

# Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

## Die Regelungen im Einzelnen:

### I. Patienten sollen schneller Termine bekommen

Terminservicestellen werden bis zum 01.01.2020 zu Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt.

- Sie vermitteln künftig auch Termine zu Haus- und Kinderärzten und unterstützen bei der Suche nach dauerhaft versorgenden Haus-, Kinder- und Jugendärzten.
- Die 4-Wochenfrist gilt künftig auch für die Vermittlung termingebundener Kindervorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen).
- Über die bundesweit einheitliche Notdienstnummer 116117 sind die Servicestellen 24 Stunden täglich an sieben Tagen pro Woche erreichbar.
- In Akutfällen werden Patienten auch während der Sprechstundenzeiten an Arztpraxen oder Notfallambulanzen oder auch an Krankenhäuser vermittelt.
- Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf künftig maximal 2 Wochen betragen.
- Es soll zusätzlich ein Online-Angebot zu Terminservicestellen geben, damit Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App vereinbart werden können.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelt Näheres zur einheitlichen Umsetzung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

### II. Ärzte sollen künftig mehr Sprechstunden anbieten

Das Mindestsprechstundenangebot der niedergelassenen Ärzte wird verbindlich erweitert.

- Sie müssen mindestens 25 Stunden pro Woche für freie Sprechstunden anbieten. Hausbesuchszeiten werden angerechnet.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren im Internet über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte.
- Fachärzte, deren Angebot zur wohnortnahen Grundversorgung zählt sollen künftig mindestens 5 Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten. Hierzu zählen z. B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Einhaltung dieser Regelungen.

### **III. Ärzte werden für Zusatzangebote besser vergütet**

Zusätzliche Vergütung, Zuschläge, Entbudgetierung oder bessere Förderung erhalten Ärzte künftig für die folgenden Leistungen.

- Für die erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Facharzttermins durch einen Hausarzt erhält dieser einen Zuschlag von mindestens 10 Euro.
- (Akut-)Leistungen für Patienten, die von der Terminservicestelle vermittelt werden, werden nicht auf das Budget angerechnet. Zusätzlich gibt es nach Wartezeit auf die Behandlung gestaffelte Zuschläge.
- Auch Leistungen für neue Patienten in der Praxis werden nicht auf das Budget angerechnet und zusätzlich bezahlt.
- Gleiches gilt für Leistungen, die in den offenen Sprechstundenzeiten erbracht werden.
- Fachärzte bekommen Zusatzentgelte über das festgelegte Budget hinaus, wenn sie Leistungen für übernommene Patienten nach Terminvermittlung durch einen Hausarzt erbringen.

### **IV. Ärztliche Versorgung auf dem Land wird verbessert**

- Es soll verbindliche regionale Zuschläge für Ärzte auf dem Land geben.
- Die Krankenversicherungen müssen Strukturfonds verpflichtend anlegen. Diese betragen künftig bis zu 0,2 Prozent der Gesamtvergütung. Die Verwendungszwecke erweitert, z. B. auch für Investitionskosten bei Praxisübernahmen.
- Die Krankenversicherungen werden verpflichtet, in unterversorgten Gebieten eigene Praxen (Eigeneinrichtungen) oder mobile und telemedizinische Versorgungs-Alternativen anzubieten, wenn es zu wenig Ärzte gibt.
- Länder können bestimmen, ob bestehende Zulassungssperren für die Niederlassung in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten ggf. entfallen können.

### **V. Mehr Leistungen und bessere Versorgung**

- Ausschreibungen für Hilfsmittel (z. B. Windeln und Gehhilfen) werden abgeschafft. Dadurch wird sichergestellt, dass es bei der Versorgung mit Hilfsmitteln keine Abstriche bei der Qualität gibt.
- Bei den Heilmittelerbringern werden die Preise für die Leistungen der Therapeuten bundesweit auf dem höchsten Niveau angeglichen. Die Honorarentwicklung wird von der Grundlohnsumme abgekoppelt und ermöglicht stärkere Honorarsteigerungen als

bisher. Außerdem soll es bundesweit einheitliche Verträge geben, die Zugangsbedingungen der Therapeuten zur Versorgung werden verbessert und die Therapeuten können unabhängiger über die Behandlung der Patienten entscheiden (sog. „Blankoverordnung“).

- Für junge Erwachsene, die an Krebs erkrankt sind, werden die Kosten von Kryokonservierung von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Durch die Konservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen kann diese Patientengruppe auch nach einer Krebsbehandlung noch Kinder bekommen.
- Arzneimittel zur Vorbeugung einer Infektion mit dem HI-Virus („Präexpositionsprophylaxe, PrEP“) werden für Menschen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.
- Die Versorgung mit Impfstoffen wird verbessert. Die Möglichkeit für Exklusivverträge mit einzelnen Herstellern über saisonale Grippeimpfstoffe entfällt und die Apothekenvergütung für diese Impfstoffe wird neu geregelt.
- Reine Betreuungsdienste (wie Haushaltshilfe, Gespräche führen, gedächtnisfördernde Beschäftigung, Spaziergänge, etc.) werden für die Leistungserbringung von Sachleistungen in der ambulanten Pflege zugelassen. Damit verbessert sich die Pflege zu Hause, weil mehr Berufsgruppen zur Versorgung zur Verfügung stehen.
- Die Versorgung mit Hebammen wird verbessert. Dem GKV-Spitzenverband wird die Aufgabe übertragen, Versicherten im Internet (und per App) ein Suchverzeichnis zu Kontaktdaten und dem Leistungsspektrum von Hebammen anzubieten. Ehemaligen Hebammen und Entbindungspflegern wird der Wiedereinstieg in ihren Beruf erleichtert. Krankenhäuser erhalten Unterstützung, um ihren Hebammen eine geeignete Kinder-Betreuung anzubieten.
- Die Festzuschüsse für Zahnersatz werden ab dem 01.10.2020 von 50 auf 60 Prozent der Kosten für die Regelversorgung erhöht. Dadurch werden die Versicherten, die auf eine Versorgung mit Zahnersatz angewiesen sind, finanziell entlastet.

## **VI. Mehr Digitalisierung in der Versorgung**

- Patientinnen und Patienten wollen einfach, sicher und schnell auf ihre Behandlungsdaten zugreifen können. Dafür muss die elektronische Patientenakte Alltag werden. Sie verbessert auch die medizinische Versorgung. Deshalb verpflichten wir die Krankenkassen, bis spätestens 2021 ihren Versicherten solche Akten

anzubieten. Wer möchte, soll auch ohne den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte mit Smartphone oder Tablet auf medizinische Daten zugreifen können.

- Im Krankheitsfall ist den meisten Versicherten der „Gelbe Schein“ seit vielen Jahren ein Begriff. Diese Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen sollen ab 2021 von den behandelnden Ärzten an die Krankenkassen nur noch digital übermittelt werden.
- Apps können vor allem chronisch Kranken helfen, ihren Patientenalltag zu organisieren. Deshalb erlauben wir den Krankenkassen, in den strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (DMP) digitale Anwendungen zu nutzen.

## **VII. Entscheidungen der Selbstverwaltung werden beschleunigt**

- Entscheidungsprozesse in der Gesellschaft für Telematik (Gematik) werden effektiver gestaltet, damit die Einführung weiterer Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur zügig umgesetzt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt 51 Prozent der Geschäftsanteile der Gematik.
- Die Bedarfsplanungs-Richtlinie soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zügig angepasst werden. Hierzu wird die Frist für die Überprüfung durch den G-BA auf den 1. Juli 2019 festgesetzt. Darüber hinaus werden die Kompetenzen des G-BA weiterentwickelt, damit die vorhandenen Versorgungsbedarfe noch besser abgebildet werden können.
- Vereinfachte Verfahren beim G-BA zur Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Herstellern von Medizinprodukten wird die Möglichkeit eröffnet, die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung einer Erprobung selbst in Auftrag zu geben. Entscheiden Sie sich dagegen oder lassen sie die vom G-BA gesetzte Frist verstreichen, vergibt der G-BA den Auftrag wie bisher nach einem Ausschreibungsverfahren.

## **VIII. Mehr Transparenz in der Versorgung und in der Selbstverwaltung**

- Versicherte sollen wissen, wofür ihre Beiträge ausgegeben werden. Wir verbessern deshalb die Transparenz bei der Veröffentlichung der Vorstandsgehälter bei Krankenkassen, dem medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und den

Kassenärztlichen Vereinigungen sowie ihren Spitzenorganisationen, schaffen konkretere gesetzliche Vorgaben für die Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung durch die Aufsichtsbehörden und begrenzen künftige Vergütungssteigerungen bei den Spitzenorganisationen auf Bundesebene.

- Beschränkt wird auch der Einfluss von reinen Kapitalinvestoren auf medizinische Versorgungszentren (MVZ). So dürfen Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen künftig nur fachbezogene MVZ gründen. Auch die Gründungsbefugnis für zahnmedizinische Versorgungszentren durch Krankenhäuser wird eingeschränkt.

**Stand:** 14. März 2019