



HFBP Rechtsanwälte und Notar

Frankfurt • Gießen • Hannover • Berlin

www.hfbp.de

Gesetz für schnellere
Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz/ TSVG)

Auswirkungen auf Praxen, MVZs
und angestellte Ärzte



HFBP FRANKFURT

Friedrich-Ebert-Anlage 18
60325 Frankfurt am Main
T. 069/7940070
info@hfbp.de



HFBP GIESSEN

Europastraße 3
35394 Gießen
T. 0641/94886750
info@hfbp.de



HFBP HANNOVER

Lavesstraße 82
30159 Hannover
T. 0511/60052755
info@hfbp.de



HFBP BERLIN

Kurfürstendamm 219
10719 Berlin
T. 030/68815280
info@hfbp.de



- I. Terminservicestellen**
- II. (Offene) Sprechstunden**
- III. Vergütung**
- IV. Bedarfsplanung**
- V. Viertelzulassung**



Terminservicestellen

§ 75 Abs. 1 a S. 3:

Die Terminservicestelle hat:

- 1) Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin zu vermitteln (**Haus- und Facharzttermine**)
- 2) Versicherten bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen
- 3) ab dem 01.01.2020 in Akutfällen auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln

→ Für die Übermittlung zum Facharzt muss Überweisung vorliegen (außer zum Augenarzt, Frauenarzt oder in Akutfällen)



Änderung Ärzte-ZV/ offene Sprechstunden

§ 19 a Abs. 1:

Ärzte mit vollem Versorgungsauftrag haben 25 Stunden Sprechstunden pro Woche anzubieten. Fachärzte, die den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen 5 Stunden offene Sprechstunden ohne Terminvereinbarung anbieten. Bei reduziertem Versorgungsauftrag jeweils anteilig. Besuchszeiten (inklusive der Wegzeiten) sind auf die offene Sprechstundenzeit anzurechnen.



offene Sprechstunden

Welche Fachgruppen müssen offene Sprechstunden anbieten?

- Augenärzte
- Chirurgen
- Gynäkologen
- HNO-Ärzte
- Hautärzte
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Nervenärzte
- Neurologen/ Psychiater
- Orthopäden
- Urologen



Aufteilung der (offenen) Sprechstunden

- Bei Einzelpraxis → 25 pro Woche
(davon je nach Fachgruppe – 5 offene Sprechstunden)
- Wie sich die offenen Sprechstunden verteilen bleibt Praxisorganisation überlassen –
entweder z. B. 1 Stunde pro Tag – oder 5 Stunden an einem Tag
- Offene Sprechzeiten sind bei KV anzuzeigen und erscheinen in der Arztsuche (müssen
nicht aufs Schild)
- § 17 Abs. 1 a Bundesmantelvertrag (BMV) vom 31.08.2019: als Sprechzeiten gelten die
Zeiten, in denen der Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur
Verfügung steht.
- Bei Tätigkeiten an weiteren Praxisstandorten muss die Tätigkeit am (Haupt-)Vertrags-
arztsitz zeitlich insgesamt überwiegen



Aufteilung der (offenen) Sprechstunden BAG/MVZ

- § 17 Abs. 1 BMV vom 31.08.2019: wenn mehrere Ärzte einer Arztgruppe in einer Praxis tätig sind, kann die Veröffentlichung der Sprechzeiten praxisbezogen für die jeweilige Arztgruppe erfolgen
 - Beispiel BAG aus 3 Gynäkologen mit vollem Versorgungsauftrag:
 - jeder muss 25 Stunden für die Versicherten zur Verfügung stehen
 - auf dem Schild müssen (1x) 25 pro Woche ausgewiesen und aufgeteilt werden
 - davon müssen 15 Stunden als offene Sprechstunde angeboten werden
 - diese kann ein Arzt übernehmen oder die Ärzte können sich diese aufteilen



Vergütung

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz hat der Gesetzgeber klare Anreize durch die Verbesserung der Vergütung für die Fälle geschaffen, in denen gesetzlich Krankenversicherten tatsächlich schnellere Termine durch die Vermittlung der Terminservicestellen vermittelt wurden oder für die Behandlungen, die in den offenen Sprechstunden erfolgt sind. Eine Vergütungsaufbesserung hat man auch dem erhöhten Versorgungsaufwand gegenüber gestellt, den die Behandlung von neuen Patienten mit sich bringt.



Vergütung

- In **§ 87 Abs. 2 b** gibt der Gesetzgeber vor, dass der EBM in der **hausärztlichen Versorgungsebene** folgende Zuschläge auf die hausärztliche Versorgungspauschale vorzusehen hat:
 - 50 %-iger Zuschlag auf die Versichertenpauschale, wenn die Behandlung bis zum Ablauf des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist erfolgt, innerhalb der die Terminservicestelle den Termin vermitteln muss und 50 % Zuschlag auf die Versichertenpauschale bei der Behandlung von Akutfällen, die durch die Terminservicestelle vermittelt wurden.
 - 30 % Zuschlag auf die Versichertenpauschale, wenn die Behandlung vom zweiten Tag nach Ablauf der Wochenfrist bis Ablauf der ersten Woche nach Ablauf dieser Wochenfrist erfolgt.



Vergütung

- 20 % Zuschlag auf die Versichertenpauschale, wenn die Behandlung ab der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf der vierten Woche erfolgt.
 - 10 Euro Zuschlag auf die Versichertenpauschale für die erfolgreiche Vermittlung eines Facharzttermin
- Für die **fachärztliche Versorgungsebene** hat der Gesetzgeber in **§ 87 Abs. 2 c SGB V** dem Bewertungsausschuss vorgegeben, bei Fachärzten, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestellen tätig werden, die Zuschläge auf die Grundpauschalen entsprechend der zeitlichen Staffelung bei den Hausärzten auszugestalten (siehe oben, 1. bis 3. Spiegelstrich).



Extrabudgetäre Vergütung

- Darüber hinaus sieht § 87 a Abs. 3 S. 5 vor, dass folgende Leistungen außerhalb der Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Eurogebührenordnungen zu vergüten sind:
 1. Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit
 2. Die Zuschläge nach § 87 Abs. 2 b und 2 c SGB V
 3. Alle Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestellen erbracht wurden, mit Ausnahme der Leistungen, die der Hausarzt erbracht hat, bei dessen Wahl die Terminservicestelle den Versicherten unterstützt hat.



Extrabudgetäre Vergütung

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 S. 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
6. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung gem. § 19 Abs. 1 S. 3 der Zulassungsordnung für Vertragsärzte erbracht werden.



Extrabudgetäre Vergütung

Bei Ärztinnen und Ärzten, die gem. § 87 a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, handelt es sich nach der Gesetzesbegründung um:

Hausärzte und die entsprechenden Facharztgruppen, die unmittelbar Patientinnen und Patienten versorgen (z. B. Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie oder Kardiologie)



Umsetzung der Vergütung

- TSS-Terminfall
 - Kennzeichnung
 - GOP für Zuschlag (je nach Fachgruppe)
 - GOP mit B/ C oder D kennzeichnen (TSS teilt Termin der Inanspruchnahme mit)
- TSS-Akutfall
 - Kennzeichnung
 - GOP für Zuschlag
 - GOP mit A kennzeichnen
- Hausarzt vermittelt Termin zum Facharzt
 - Überweisungsschein
 - Kennzeichnung als HA-Vermittlungsfall – Termin der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit angeben (4 Tage!)
- Offene Sprechstunde:
 - ggf. 2. Behandlungsschein – Kennzeichnung „offene Sprechstunde“



Extrabudgetäre Vergütung

- Extrabudgetäre Vergütung der Leistungen in der offenen Sprechstunde wird begrenzt auf 17,5 % der Arztgruppenfälle der Praxis, da die offene Sprechstunde auf 5 Stunden pro Woche begrenzt ist – dafür muss nur „offene Sprechstunde“ angegeben werden, nicht Uhrzeit, die überprüft werden müsste
- Bereinigung:
Die Gesamtvergütung (MGV) wird für **ein Jahr** (z. B. 11.05.2019 – 10.05.2020) um die **Leistungen** (nicht Zuschläge) bereinigt; herausgerechnet wird das Honorar, das die Ärzte für die Fälle innerhalb der MVG erhalten hätten und von den Kassen auf 100 % aufgestockt, d. h. im ersten Jahr zahlen Kassen nur die Differenz, ab Jahr 2 bei Fallzahlsteigerung auch alle neuen Fälle voll. Die „Bereinigungsfälle“ fallen **nicht** ins RLV.

Extrabudgetäre Vergütung

- Die KV Hessen fordert dazu auf, **jetzt** nur wenig Fälle extrabudgetär zu kennzeichnen. Damit wird zwar wenig extrabudgetär bezahlt, aber im nächsten Jahr auch weniger bereinigt
- Im nächsten Jahr, in dem keine Bereinigung mehr stattfindet, sollen dann möglichst viele Fälle als extrabudgetär gekennzeichnet werden; die Kassen müssen alle Leistungen zusätzlich vergüten, zur ungeschmälernten MVG; die 2020 auf 2019 aufbaut.
- Boykott? Politische Auswirkungen?

Bedarfsplanung

§ 101 Abs. 1 S. 8:

G-BA kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenz oder Schwerpunktkompetenz differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile festlegen



Umsetzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) - Beschluss vom 16.05.2019 -

- Rheumatologen: **Mindestanteil** von 8 % bezogen auf die Fachinternisten im Planungsbereich
- Kardiologen: **Höchstanteil** von 33 %
- Gastroenterologen: **Höchstanteil** von 19 %
- Pneumologen: **Höchstanteil** von 18 %
- Nephrologen: **Höchstanteil** von 25 %



G-BA-Beschluss vom 16.05.2019

- Bei Zulassung und Nachbesetzung dieser „Schwerpunkte“ dürfen die Versorgungsanteile nicht überschritten werden
→ Beispiel: Fachinternist ohne Schwerpunkt – allgemein internistisch tätig gewesen -, schreibt seine Praxis aus. Es bewirbt sich ein Gastroenterologe; der Versorgungsanteil von 19 % ist überschritten; ZA darf die Praxis nicht an diesen Gastroenterologen übergeben
- Diese Einschränkung gilt **nicht**, wenn es sich bei dem abgebenden Arzt um einen z. B. Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie gehandelt hat, um einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie oder einen Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, der über einen hinreichenden laufenden Zeitraum überwiegend kardiologisch tätig war und sich ein Kardiologe bewirbt
- Entscheidung des Landesauschusses in Hessen über die Quoten im November



Quotenregelung für angestellte Ärzte?

- Die zunächst im Entwurf im TSVG vorgesehene Regelung, nach der die Bedarfsprüfung auch für die Nachbesetzung von Angestelltensitzen ins Gesetz aufgenommen werden sollte, ist **nicht** Gesetz geworden!
- In Aufsätzen wird die Meinung vertreten, die Quotenregelung sei auch für Anstellungsgenehmigungen verbindlich, weil § 95 Abs. 2 Satz 9 und 10 auf § 101 Abs. 1 Satz 8 SGB V Bezug nimmt
- Wie werden die Zulassungsausschüsse nach den Feststellungen der Landes-ausschüsse entscheiden?



Versorgungsaufträge

§ 19 a Abs. 2 Ärzte-ZV:

Ärzte können ihren Versorgungsauftrag auf die Hälfte oder auf $\frac{3}{4}$ beschränken

§ 95 Abs. 5 SGB V:

Das Ruhen der Zulassung kann bei einem vollen Versorgungsauftrag zur Hälfte oder zu einem Viertel angeordnet werden, bei einem $\frac{3}{4}$ Versorgungsauftrag zu $\frac{1}{4}$

§ 95 Abs. 6 SGB V:

Entsprechend können neben hälftiger Zulassung auf Viertelzulassungen entzogen werden

§ 103 Abs. 3 a S. 2 SGB V:

Viertelzulassungen können ausgeschrieben werden



Viertel-Versorgungsauftrag

- Kann sich ein Arzt auf einen Viertel-Versorgungsauftrag bewerben, um danach mit einem Viertel Versorgungsauftrag eine Praxis zu führen?
Nein, Gesetz, Ärzte-ZV und Bedarfsplanungsrichtlinien sehen für die **Zulassung** nur ganze, hälftige und Dreiviertel-Versorgungsaufträge vor
- Für die **Zulassung** hat der Viertelsitz nur dann Sinn, wenn sich ein Arzt zur Aufstockung seines halben oder Dreiviertelsitzes bewirbt
- MVZs oder Praxen mit angestellten Ärzten können sich auch bewerben zur Aufstockung der Angestelltensitze.
Wirklich nur zur Aufstockung?

Sie haben noch Fragen? Kontaktieren Sie mich.



Dr. Karin Hahne

Rechtsanwältin ▪ Fachanwältin für Medizinrecht

k.hahne@hfbp.de
T. 069 7 94 00 70
F. 069 79 40 07 77



HFBP Rechtsanwälte und Notar

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.hfbp.de