

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

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

A. Problem und Ziel

Eine qualitativ gute und gut erreichbare medizinische Versorgung aller versicherten Patientinnen und Patienten ist zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Erfüllung dieses Versorgungsauftrags und für die Erhaltung des Vertrauens in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend sichergestellt ist. Insbesondere soll unangemessenen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- sowie Fachärztinnen und -ärzten und mangelnden ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen vorgebeugt werden.

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.

B. Lösung

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 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.

träge auf Kostenerstattung durch die Krankenkassen aufgeführt. Eine ausdrückliche Ermächtigung zur Durchführung des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens fehlte jedoch bislang. Darauf hat die aktuelle Rechtsprechung hingewiesen und deswegen das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren für unzulässig erachtet (BayLSG, Urteile vom 27. Juni 2017, Az.: L 5KR 170/15 und L 5 KR 260/16).

II.3.2. Sozialdatenschutz

Abrechnung von Leistungen durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte:

Förderung der Umsetzung von Verträgen zur Versorgung mit Schutzimpfungen und anderen Leistungen nach den §§ 132e und 132f SGB V durch die Ermöglichung der Anwendung des für die hausarztzentrierte und die besondere Versorgung (§§ 73b und 140a SGB V) etablierten Abrechnungsverfahrens nach § 295a SGB V.

Qualitätssicherung:

Sozialdatenschutzrechtlich erfolgt u.a. eine Klarstellung zur Zulässigkeit einer versichertenbezogenen Zusammenführung von personenbezogenen Daten im Rahmen von Rückmeldeverfahren in der Qualitätssicherung (§ 299 Absatz 1 SGB V).

Datenübermittlung auf Verlangen des Versicherten:

Sozialdatenschutzrechtlich erfolgt die Schaffung einer Befugnis zur Übermittlung der Daten aus der Versicherten Auskunft auf Verlangen und mit Einverständnis der Versicherten durch die Krankenkassen an Dritte, z.B. zur Verwendung in elektronischen Gesundheitsakten.

II.3.3. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Das bisherige Einzelvertragsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird auf ein gesetzliches Zulassungsmodell umgestellt, um vergaberechtliche Einwände gegen die bisherige Vertragspraxis auszuräumen. Künftig ist ein einheitlicher Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene zu schließen. Leistungserbringer, die die in dem Rahmenvertrag festgelegten Anforderungen erfüllen, haben Anspruch auf Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrags mit den Krankenkassen.

II.3.. Allgemeines Leistungsrecht

DO-Angestellte:

Klarstellung, dass nicht nur aktive Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände sondern auch Versorgungsempfänger Teilkostenerstattung in Anspruch nehmen können.

PrEP:

Versicherten mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko wird ein Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit Arzneimitteln bei Präexpositionsprophylaxe (PrEP) eingeräumt.

Kryokonservierung:

Ergänzung des Leistungsanspruchs der künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V um die Möglichkeit der Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mittels einer

einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommt eine Einigung über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter zwischen den Verbänden nicht zustande, erfolgt die Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit als zuständige Aufsichtsbehörde. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall vier Jahre. Insoweit wird auf die eingehende Begründung zur Neufassung von § 89 und § 89a verwiesen.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 auch das Nähere über das Teilnahmerecht an den Sitzungen der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 regeln kann.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers.

Zu Nummer 72 (§ 132a)

Der Änderung liegt die Änderung des § 89 zugrunde. Soweit sich die Rahmenempfehlungspartner zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege über den Vorsitzenden der gemeinsamen Schiedsstelle, die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter nicht einigen, erfolgt nach der neuen Verweisung eine Bestellung durch die zuständige Aufsichtsbehörde für die Amtsdauer von vier Jahren. Nach bisheriger Verweisung wurde die Entscheidung durch Los mit einer Amtsdauer von nur einem Jahr getroffen.

Zu Nummer 73 (§ 132d)

Zu Buchstabe a

Die Krankenkassen stellen die Versorgung mit SAPV sicher, indem sie Verträge mit den Leistungserbringern (meist multiprofessionelle Teams) schließen. In der mittlerweile weitgehend abgeschlossenen Aufbauphase wurden die Verträge regelhaft im unmittelbaren, nicht formalisierten Dialog zwischen Kassen und Teams geschlossen. Das OLG Düsseldorf hat in 2016 (Beschluss des Vergabesenats des OLG Düsseldorf vom 15.6.2016 (Az. VII - Verg 56/15) entschieden, dass es sich bei Verträgen zur SAPV um ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge handelt, wenn bei der Zulassung zu diesem Vertragssystem keine im Vorhinein festgelegten Bedingungen gelten und eine Auswahl unter den interessierten Leistungserbringern vorgenommen wird.

Diese Entscheidung hat bei Leistungserbringern und Krankenkassen zu Verunsicherung geführt. Zum einen, weil die Betroffenen den administrativen Aufwand eines Ausschreibungsverfahrens scheuen, zum anderen, weil eine Gefährdung der qualitativ hochwertigen Versorgung befürchtet wird. Die Krankenkassen sind daraufhin dazu übergegangen, mit jedem Leistungserbringer, der festgelegte Anforderungen erfüllt, einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Dies geschah in einem „open-House-Verfahren“, bei dem entweder jeder Leistungserbringer, der von den Krankenkassen einseitig festgelegte Voraussetzungen erfüllt, einen Vertrag erhält, oder im Rahmen eines offenen Zulassungsverfahrens, bei dem die Zulassungsvoraussetzungen auf kollektiver Ebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den der Hospizarbeit und Palliativversorgung zuständigen Verbänden festgelegt werden. Beide Verfahren unterfallen, wenn bei ihnen keine Auswahl unter Leistungserbringern vorgenommen wird und sie folglich kein Exklusivrecht zur Versorgung vermitteln, nicht dem Vergaberecht.

Eine einseitige Vorgabe der Krankenkassen würde den speziellen vernetzten Strukturen in der SAPV nicht gerecht werden. Mit der Neufassung des § 132d wird daher das praktizierte offene Zulassungsverfahren gesetzlich abgesichert. Satz 1 regelt, dass die maßgeblichen Voraussetzungen, nach denen ein Leistungserbringer den Zugang zur Versorgung erhält, zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Vertretern der Hospizarbeit

und der SAPV auf Bundesebene in einem Rahmenvertrag festgelegt werden. Der Rahmenvertrag ersetzt die bisherigen Rahmenempfehlungen nach Absatz 2. Entsprechend den in den bisherigen Rahmenempfehlungen getroffenen Vereinbarungen ist bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages zu berücksichtigen, dass die Versorgung der besonders vulnerablen Patientengruppe besondere Anforderungen an die Leistungserbringer stellt. Der Vertrag ist auf Bundesebene zu erarbeiten, damit bundesweit möglichst vergleichbare Versorgungsbedingungen entstehen. Die Vertragspartner haben bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages neben den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses die bisherige Versorgung, insbesondere die räumliche Nähe der Versorger zum Patienten, zu berücksichtigen. In dem Vertrag sind auch die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Dabei ist ein ausreichender Spielraum für die Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse auf Landesebene zu ermöglichen. Damit die Leistungserbringer die Möglichkeit haben, sich um eine Zulassung zu bemühen, sind die Bedingungen des Rahmenvertrages in geeigneter Weise, z.B. auf den Internetseiten der Krankenkassen, bekannt zu machen. In Satz 6 ist festgelegt, dass jeder Leistungserbringer, der die im Rahmenvertrag festgelegten Voraussetzungen erfüllt, einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag und damit auf den Zugang zur Versorgung erhält. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, den Versorgungsvertrag einzeln oder gemeinsam mit den Leistungserbringern zu schließen. In diesem Versorgungsvertrag sind Einzelheiten, die sich aus den besonderen Versorgungsbedürfnissen, etwa regionalen Besonderheiten ergeben, zu regeln. Dies gilt z.B. für die Vergütung, wenn etwa lokale Zuschläge für einen besonderen Wegeaufwand erforderlich sind. Um den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern zu entsprechen, ist ein gesonderter Rahmenvertrag für Kinder zu entwickeln.

In Absatz 2 wird geregelt, dass der Inhalt der Verträge, sowohl der Rahmenverträge nach den Sätzen 1 und 2 als auch des besonderen Versorgungsvertrages nach Satz 6, falls keine Einigung zu Stande kommt, in dem beschriebenen Schiedsverfahren festgelegt wird. Um langwierige Auseinandersetzungen zu verkürzen und einen vertragslosen Zustand zu verhindern, haben Klagen und Widersprüche gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung.

Zu Nummer 7 (§ 132e)

Es wird geregelt, dass in den ergänzenden Verträgen auf Landesebene nach § 129 Absatz 5 Satz 1 über die Versorgung mit Impfstoffen zu vereinbaren ist, dass die Krankenkassen den Apotheken den tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis, höchstens jedoch den Apothekeneinkaufspreis, und eine Apothekenvergütung von einem Euro je Einzeldosis sowie die Umsatzsteuer zu erstatten haben.

Durch die Begrenzung der Erstattung auf den tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis bzw. höchstens den Apothekeneinkaufspreis in Verbindung mit der Vorgabe der Vergütung der Apotheken bei der Abgabe von Impfstoffen an Ärzte besteht für Apotheken kein Anreiz mehr für Preisverhandlungen mit pharmazeutischen Unternehmen, da etwaige Rabatte auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers an die Krankenkasse weitergegeben werden müssen. Zur Umsetzung der Regelung kann die Krankenkasse sowohl von der Apotheke als auch vom pharmazeutischen Unternehmer Nachweise verlangen.

Die Vergütung der Apotheken von einem Euro je Impfdosis bei der Abgabe von Impfstoffen an Ärzte entspricht weitgehend bestehenden Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen oder ihren Verbänden mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene. Eine Apothekenvergütung in dieser Höhe ist angemessen, da es sich eben nicht um die Abgabe an Versicherte, sondern