

# Terminservice- und Versorgungsgesetz TSVG

Prof. Dr. Andreas Ladurner  
Aalen/München

Vortrag anlässlich der 19. Frühjahrstagung der Arbeitsgemeinschaft  
Medizinrecht in Hamburg vom 5. bis 6. April 2019

Stand: 2. April 2019

## Überblick

- Einführung
- Verbesserter Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung
  - u. a. Ausbau Terminservicestellen
- Bedarfsplanungs- und Zulassungsrecht
  - u. a. neue Regelungen bei MVZ
- Weitere Versorgungsverbesserungen
- Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Sonstiges
- Fazit

# Einführung

„Unser Gesundheitswesen braucht ein Update. Patientinnen und Patienten sollen schneller Arzttermine bekommen. Sie haben auch auf dem Land Anspruch auf eine gute medizinische Versorgung. Und sie verlangen zu Recht, dass wir ihnen mit digitalen Lösungen den Alltag erleichtern. In einem lebenswichtigen Bereich wie der Gesundheitsversorgung muss der Staat funktionieren. Da besser zu werden, ist das Ziel unseres Gesetzes.“

Auszug aus der Homepage des Bundesgesundheitsministeriums (Stand 31.3.2019)



Bundesgesundheitsminister  
Jens Spahn

Prof. Dr. Andreas Ladurner

3

# Einführung - Entstehung

- 1. Lesung Bundestag 13.12.2018
- Anhörungen Gesundheitsausschuss am 16.1. und 13.2.2019
- Beschlussempfehlung Gesundheitsausschuss (BT-Drs. 19/8351) **13.3.2019**
- 2./3. Lesung Bundestag **14.3.2019**
- Inkrafttreten am Tag nach der Verkündung; d. h. voraussichtlich Mai 2019 (Art. 17 Abs. 1 TSVG)



weniger als 24  
Stunden!

Prof. Dr. Andreas Ladurner

4

## Einführung - Entstehung

- Artikelgesetz („Omnibus“)
- Änderung von 15 Gesetzen
  - Änderung/Ergänzung von über 150 Einzelvorschriften
- Schwerpunkt im SGB V
- Weitreichende Änderungen erst kurz vor Schluss
  - zahnärztliche MVZ
  - Vergütungszuschläge z. B. für Terminvermittlung
- Umfangreiches Lobbying der betroffenen Gruppen

## Einführung – Inhaltliche Schwerpunkte des TSVG

- Besserer Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung
  - Ausbau Terminservice
  - mehr Sprechstunden
- Bekämpfung der Unterversorgung
  - Regionale Zuschläge, Strukturfonds, verpflichtende Eigeneinrichtung der KÄV
- „Feintuning“ MVZ-Regulierung

## **Einführung – Inhaltliche Schwerpunkte TSVG**

- Bedarfsplanung
  - Verzahnung mit neuer BedarfspIRL des G-BA (zum 1.7.2019)
    - Feinsteuerung innerhalb der Arztgruppen eröffnet
  - Ausweitung Einfluss Länder
- Sektorenübergreifendes Schiedsgremium

## **Einführung – Inhaltliche Schwerpunkte TSVG**

- Leistungsverbesserungen
  - höhere Festkostenzuschüsse bei Zahnersatz
  - PrEP, Kryokonservierung
  - Neuordnung Heilmittel (z. B. „Blankverordnung“)
  - Neuordnung Hilfsmittelbereich (Verhandlungsmodell statt Ausschreibung)
- Telematik
  - z. B. elektronische Patientenakte spätestens 1.1.2021

## Einführung – Inhaltliche Schwerpunkte TSVG

- **Nicht** umgesetzt (im Gesetzgebungsverfahren entfallen)
  - Partielle Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für ausgewählte Arztgruppen (z. B. Rheumatologen)
  - Allgemeine Einschränkungen für Krankenhaus-MVZ (jetzt nur für zahnärztliche MVZ)
  - Eingeschränkte Nachbesetzung von Angestelltenstellen z. B. bei MVZ
  - „Gestuffer u. gesteuerter“ Zugang zur Psychotherapie

## Verbesserter Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung - Terminservicestellen

- Umbau der Terminservicestellen (TSSSt) zu „Servicestellen mit erweitertem Auftrag“
  - Vermittlung von Terminen bei *allen* vertragsärztlichen Leistungserbringern (außer Zahnärzte) einschl. Unterstützung bei Hausarztsuche (§ 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 1 u. 2 SGB V n. F.)
  - innerhalb definierter Höchstfristen
  - Überweisungsvorbehalt für Facharzttermin bleibt

## Verbesserter Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung - Terminservicestellen

- Umbau der TSSSt zu Servicestellen mit erweitertem Auftrag
  - ab 1.1.2020 Versorgungssteuerung bei **Akutfällen** einschl. **Triage** (§ 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 3 SGB V n. F.)
  - Zentrale Rufnummer 116 117
    - jetzt auch *während* der Sprechstundenzeiten
    - Zusammenarbeit mit Rettungsleitstellen der Länder
  - Zugang alternativ auch elektronisch („App“-Lösungen)
- Verpflichtung Vertragsärzte zur Meldung freier Termine (§ 75 Abs. 1a S. 20 SGB V n. F.)

## Verbesserter Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung - Terminservicestellen

- Flankierende Vergütung
  - **Zuschläge** (für Haus- und FachA) für die Behandlungsübernahme durch die TSSSt „vermittelter“ Versicherter
    - zeitlich gestaffelt zwischen 50% - 20% (§ 87 Abs. 2b S. 3 u. Abs. 2c S. 3 SGB V n. F.)
    - außerbudgetär (§ 87a Abs. 3 S. 5 Nr. 2 SGB V n. F.) u. „on top“ morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Umkehrschluss § 87a Abs. 3 S. 7 SGB V n. F.)

## Verbesserter Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung - Terminservicestellen

- Flankierende Vergütung
  - Außerbudgetäre **Vergütung** nach Festpreisen für die Leistungen im Behandlungsfall (§ 87a Abs. 3 S. 5 Nr. 3 - 6 SGB V n. F.; aus Gesamtvergütung zu bereinigen: S. 7)
    - für Haus- und FA nach Vermittlung durch TSSSt (Nr. 3; nicht bei Bagatellerkrankungen o. verschiebbaren Routineuntersuchungen)
    - für FA nach Vermittlung durch HausA in dringenden Fällen (Nr. 4)
    - für grundversorgenden FA bei Neupatient (Nr. 5)
    - bei Behandlung in offener Sprechstunde des FA (Nr. 6)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

13

## Verbesserter Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung - Sprechstunden

- § 19a Abs. 1 S. 2 ff. Ärzte-ZV n. F.
  - Vertragsarzt muss bei vollem Versorgungsauftrag mindestens **25 h/Woche** für gesetzlich Versicherte in Form von Sprechstunden zur Verfügung stehen
    - Begriff der „Sprechstunde“
      - Präsenz am Vertragsarztsitz
      - entspricht beim Einzelarzt den „Öffnungszeiten“
      - bei BAG, MVZ etc. dem kapazitätsmäßigen Versorgungsangebot
        - Verpflichteter ist Anstellender, nicht Angestellter, der über keinen eigenen Versorgungsauftrag verfügt

14

## Verbesserter Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung - Sprechstunden

- § 19a Abs. 1 S. 2 ff. Ärzte-ZV n. F.
  - Begriff der „Sprechstunde“
    - „für gesetzlich Versicherte“
      - Brutto- oder Netto-Zeit bei „gemischter“ Sprechstunde?
    - Sonderfälle, insbes. Anästhesisten
    - Besuchszeiten sind anrechenbar (§ 19a Abs. 1 S. 5 Ärzte-ZV n. F.; ebenso Teilnahme an Selektivverträgen i. S. v. § 140a Abs. 1 S. 1 SGB V)

## Verbesserter Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung - Sprechstunden

- § 19a Abs. 4 Ärzte-ZV n. F.
  - Kontrolle und Sanktion
    - genaue Kontrolle der Erfüllung des Versorgungsauftrags; durch KÄV nach bundeseinheitlichen Maßstäben, insbes. nach Fallzahlen u. GOP-Zeitwerten (§ 95 Abs. 3 S. 4 SGB V n. F.)
    - „Abmahnung“ bei zu geringer Leistung in zwei Folgequartalen
    - bei fruchtlosem Fristablauf und fehlender Rechtfertigung:  
**Honorarkürzung** durch KÄV
      - § 19a Abs. 4 S. 4 Ärzte-ZV n. F. möglicherweise nichtige Vorschrift (Art. 80 Abs. 1 S. 2 u. Art. 103 Abs. 2 GG)
    - ggf. Zulassungsentziehung (§ 95 Abs. 6 S. 1 SGB V als Grundlage)



# Bedarfsplanung

- **Erweiterte Kompetenzen der Länder**
  - Bes. Beratungs- u. Antragsrecht im G-BA bei BedarfspIRL (§ 92 Abs. 7e SGB V n. F.)
  - Antragsrecht im Landesausschuss (§ 90 Abs. 4 S. 4 SGB V n. F.)
  - Mitberatungsrecht (kein Entscheidungsrecht) im **Zulassungsa für Ärzte** bei versorgungsrelevanten Entscheidungen (§ 96 Abs. 2a SGB V n. F.)
    - Problem: Vermischung Mitwirkung und Aufsicht / Politisierung

Prof. Dr. Andreas Ladurner

17

# Bedarfsplanung

- **Erweiterte Kompetenzen der Länder**
  - Partielle Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung (§ 103 Abs. 2 S. 4 - 7 SGB V n. F.)
    - Definition von allgemeingültigen Kriterien für „ländliche oder strukturschwache Teilgebiete“ durch Landesausschuss
    - Auf Antrag des Landes partielle Aufhebung Zulassungssperre bezügl. einzelner Arztgruppen oder „Fachrichtungen“ in bestimmten ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten (keine zahlenmäßige Beschränkung; Rechtsfolge: Niederlassungsfreiheit!)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

18

# Bedarfsplanung

- Neue Feinsteuerung (§ 101 Abs. 1 S. 8 SGB V n. F.)
  - G-BA kann in der neuen BedarfspiRL (Juli 2019)
    - nach Fachgebieten, Facharzt- und  
Schwerpunktkompetenzen differenzierte
    - Mindest- oder Höchstversorgungsanteile festlegen
  - nur Steuerung in der „Binnenstruktur“ der Arztgruppen bei  
ansonsten unveränderten „Soll-Zahlen“
  - Vorbild: Versorgungsanteile innerhalb der Arztgruppe der  
Psychotherapeuten mit Mindestversorgungsanteilen für  
z. B. ärztliche Psychotherapeuten (§ 101 Abs. 4 SGB V)

# Bedarfsplanung

- Neue Feinsteuerung (§ 101 Abs. 1 S. 8 SGB V n. F.)
  - Auswirkungen
    - Wird **Höchst**versorgungsanteil erreicht, ist  
Zulassung/Anstellungsgenehmigung zu **versagen** (§ 95 Abs. 2  
S. 9 SGB V n. F.: wenn Festlegungen in BedarfspiRL „entgegenstehen“)
    - Ist **Mindest**versorgungsanteil nicht erreicht
      - Nachfolgebesetzung jedenfalls möglich (§ 103 Abs. 3a S. 3 SGB  
V n. F.); „natürliche Fluktuation“
      - neue Zulassung/Anstellungsgenehmigung trotz  
Zulassungsbeschränkung möglich, wenn vom G-BA so  
vorgesehen (§ 95 Abs. 2 S. 10 SGB V n. F.; soweit vom G-BA  
vorgesehen, § 101 Abs. 1 S. 14 SGB V n. F.)

## Zulassungsrecht - MVZ

- Anerkannte **Praxisnetze** (i. S. v. § 87b Abs. 2 S. 3 SGG V) als neuer MVZ-Gründertypus (§ 95 Abs. 1a S. 1 SGB V n. F.)
  - Voraussetzung: Anerkennung durch KÄV (Statusakt)
    - „Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V“ der KBV (in Umsetzung der örtlichen KÄV) muss erfüllt sein
  - keine räumliche, fachliche Einschränkung mit Blick auf das zu gründende MVZ

## Zulassungsrecht - MVZ

- Einschränkungen bei MVZ in der Trägerschaft von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen (95 Abs. 1a S. 2 SGB V n. F.)
  - jetzt nur noch zur Gründung „fachbezogener MVZ“ berechtigt
  - „Fachbezug“ besteht auch für mit Dialyse „zusammenhängende Leistungen“
  - Bestandsschutz für existierende MVZ dieses Typs

## Zulassungsrecht - MVZ

- Einschränkungen bei MVZ in der Trägerschaft v. Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen (95 Abs. 1a S. 2 SGB V n. F.) ist problematisch
  - Systematisch: Vermengung „Leistungen“ mit Zulassung/Anstellungsgenehmigung nach bedarfsplanerischen Arztgruppen
  - Im Grundsatz tauglicher Gründer soll arztgruppen-spezifisch untauglich sein (Erforderlichkeit i. S. v. Art. 12 Abs. 1 GG?)?

Prof. Dr. Andreas Ladurner

23

## Zulassungsrecht - MVZ

- Einschränkungen bei MVZ in der Trägerschaft v. Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen (95 Abs. 1a S. 2 SGB V n. F.)
  - Praktische Anwendung? (Rspr. bleibt abzuwarten)
    - Zulassung/Anstellungsgenehmigung nur für bestimmte Arztgruppen (positiv: Fachinternisten, Hausärzte; negativ: keine Zahnärzte u. sonst?)
    - Mindestens ein FA für Innere Medizin und Nephrologie
    - Besonderer Versorgungsauftrag i. S. v. Anlage 9.1 BMV-Ä notwendig
      - Welcher?

Prof. Dr. Andreas Ladurner

24

## Zulassungsrecht - MVZ

- Einschränkungen bei **zahnärztlichen** MVZ in der Trägerschaft v. zugelassenen Krankenhäusern
  - Zulassung dieser MVZ (und deren Entwicklung) nur kontingentiert innerhalb eines sog. „Versorgungsanteils“ des Trägers gestattet
    - Grundsatz: Kontingent nicht größer als Prozentsatz, i. d. R. 10 %, der durch allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad vorgegebenen Sitzzahl (= „Soll-Versorgung“ i. S. v. § 5 BedarfspIRL-ZÄ)
    - Konkreter Prozentsatz richtet sich nach Versorgungsgrad (= „Ist-Versorgung“) im Planungsbereich (z. B. bei Überversorgung nur 5 %)

## Zulassungsrecht - MVZ

- Einschränkungen bei **zahnärztlichen** MVZ in der Trägerschaft von zugelassenen Krankenhäusern
  - Bestandsschutz für existierende MVZ u. für Zulassung/Anstellungsgenehmigungen bei nachträglicher Verringerung des Versorgungsanteils
  - Verfassungsrechtliche Bedenken
    - Schutz vor Wettbewerb als legitimer Zweck?
    - Erforderlichkeit(?): Tauglicher Gründer humanmedizinischer MVZ partiell „im Mund“ gesundheitsgefährdend?

## Zulassungsrecht - MVZ

- **Klarstellung:** keine eigene rechtliche Entität für jedes MVZ erforderlich (§ 95 Abs. 1a S. 3 SGB V n. F.); „räumliche u. sachliche“ Abgrenzbarkeit weiterhin notwendig; „Ketten“-Bildung erleichtert
- **Erleichterung** für angestellte Ärzte **im** MVZ, Gesellschafter des Anstellungs-MVZ zu werden; Gründereigenschaft auch ohne Vertragsarztzulassung möglich (§ 95 Abs. 6 S. 5 SGB V n. F.)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

27

## Zulassungsrecht - Nachbesetzung

- Nachbesetzung eines Viertels der „Zulassung“ möglich (§ 103 Abs. 3a S. 2 SGB V n. F.)
  - Flankierende Regelung zum neuen Versorgungsauftrag im Umfang von drei Vierteln (§ 19a Abs. 2 S. 1 Ärzte-ZV n. F.)
  - Verfahren wie bei sonstigen Nachbesetzungen
  - In der Folge Einführung einer „Viertel-Zulassung“
    - Konsequenzen?

Prof. Dr. Andreas Ladurner

28

## Zulassungsrecht - Nachbesetzung

- Bewerbung um Nachbesetzung mit „**Versorgungskonzept**“ (§ 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 9 SGB V n. F.)
  - für MVZ und – neu – auch für Vertragsärzte/BAG
  - weiterhin offene Fragen im Detail
- Erleichterte „**Umwandlung**“ Vertragsarztsitz in Anstellung bei MVZ (bzw. Vertragsarzt) (§ 103 Abs. 4a S. 2 u. 3 SGB V n. F.; § 24 Abs. 3 S. 4 Ärzte-ZV n. F.)
  - Bei Bewertung „entgegenstehender Versorgungsgründe“ ist Ergänzung Versorgungsangebot des MVZ zu berücksichtigen
  - Klarstellung, dass ehemaliger Vertragsarztsitz als Zweigpraxis des MVZ auch im fremden Planungsbereich fortgeführt werden kann

## Weitere Versorgungsverbesserungen

- Einrichtung Strukturfonds bei KÄV jetzt zwingend (§ 105 Abs. 1a S. 1 SGB V n. F.)
  - Höheres Volumen (bis 0,2% Gesamtvergütung; „matching“ KK)
  - neue Finanzierungszwecke (z. B. Unterstützung TSSSt; Entschädigungszahlungen bei Verzicht auf Nachbesetzung)
- Obligatorische Eigeneinrichtungen KÄV bei festgestellter Unterversorgung (§ 105 Abs. 1c S. 3 SGB V n. F.)
- Obligatorische Sicherstellungszuschläge u. a. bei Unterversorgung (§ 105 Abs. 4 S. 1 SGB V n. F.)

## Abrechnungs- u. Wirtschaftlichkeitsprüfung

- Verkürzung der **Ausschlussfristen** sowohl bei Wirtschaftlichkeits- als auch bei Abrechnungsprüfung auf **zwei Jahre** ab Erlass Honorarbescheid bzw. Verordnung ärztlicher Leistung (§ 106 Abs. 3 S. 3; § 106d Abs. 5 S. 3 SGB V n. F.)
  - gilt für Honorarbescheide u. Verordnungen ab Inkrafttreten des TSVG
  - Nicht in Fällen des § 45 Abs. 2 S. 3 SGB X

Prof. Dr. Andreas Ladurner

31

## Wirtschaftlichkeitsprüfung

- **Abschaffung** der **Zufälligkeitsprüfung** bei ärztlichen Leistungen
- wird ersetzt durch anlassbezogene Prüfung auf begründeten Antrag (der KÄV o. KK) (§ 106a Abs. 1 u. 2 SGB V n. F.)
- Regionalisierung: Rahmenempfehlung der Bundesebene zu „Prüfveranlassungen“ in regionalen Prüfvereinbarung nur zu „berücksichtigen“ (§ 106a Abs. 3 SGB V n. F.)
- Prüfungen nach Durchschnittswerten weiterhin möglich; aber nicht bei (drohender) Unterversorgung (§ 106a Abs. 4 S. 1 u. 2 SGB V n. F.)

Prof. Dr. Andreas Ladurner

32



## Wirtschaftlichkeitsprüfung

- Ärztlich verordnete Leistungen
  - keine Wirtschaftlichkeitsprüfung mehr bei Krankenhauseinweisung und Blanko-Heilmittelverordnung (§ 106b Abs. 4 Nr. 3 u. Nr. 4 SGB V n. F.)
  - Beschränkung Regress auf „Differenz der Kosten zwischen wirtschaftlicher und tatsächlicher Verordnung“ (§ 106b Abs. 2a S. 1 SGB V n. F.)
    - auch bei „unrechtmäßiger“ Verordnung?

## Sonstiges

- Neuordnung Schiedswesen
  - insbesondere neues „Sektorenübergreifendes Schiedsgremium“ für trilaterale Verträge (§ 89a SGB V n. F.)
- Stärkung hausarztzentrierte Versorgung
  - insbes. verpflichtende „Bonifizierung“ der Teilnahme an dieser Versorgungsform (§ 53 Abs. 3 S. 3 SGB V n. F.)
- Bessere Vergütung der „sprechenden Medizin“
  - Umschichtung aus dem technischen Leistungsbereich (§ 87 Abs. 2 S. 3 ff. SGB V n. F.)

## Fazit

- Gemischtes Bild
  - Verfeinerte Bedarfsplanung innerhalb Arztgruppen positiv
  - Widerspruch zwischen geforderter Erhöhung der Attraktivität vertragsärztlicher Tätigkeit einerseits und zunehmender „Gängelung“ der Vertragsärzte andererseits
    - Ohne Eigeninitiative der Ärzte keine Versorgungsverbesserung
  - „Planbarkeits-Wahn“ mit immer komplizierteren Instrumenten / mehr Playern
  - Bürokratisierung und Zentralisierung

## Fazit

- „Drei-Klassen-Medizin“ für Versicherte, die nicht über TSSst kommen?
- Grundsatzproblem des Ärztemangels wird nicht an der Wurzel gelöst
  - die bessere Verwaltung des „Mangels“ führt zu keiner Versorgungsverbesserung
- Gesetzgebungsverfahren hektisch u. undurchsichtig
  - Gefahr von „Verschlimmbesserungen“ in letzter Minute (z. B. § 103 Abs. 2 S. 4 SGB V n. F.)