behandlungen nach § 28 Abs. 2 und § 29. [Ab Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 6a Satz 3 gelten die Sätze 2 bis 11 für Behandlungen nach § 28 Abs. 3 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine; einer Überweisung bedarf es nicht.]

<sup>8</sup> BT-Drucks. 19/6337 S. 93

<sup>9</sup> Entfallende Worte sind in eckige Klammern gesetzt, neue Worte kursiv fett gedruckt

**Für Behandlungen nach § 28 Abs. 3 gelten die Sätze 2 und 3 Nr. 1 sowie die Sätze 5 bis 12 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und hinsichtlich der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine; einer Überweisung bedarf es nicht. Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf zwei Wochen nicht überschreiten.** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung [kann] **unterstützt** die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement **und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement** bei der Terminvermittlung [unterstützen]; **Sie hat ein elektronisches Programm zur Verfügung zu stellen, mit dem die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, um sich über die Sprechstundenzeiten der Ärzte informieren zu können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen.** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von [Facharztterminen] **Arztterminen**, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30.6.2017, zu berichten. **Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden.**

Die Bundesregierung hat die Neuregelung zu den Terminservicestellen wie folgt erläutert<sup>10</sup>:

Künftig müssen die Terminservicestellen nicht nur auch Termine bei

Hausärztinnen und Hausärzten und bei Kinderärztinnen und Kinderärzten vermitteln. Sie haben Versicherte auch bei der Suche nach einer Hausärztin und einem Hausarzt oder einer Kinder- und Jugendärztin und einem Kinder- und Jugendarzt zu unterstützen, die oder den sie für eine dauerhafte hausärztliche Versorgung wählen können.

Aufgabe der Terminservicestellen wird es künftig darüber hinaus sein, Versicherten in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Bislang erfolgte eine solche Vermittlung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nur im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten. Die Servicestelle 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 eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Servicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale weiter.

Zur Verbesserung der Erreichbarkeit der neuen Servicestelle wird vorgesehen, dass diese künftig unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116 117, die nach geltendem Recht allein für den außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten zu organisierenden vertragsärztlichen Not- bzw. Bereitschaftsdienst gilt, 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche (24/7) erreichbar ist.

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** hat die geplante Neuregelung u.a. wie folgt bewertet<sup>11</sup>:

Grundsätzlich können Terminservicestellen bei den KVen aus Sicht der KBV einen Beitrag dazu leisten, den Zugang zur Versorgung für ge-

setzlich Krankenversicherte zu unterstützen und zu koordinieren. Besonders herauszuheben ist, dass der Terminservice in der Hoheit der KVen verbleibt, die im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages handeln. Die KVen sind letztlich - so Terminservicestellen eingerichtet und mit Steuerungselementen in der ambulanten Versorgung verbunden werden sollen - der einzig sinnvolle Regelungsort für die Stellen, die künftig einheitlich unter der 116 117 erreicht werden sollen.

Abgelehnt wird die vollständige Integration der Rufnummer 116 117 in das Angebot der Rufnummer 112: Eine potentielle direkte Verzahnung der Terminservicestelle mit einer Vielzahl von Leitstellen in anderer Trägerschaft würde insofern lediglich zu komplizierten und kostenintensiven Regelungen und Arbeitsprozessen führen, deren Vorteile nicht ersichtlich sind.

Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** hat sich wie folgt geäußert<sup>12</sup>:

Nach Ansicht der Krankenhäuser ist der Vorschlag nachvollziehbar, jedoch nicht zielführend, da weiterhin zwei Notfall-Rufnummern - die des Rettungsdienstes und die der Servicestelle - parallel bestehen blieben. Für Patienten wird die Versorgung im Akut- und Notfall damit nicht eindeutiger. Es sollten vielmehr integrierte Leitstellen mit einheitlicher Notfall-Rufnummer (112) angedacht werden, die die Patienten im Akut- bzw. Notfall in die entsprechende Versorgungsform leiten. Dafür spricht, dass es dem Patienten in einer Akut- bzw. Notfallsituation unter Umständen nicht möglich ist, einzuschätzen, welche Versorgungsstruktur seinem aktuellen Gesundheitszustand entspricht

<sup>10</sup> BT-Drucks. 19/6337 S. 52 f.

<sup>11</sup> Stellungnahme, S. 18 bis 20

<sup>12</sup> Stellungnahme S. 12



und welche Nummer (112 oder 116 117) er daher wählen sollte. Schwerwiegende gesundheitliche Folgen sind nicht auszuschließen, wenn der Patient sich telefonisch an die Servicestelle wendet und diese nach erfolgter Ersteinschätzung zu dem Ergebnis kommt, dass ein Notfall vorliegt. Dann erst erfolgt durch die Servicestelle eine telefonische Weiterleitung an die Notrufzentrale, die gegebenenfalls eine weiterführende Informationssammlung vornehmen muss. Insgesamt geht Zeit verloren, bis die Rettungskette angestoßen wird. Dies spricht einerseits für eine Zusammenlegung der Nummern im Akut- und Notfall und andererseits für eine Abspaltung der vorgesehenen telefonischen Akutvermittlung durch die Terminservicestellen und deren Integration in eine einheitliche Notfallstruktur. Die integrierte Leitstelle wäre der telefonische „Anlaufpunkt“ für alle Patienten mit akuten Gesundheitsstörungen. Bestehende Strukturen wie Rettungsleitstellen könnten hierzu effizient genutzt und erweitert werden. Dort erfolgt eine qualifizierte Ersteinschätzung über die Dringlichkeit und die geeignete Versorgungsform. Damit sollte neben der Terminservicestellennummer eine Not- und Bereitschaftsdienstnummer mit Integration der Notfallnummer 112 vorgenommen werden. Zugunsten der Patientensicherheit gäbe es damit eine bundesweit einheitliche Telefonnummer für die Not- und Bereitschaftsdienste, die an 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche (24/7) erreichbar ist. Eine Trennung der Nummern (Terminservicestelle und Not- und Bereitschaftsdienst) ist sinnvoll, da somit keine Vermischung zwischen Anrufen zur Vermittlung eines Behandlungstermins und Anrufen im Akutfall erfolgen würde.

### § 87a SGB V Extradudgetäre und zusätzliche Vergütung

§ 87a wurde u.a. wie folgt geändert:

Abs. 3 Satz 5 wurde durch die folgenden Sätze ersetzt:

Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Abs. 2 Satz 5 zu vergüten:

1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,

2. Zuschläge nach § 87 Abs. 2b Satz 3

§ 87 Abs. 2b Satz 3 lautet:

Mit Wirkung zum 1.9.2019 sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen aufzunehmen:

1. ein Zuschlag in Höhe von 50 % der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung bis zum Ablauf des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 erfolgt und ein Zuschlag in Höhe von 50 % der jeweiligen Versichertenpauschale für Behandlungen in Akutfällen nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3,

2. ein Zuschlag in Höhe von 30 % der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des zweiten Tages nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der ersten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 erfolgt,

3. ein Zuschlag in Höhe von 20 % der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des ersten Tages der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der vierten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 erfolgt, sowie

4. ein Zuschlag in Höhe von mindestens 10,- € für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2.

3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Abs. 1a Satz 8 handelt,

4. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2, 5. Leistungen im Behandlungsfall, die von Ärztinnen und Ärzten, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden und

6. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Abs. 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden; bei einem reduzierten Versorgungsauftrag ist die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche gemäß § 19a Abs. 1 Satz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte begrenzt.

Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Abs. 2 Satz 5 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

Bezüglich der Vergütungsanreize hat die **Bundesregierung** erläutert<sup>13</sup>:

Die Leistungen und der Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung werden mit folgenden Vergütungsanreizen verbessert und gefördert:

- extrabudgetäre Vergütungszuschläge auf die ärztlichen Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen bei der Untersuchung und Behandlung von in den Arztpraxen neuen Patientinnen und Patienten,

- extrabudgetärer Vergütungszuschlag von ärztlichen Leistungen für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,

- extrabudgetäre Vergütungszuschläge auf Leistungen der jeweiligen Grundpauschale in der offenen Sprechstunde,

- extrabudgetäre Vergütung der Leistungen im Behandlungsfall für die Übernahme eines Behandlungstermins durch einen fachärztlich tätigen Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer,

- extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen (Akut-)Leistungen im Behandlungsfall, die von der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung vermittelt werden,

- Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen hinsichtlich der Bewertung technischer Leistungen zur Nutzung von Rationalisierungsreserven zur Förderung der „sprechenden Medizin“.

- Durch Festlegung von Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen in den Vereinbarungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die im Vorfeld von Prüfverfahren als besonderer Versorgungsbedarf anzuerkennen sind, werden insbesondere Hausbesuche gefördert.

erkennen sind, werden insbesondere Hausbesuche gefördert.

Darüber hinaus sollen für vertragsärztliche und sektorenübergreifende Leistungserbringer verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel zur Stärkung der Manipulationsresistenz entwickelt werden.

Außerdem sind künftig regionale Zuschläge zur Sicherstellung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf obligatorisch zur besonderen Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten zu zahlen.

### § 92 Abs. 6a Satz 4 SGB V - E Gestufte und gesteuerte Versorgung bei psychotherapeutischer Behandlung

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sah vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten beschließt. Dieser Vorschlag ist nicht Gesetz geworden.

### § 101 Abs. 1 SGB V Bedarfsplanung

In § 101 Abs. 1 wurde nach Satz 7 folgender Satz eingefügt:

Er<sup>14</sup> kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen; die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Aus-

wirkungen auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen.

In der **Begründung des Gesetzentwurfs** heißt es dazu:

Mit der Änderung wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss 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 für Ärzte einzelner Fachgebiete oder für Ärzte mit besonderen Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festzulegen (z.B. Mindestanzahl an Rheumatologen innerhalb eines Planungsbereichs in der Arztgruppe der Fachinternisten). Bei der Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen handelt es sich um Anteile der jeweils für die Arztgruppe festzulegenden Verhältniszahlen.

### § 105 Abs. 1c SGB V Eigeneinrichtungen der KV

§ 105 wird durch folgenden Abs. 1c ergänzt:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können eigene Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Einrichtungen auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betreiben. In Gebieten, in denen

<sup>13</sup> BT-Drucks. 19/6337 S. 53 f.

<sup>14</sup> der Gemeinsame Bundesausschuss

der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 eine ärztliche Unterversorgung festgestellt hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Ablauf der Frist nach § 100 Abs. 1 Satz 2, spätestens jedoch nach sechs Monaten, zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 87 bis 87c anzuwenden.

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** hat die Neuregelung begrüßt, sich jedoch gegen die Verpflichtung der KVen gewandt, Eigeneinrichtungen einzurichten. Eine solche Verpflichtung komme nur als *Ultima Ratio* in Betracht<sup>15</sup>.

Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** hat sich u.a. wie folgt geäußert<sup>16</sup>:

Bevor die Kassenärztlichen Vereinigungen autonom über die Errichtung eigenfinanzierter Ambulanzen entscheiden, sollte zuerst immer vorrangig geprüft werden, ob vorhandene medizinische Leistungserbringer, insbesondere Krankenhäuser, die Möglichkeit haben, die bedarfsnotwendigen ambulanten Leistungen zu erbringen. Damit werde vermieden, dass Parallelstrukturen in der Patientenversorgung aufgebaut werden.

Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass Kassenärztliche Vereinigungen keine originären Leistungserbringer sind. Der Aufbau und Betrieb von Eigeneinrichtungen zieht daher u.a. die Frage nach sich, ob diejenige Institution, welche Prüf- (wie Abrechnungsprüfung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen) sowie Qualitätssicherungsaufgaben (beispielsweise Prüfung von Voraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erteilung von Abrechnungsgenehmigungen) gegenüber den niedergelasse-

nen Ärzten wahrnimmt, diese nunmehr gegenüber sich selbst anzuwenden hat.

### § 106a SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

Auf Empfehlung des Ausschusses für Gesundheit ist der gesamte Paragraph neu gefasst worden. Dazu heißt es in der Begründung des Ausschusses<sup>17</sup>:

Die von Amts wegen jedes Quartal bei mindestens 2 % der vertragsärztlichen Leistungserbringern durchzuführende Zufälligkeitprüfung – ohne vorherige Auffälligkeit – kann mit einem sehr hohen bürokratischen Aufwand für die in die Zufälligkeitprüfung einbezogenen vertragsärztlichen Leistungserbringer verbunden sein. Am Aufwand gemessen ist der Nutzen dieser Prüfungsart nur gering. Daher wird mit Abs. 1 diese arztbezogene Prüfungsart einschließlich der darin beinhalteten arztbezogenen Prüfung der Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit künftig in Abs. 1 nicht mehr gesetzlich von Amts wegen vorgegeben. Künftig bedarf es eines begründeten Antrages einer Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung für die Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen. Der begründete Antrag ist für den jeweiligen Abrechnungszeitraum zu stellen.

Nach Abs. 2 ergibt sich eine Veranlassung für einen begründeten Antrag insbesondere durch den begründeten Verdacht einer Fehlindikation, Ineffektivität, Qualitätsmangel oder Unangemessenheit der Kosten. Diese Merkmale sind bereits im geltenden Recht für die bisherigen Zufälligkeitprüfungen gesetzlich vorgegeben.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen konkre-

sieren nach Abs. 3 das Nähere zur Prüfung auf begründeten Antrag in Rahmenempfehlungen, die bei den regionalen Vereinbarungen zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte auch die Anlage 6 dieses Vertrages an die neuen Vorgaben und an die neue Frist anzupassen, damit die Prüfung sachgerecht umsetzbar ist.

Bisher haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verbindliche Richtlinien für die Zufälligkeitprüfungen zu vereinbaren. Insoweit werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen weitestgehend regionalisiert.

Darüber hinaus können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nach Abs. 4 weiterhin Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. Nach Abs. 4 Satz 2 werden künftig Prüfungen nach Durchschnittswerten für Planungsbereiche und für Arztgruppen, in denen Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt ist, ausgeschlossen. Die Prüfung nach Durchschnittswerten ist häufig eine unnötige Belastung für vertragsärztliche Leistungserbringer, da sie besonderen Standort- und Strukturmerkmalen und besonderen Behandlungsfällen häufig nicht angemessen Rechnung trägt. Vor diesem Hintergrund wird zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung auf die Durchführung von Durchschnittswertprüfungen in genannten Planungsbereichen verzichtet. Nach Abs. 4 Satz 3 sind in den Vereinbarungen nach § 106 Abs. 1 Satz 2 eine Höchstzahl der je Quartal zu prüfenden Ärzte festzulegen.

15 Stellungnahme S. 34

16 Stellungnahme S. 22 f.

17 S. 221

Im Übrigen ist die Regelung in Abs. 4 Satz 3 bereits im Gesetzentwurf enthalten und wird übernommen.

Vor dem Hintergrund der Aufhebung der gesetzlichen Verpflichtung zur arztbezogenen Prüfung der Feststellungen von Arbeitsunfähigkeit im Zuge der Streichung der Zufälligkeitsprüfung entfällt auch Abs. 5.

### § 125a SGB V Blankoverordnung von Heilmitteln

Der Ausschuss für Gesundheit hat die Neuregelung, die in gewissem Umfang eine Blankoverordnung für Heilmittel erlaubt, wie folgt begründet<sup>18</sup>:

Die im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Begriff der „Blankoverordnung“ bezeichnete Versorgungsform wird mit § 125a für bestimmte Indikationen in die Regelversorgung überführt. Bei dieser Versorgungsform bestimmt der Leistungserbringer selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten.

Abs. 1 weist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene die Aufgabe zu, bis zum 15.11.2020 einen Vertrag über die Versorgungsform der „Blankoverordnung“ zu schließen. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Heilmittelbereich gemeinsam abzuschließen. Bei der Auswahl der Therapie darf der Heilmittelbringer nur zwischen den Maßnahmen wählen, die der Heilmittelkatalog als Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die jeweilige Diagnosegruppe vorsieht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist in den

Prozess einzubeziehen. Ihr ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Hinsichtlich der Bestimmung der geeigneten Diagnosen und der Festlegung von Vorgaben, wann ein erneuter Arztkontakt erforderlich ist und wie der verordnende Arzt über die erfolgte Behandlung zu informieren ist, ist mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Einvernehmen herzustellen.

Die wesentlichen Inhalte, die der Vertrag nach Abs. 1 enthalten muss, sind in Abs. 2 dargelegt. So haben die Vertragspartner alle Indikationen festzulegen, für die die sogenannte „Blankoverordnung“ ausgestellt werden kann. Maßgeblich für diese Festlegung ist die Bewertung, ob sich die jeweilige Indikation unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für diese Versorgungsform eignet. Weiterhin haben sich die Vertragspartner darauf zu verständigen, inwieweit bei der Durchführung dieser Versorgungsform von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden kann und inwieweit der Leistungserbringer auch die Dauer der jeweiligen Behandlungseinheit bestimmen kann und wie diese abzurechnen ist. Um dem Leistungserbringer eine Vergleichbarkeit seiner Behandlung mit anderen Fällen und Therapeuten zu ermöglichen, haben sich die Vertragspartner auf Richtwerte für die Versorgungsgestaltung zu einigen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise zu veröffentlichen hat. Diese Richtwerte stellen keine Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit dar, sondern sollen dem Leistungserbringer eine Orientierungshilfe für die Behandlung geben, indem dieser feststellen kann, ob er sich mit seiner Behandlung in einem durchschnittlichen Rahmen bewegt. So kann ein Richtwert beispielsweise die Anzahl der Behandlungseinheiten in Abhängigkeit zur

jeweiligen Diagnose sein. Auch sind Vorgaben zur Information des Arztes über die Behandlung und zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes zu machen. Die Leistungserbringer tragen durch die „Blankoverordnung“ die Verantwortung, dass keine medizinisch unbegründete Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten erfolgt. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung muss gewährleistet bleiben. Die Vertragspartner haben sich auf Maßnahmen zu verständigen, die einer unwirtschaftlichen Mengenausweitung entgegenwirken sollen. Dies kann auch in Form von Vergütungsabschlägen erfolgen, sofern es sich um eine deutliche Mengenausweitung der Behandlungseinheiten handelt. Die medizinische Notwendigkeit ist dabei jedoch das maßgebliche Prüfkriterium und stets im Einzelfall zu prüfen. Sofern ein Vertrag nach Abs. 1 nicht zustande kommt, verweist der Abs. 3 auf die Schiedsstelle nach § 125 Abs. 6.

Durch den Abs. 4 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dazu verpflichtet, die Verträge zu veröffentlichen und diese auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Kenntnis zu geben.

Der Abs. 5 verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, aufgrund der pseudonymisiert übermittelten Daten nach § 84 Abs. 7 in Verbindung mit § 84 Abs. 5 eine Schnellinformation für die sogenannte „Blankoverordnung“ sowie für die nach Abs. 2 zu vereinbarenden Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung einer Schnellinformation ist wichtig, um auch eine Übersicht über die Mengen- und Kostenentwicklung unter der „Blankoverordnung“ zu erhalten. Die vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestal-

18 S. 226 f.



tung müssen zwingend veröffentlicht werden, da sie den Leistungserbringern als Orientierungshilfe dienen sollen.

Die Versorgungsform nach § 125a ist nach Abs. 6 zu evaluieren, um ihre Auswirkungen auf die Heilmittelversorgung feststellen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie sich die Versorgung mit Leistungen der Heilmittel verändert. Damit gehen die Fragen nach der Behandlungs- und Ergebnisqualität, der Mengenentwicklung und den entsprechenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen einher. Die Evaluierung erfolgt innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Verträge nach Abs.1. Für die Evaluierung haben die Vertragspartner einen externen Dritten zu beauftragen. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich Bericht zu erstatten.

Ergänzend regelt § 73 Abs.11 Folgendes:

Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und die Indikation für ein Heilmittel, sind Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelbringer festzulegen. In medizinisch begründeten Fällen kann der Vertragsarzt auch bei Vorliegen einer Diagnose nach § 125a selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden. Die Vertragsärzte sollen zum Beginn des auf den rechtskräftigen Abschluss des Vertrages nach § 125a folgenden Quartals, frühestens jedoch nach sechs Wochen, nach den Regelungen dieses Absatzes verordnen.

In § 106b Abs. 4 Nr. 4 wird geregelt, dass Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Abs. 11 Satz 1 nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.

### § 19a Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Mindestsprechstundenzeiten, offene Sprechstunden

§ 19a Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte wurde um folgende Sätze 2 bis 7 ergänzt:

Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen. Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Abs.1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmen und die insbesondere den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag nach Abs. 2 gelten die in den Sätzen 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig. Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 anzurechnen. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5 sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, sind bis zum 31.8.2019 im Bundesmantelvertrag nach § 82 Abs.1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 getroffen werden.

Zur Regelung für Mindestsprechstundenzeiten und offene Sprechstunden heißt es in der Begründung der **Bundesregierung**<sup>19</sup>:

Die nähere Bestimmung des zeitlichen Umfangs des aus der vertragsärztlichen Zulassung folgenden Versorgungsauftrags wird in der Zulas-

sungsverordnung-Ärzte konkretisiert und die Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich Versicherten von 20 auf 25 Stunden erhöht. Um insbesondere solche Ärztinnen und Ärzte, die Hausbesuche machen, nicht zu benachteiligen, werden Besuchszeiten auf die vorgegebenen Mindestsprechstundenzeiten angerechnet.

Damit sich Versicherte über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte informieren können, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu veröffentlichen. Darüber hinaus wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, eine App und ein Online-Angebot zur Verfügung zu stellen, die die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung leiten, auf der die Sprechstundenzeiten veröffentlicht sind.

Darüber hinaus wird insbesondere vorgesehen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören (z.B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten. Offene Sprechstunden werden unter bestimmten Voraussetzungen über einen extrabudgetären Zuschlag vergütet und erleichtern insoweit den Zugang in die Arztpraxen ohne vorherige Terminvereinbarung.

Die Regelungen zu den Mindestsprechstundenzeiten für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und zu der Verpflichtung, offene Sprechstundenzeiten anzubieten, gelten – im Verhältnis zu der jeweils arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeit – für die bei Vertragsärztinnen und

19 BT-Drucks. 19/6337 S. 52 f.

Vertragsärzten oder Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärztinnen und Ärzte entsprechend.

Die Bundesmantelvertragspartner werden verpflichtet, die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten auf die Mindestsprechstundenzeiten sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, zu bestimmen.

Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu prüfen, ob Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihren Versorgungsauftrag und damit auch ihre Mindestsprechstundenzeiten einhalten, wird vor dem Hintergrund, dass die Umsetzung dieser Verpflichtung in der Praxis recht unterschiedlich erfolgt, weiterentwickelt. So haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Einhaltung der Versorgungsaufträge künftig bundeseinheitlich insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) enthaltenen Gebührenordnungspositionen mit den Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz zu prüfen. Gleichzeitig werden sie verpflichtet, ihre Berichte zu den Ergebnissen der Prüfungen gegenüber den Landes- und Zulassungsausschüssen jeweils zum 30. Juni des Jahres vorzulegen. Zudem sollen die Prüfberichte künftig auch den zuständigen Aufsichtsbehörden vorgelegt werden.

Die **Bundesärztekammer** hat die geplante Neuregelung entschieden abgelehnt und dies wie folgt begründet<sup>20</sup>:

Die Bundesärztekammer lehnt eine Erhöhung sowie die Festlegung von Mindestsprechstundenzeiten durch den Gesetzgeber entschieden ab. Die Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten konterkariert das Prinzip der Selbstverwaltung und verkennt die Tatsache, dass die durchschnittlichen Sprechstunden-

zeiten der niedergelassenen Ärzte in Deutschland bereits deutlich über dem geforderten Niveau liegen und die Wochenarbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte die durchschnittlichen Arbeitszeiten in Deutschland übersteigen.

(www.zi.de/publikationen/zi-paper/)  
(www.kbv.de/html/aerztemonitor.php)

Die Festlegung von Mindestsprechstundenzeiten gehört in die Regelungskompetenz der Selbstverwaltung. Wenn eine solche Regelung notwendig sein sollte, muss sie flexibel genug sein, um Besonderheiten in der Versorgung berücksichtigen zu können. Eine Ausweitung der Sprechstundenzeiten müsste zudem entsprechend gegenfinanziert werden.

Insgesamt muss bedacht werden, dass die ärztliche Tätigkeit viele andere Aufgaben und Leistungen umfasst, so die Bereitschaftsdienste, fachspezifische Untersuchungen und Operationen, den Besuch von Fortbildungen, das Engagement in Qualitätszirkeln und Praxisnetzen, Dokumentationspflichten, Praxismanagement und die Ausbildung medizinischer Fachangestellter und von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Die zu erwartende Zunahme des bürokratischen Aufwands zur Umsetzung dieser Regelung konterkariert zusätzlich ihre eigentliche Zielstellung ein Mehr an ärztlicher Versorgung für GKV-Patienten zu schaffen.

Die Einführung verpflichtender offener Sprechstunden durch den Gesetzgeber wird von der Bundesärztekammer ebenfalls ausdrücklich abgelehnt. Eine Verpflichtung, mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anzubieten, führt konsequent zu weniger Kapazitäten für Terminsprechstunden, was die Wartezeiten auf einen regulären Termin sogar verlängern kann. Zusätzlich kann die Maßnahme auch

zu einer Verlängerung der Wartezeiten in der Praxis führen, da die Inanspruchnahme der offenen Sprechstunden nicht planbar ist.

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** hat sich wie folgt ablehnend geäußert<sup>21</sup>:

Die Änderung der Ärzte-ZV im Hinblick auf die dortige Festlegung einer Mindestsprechstundenzahl (25) nebst der Regulierung einer „offenen Sprechstunde“ wird seitens der KBV abgelehnt.

Aus Sicht der KBV ist dabei festzuhalten, dass es für die Festlegung einer Mindestsprechstundenzahl keinerlei Bedarf gibt. Nach Meinung der KBV erliegt das BMG insofern einem Missverständnis, da es offenbar der Auffassung ist, in der Bevölkerung wahrgenommene Versorgungsprobleme hätten ihre Ursachen in zu geringen Arbeitszeiten der Vertragsärzte. Es wird darauf hingewiesen, dass die Vertragsärzte durchschnittlich 52 Wochenstunden für die Versorgung von Patienten arbeiten.

Sofern eine Ausweitung des Angebots gewünscht wird, sollte stattdessen darüber nachgedacht werden, die Arztzahlen (bei gleichzeitiger Anhebung der MGV) zu erhöhen und die Bemühungen der KBV zur Erhöhung der Niederlassungsbereitschaft zu unterstützen. Ein verbindliches Bürokratieabbauziel von 25 % führt beispielsweise zu einer wirksameren Entlastung und damit Freisetzung von Behandlungszeit für Patienten als die normative Anhebung von Sprechstundenzeiten.

Neben den vorstehend vorgetragenen Argumenten wird die Regelung aber auch deswegen abgelehnt, weil sie letztlich einen Eingriff des Gesetzgebers in die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung darstellt, der sich nicht auf Sachgründe stützen kann.

<sup>20</sup> Stellungnahme S. 17 f.

<sup>21</sup> Stellungnahme S. 43 f.



Bisher waren Regelungen zur Mindestsprechstundenzahl folgerichtig im Bundesmantelvertrag-Ärzte verortet. Die dortige Regelung konnte zum einen dafür sorgen, dass die Anforderungen der Praxis sinnvoll in die entsprechende Regelung miteinbezogen werden konnten, zum anderen erwies sie sich als hinreichend flexibel, um auf neue Herausforderungen reagieren zu können. Die Übernahme der Regelungsverantwortung durch die Bundesregierung kann insofern nicht nachvollzogen werden.

Ebenfalls besonders kritisch gesehen wird die getroffene Regelung zur „offenen Sprechstunde“, die nach Auffassung der KBV eine gewünschte Steuerungssystematik behindern und sich nachteilig auf die Praxisorganisation auswirken wird.

Das System der Terminvergabe, das sich in den vergangenen Jahren in den Praxen verbreitet hat, trägt nicht nur zu einer effektiveren Nutzung der ärztlichen Arbeitskraft bei, sondern ist auch vorteilhaft für die Patienten, die von unnötigen Wartezeiten befreit wurden. Das System der „offenen Sprechstunde“ birgt hingegen die Gefahr, dass letztlich nicht die bedürftigen Patienten, sondern die besonders nachdrücklichen versorgt werden.

Praxisfern ist im Übrigen die individuelle Verpflichtung aller Ärzte auf die Erbringung von fünf offenen Sprechstunden. In größeren vertragsärztlichen Einrichtungen kann unter Sicherstellung des Gesamtangebots einer offenen Sprechstunde arbeitsteilig diese Aufgabe ganz auf einen oder mehrere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte übertragen werden.

Ähnlich § 101 Abs. 1a Satz 2 (Mitteilung der Sprechzeiten) wären deshalb gesonderte Regelungen für vertragsärztliche Einrichtungen erforderlich. Abgelehnt wird auch die Pflicht zur Überprüfung der Einhaltung der Sprechstundenzeiten durch die KVen sowie die vorgesehenen Sanktionsmechanismen. Diese Regelung stellt einen erheblichen Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltungskörperschaften dar.

### Rechtliche Bewertung

Die oben dargestellten Änderungen und Neuregelungen sind verfassungsrechtlich unbedenklich. Sie verletzen Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser nicht im Grundrecht auf Berufsfreiheit (Artikel 12 Abs. 1 GG), ebenso wenig in der Eigentumsgarantie (Artikel 14 Abs. 1 GG).

Ein Verstoß gegen Artikel 12 Abs. 1 GG liegt nicht vor, weil die oben dargestellten Änderungen und Neuregelungen nur Berufsausübungsbeschränkungen vorsehen. Diese werden durch jede vernünftige Erwägung des Gemeinwohls legitimiert. Der Gesetzgeber darf Gesichtspunkte der Zweckmäßigkeit in den Vordergrund stellen<sup>22</sup>. Besonders weit ist der Spielraum bei der Verfolgung wirtschafts-, arbeitsmarkt- und sozialpolitischer Ziele<sup>23</sup>. Diesen Spielraum nutzt der Gesetzgeber mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz.

Ebenso wenig liegt ein Verstoß gegen Artikel 14 Abs. 1 GG vor, weil die oben dargestellten Änderungen und Neuregelungen nur Inhalt und Schranken des Eigentums bestimmen. Soweit das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb überhaupt von Artikel 14 geschützt wird, erfasst dieser Schutz allein die Substanz der Sach- und Rechtsgesamtheit<sup>24</sup>. Außerdem hat der Gesetzgeber bei der Inhalts- und

Schrankenbestimmung hinsichtlich der Voraussetzungen der Verhältnismäßigkeit einen erheblichen Beurteilungs- und Prognosespielraum<sup>25</sup>. Veränderte wirtschaftliche und gesellschaftliche Verhältnisse sind geeignet, zu einer Verschiebung der Maßstäbe zu führen und die Möglichkeiten gesetzgeberischer Gestaltung zu erweitern<sup>26</sup>. Von dieser Möglichkeit gesetzgeberischer Gestaltung wird im Terminservice- und Versorgungsgesetz Gebrauch gemacht.

ArztR

### Fundstellenverzeichnis

#### 1. Gesetzgebende Organe

##### Gesetzentwurf der Bundesregierung

*Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)*

**Bundestagsdrucksache 19/6337** vom 7.12.2018 mit Anlage 3: **Stellungnahme des Bundesrates** vom 23.11.2018

[www.bundestag.de/dokumente/drucksachen](http://www.bundestag.de/dokumente/drucksachen)

##### Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

**Bundestagsdrucksache 19/8351** vom 13.3.2019

[www.bundestag.de/dokumente/drucksachen](http://www.bundestag.de/dokumente/drucksachen)

**Deutscher Bundestag** Stenografischer Bericht, 86. Sitzung, vom 14.3.2019, Plenarprotokoll 19/86

[www.bundestag.de/dokumente/protokolle/plenarprotokolle](http://www.bundestag.de/dokumente/protokolle/plenarprotokolle)

#### 2. Sonstige

##### Bundesärztekammer

Stellungnahme vom 8.1.2019

[www.bundestag.de](http://www.bundestag.de)

##### Deutsche Krankenhausgesellschaft

Stellungnahme vom 10.1.2019

[www.bundestag.de](http://www.bundestag.de)

##### Kassenärztliche Bundesvereinigung

Stellungnahme vom 10.1.2019

[www.bundestag.de](http://www.bundestag.de)

##### Jarass/Pieroth

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland

14. Auflage 2016

22 Jarass in Jarass/Pieroth, Artikel 12 Rdnr. 45

23 Jarass in Jarass/Pieroth, Artikel 12 Rdnr. 50

24 Jarass in Jarass/Pieroth, Artikel 14 Rdnr. 21

25 Jarass in Jarass/Pieroth, Artikel 14 Rdnr. 36

26 Jarass in Jarass/Pieroth, Artikel 14 Rdnr. 45