

**Stellungnahme der BAGSO
zu dem Referentenentwurf des BMG
„Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)“**

Der Gesetzentwurf zielt darauf ab,

- den gesetzlich Versicherten durch die Verkürzung der Wartezeit auf Arzttermine und die Erweiterung des Sprechstundenangebots „einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen“,
- die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern,
- Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu erweitern und
- die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen für die Patientinnen und Patienten im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzbar zu machen.

Die BAGSO hat sich wiederholt im Sinne einfacher und niedrighschwelliger Zugänge älterer, insbesondere geriatrischer Patienten zum Gesundheitssystem sowie – gerade auch mit Rücksicht auf ältere Menschen – für eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen in strukturschwachen ländlichen und städtischen Räumen ausgesprochen. Insoweit begrüßt die BAGSO die mit dem Gesetzentwurf verfolgten Ziele. Sie spricht sich auch für die angestrebte Erweiterung von Leistungsansprüchen der Versicherten aus. Im Übrigen ist die BAGSO der Meinung, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen Nutzen auch für älterer Menschen bringen kann, wenn deren Belange hinreichend berücksichtigt werden.

Im Einzelnen nimmt die BAGSO zu dem Gesetzentwurf wie folgt Stellung:

I. Zu Art 1

Zu Nr. 32 (§ 73 SGB V)

Geriatrisch erkrankte Menschen benötigen oft neben der hausärztlichen Versorgung Zugang zu weiteren Leistungen, deren Koordination sie u.U. überfordert. Vielfach

übernehmen deshalb bereits heute Hausärzte die Vermittlung von Terminen bei Fachärzten. Es wird begrüßt, dass dies zur Regel werden und in den Aufgabenkatalog der hausärztlichen Versorgung nunmehr auch die Vermittlung von aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungsterminen bei einem Facharzt aufgenommen werden soll. Zu bedenken ist allerdings, ob die Voraussetzungen an die Terminvermittlung an enge medizinische Gründe gebunden werden sollen oder ob nicht auch soziale Gründe in der Person des Patienten hierzu Grundlage sein sollten.

Zu Nr. 35 (§75 SGB V)

Zu begrüßen ist, dass der Sicherstellungsauftrags der KVen in Zukunft über die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung hinaus auch auf die hausärztliche und auf kinder- und jugendärztliche Versorgung erstreckt werden und die Terminservicestellen der KVen auch hierfür Termine vermitteln und außerdem auch Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt unterstützen sollen.

Auch die weiteren hiermit in Zusammenhang stehenden Regelungen - Information über die Sprechstundenzeiten von Vertragsärzten im Internet, Ausdehnung der Erreichbarkeit der Terminservicestellen auf 24 Stunden an 7 Tagen der Woche – sind zu begrüßen. Dies gilt besonders für die angestrebte einheitliche Rufnummer (116 117) und die Verpflichtung, in Akutfällen – auch während der Sprechstundenzeiten – eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Damit würden die Terminservicestellen verpflichtet, in Akutfällen rund um die Uhr eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln, was zu der dringend gewünschten Entlastung von Notfallambulanzen in Krankenhäusern (insbesondere von Fehlinanspruchnahmen) führen würde.

Zu Nr. 40 und Nr. 41 (§§ 87 und 87a SGB V)

Die o.g. Regelungen (Nrn. 32 und 35) und werden von Vergütungsanreizen

- für eine erfolgreiche Vermittlung eines dringend notwendigen Behandlungstermins,

- für ärztliche Leistungen in der Versorgung in Akut- und Notfällen, wenn ein Versicherter während der Sprechstundenzeiten auf Vermittlung der Terminservicestelle behandelt wurde,
- für ärztliche Leistungen anlässlich der Vermittlung eines Behandlungstermins und
- für die Behandlung von neuen Patienten
- für die offene Sprechstunde (s.u. zu Art 13)

flankiert. Dies wird für sinnvoll gehalten. Die BAGSO ist allerdings der Meinung, dass die Wirkung dieser Vergütungsanreize nach einer gewissen Zeit überprüft werden sollte.

Zu Nr. 47 (§ 95 SGB V)

Viele, insbesondere jüngere Ärzte ziehen eine Berufsausübung im Angestelltenverhältnis in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) einer freiberuflichen Tätigkeit vor. In der Praxis der MVZ haben sich eine Reihe von ungeklärten Rechtsfragen als hinderlich für deren Gründung und Arbeit herausgestellt. Es wird begrüßt, dass diese Rechtsfragen geklärt und zugleich die gesetzlichen Regelungen weiterentwickelt werden sollen. Letzteres gilt insbesondere dafür, dass MVZ von anerkannten Praxisnetzen in unterversorgten Regionen gegründet werden können.

Zu Nr. 50 (§ 103 SGB V)

Für ländliche Gebiete eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sollen künftig auf Antrag der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zusätzliche Zulassungen für eine Neuniederlassung erteilt werden können. Dies wird begrüßt, weil dadurch regionale Bedürfnisse innerhalb eines Planungsbereichs besser beachtet werden können. Dass den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ein Antragsrecht eingeräumt wird, ist sachgerecht, da diese Behörden über einen Überblick über örtliche und regionale Versorgungsstrukturen verfügen, der über die ärztliche Versorgungslage hinausgeht und sie in die Lage versetzt, eine (weitere Aspekte einbeziehende) Gesamtbetrachtung vorzunehmen.

Zu Nr. 51 (§ 105 SGB V)

In Nr. 51 werden Regelungen getroffen, die der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung allgemein und insbesondere der Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung in Gebieten mit eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf dienen sollen.

Das Thema Unterversorgung ist für strukturschwache (städtische und) ländliche Räume von besonderer Bedeutung. Festzustellen ist für letztere, dass sie sich zunehmend entleeren und vor allem ältere und sehr alte Menschen zurückbleiben. Strukturschwache ländliche Räume sind oder scheinen oft unattraktiv für Ärzte und andere Gesundheitsberufe, aber auch für Krankenhausträger. Die Folge ist, dass die Versorgungsstrukturen ausdünnen oder auszudünnen drohen. Dies erschwert insbesondere älteren Menschen den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Aus diesem Grund werden die in Nr. 51 benannten Maßnahmen begrüßt. Dies gilt z.B. für

- die Verdopplung der Mittel der Strukturfonds,
- die Möglichkeit der Strukturfonds, die nunmehr von allen KVen einzurichten sind, lokale Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung zu fördern,
- die Erweiterung und Flexibilisierung der Möglichkeit der KVen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch eigene Einrichtungen zu gewährleisten. Einrichtungen können in Kooperation, gemeinsam mit Krankenhäusern, aber auch in Form mobiler Praxen, von Patientenbussen oder als mobile Sprechstunden betrieben werden.
- die Verpflichtung von KVen, in Gebieten mit eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung o.g. Einrichtungen zu betreiben.
- die Verpflichtung von KVen, in Gebieten mit eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung, an die dort tätigen ärztlichen Leistungserbringer Sicherstellungszuschläge zu bezahlen.

Zu Nr. 52 (§ 106a SGB V)

Besonders zu begrüßen ist, dass für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen Praxisbesonderheiten, wie Standort- und Strukturmerkmale des Leistungserbringers oder in besonderen Behandlungsfällen zu berücksichtigen sind. Die BAGSO versteht dies als Beitrag zur Sicherstellung des Zugangs zur ärztlichen Versorgung. Sie erhofft sich davon eine Stützung von Landarztpraxen und von Ärzten, die die

Versorgung in Hospizen oder in Pflegeheimen oder von Patienten übernehmen, die auf Hausbesuche angewiesen sind.

Zu Nr. 66 (§ 132d SGB V)

Gegen die bisherige Praxis, in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) Einzelverträge zu schließen, gab es vergaberechtliche Einwände. Nunmehr wird vorgegeben, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den maßgeblichen Vertretern der SAPV einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der Leistungen schließen. Leistungserbringer, die die dort festgelegten Anforderungen erfüllen, haben Anspruch auf Teilnahme an der SAPV. Es wird begrüßt, dass damit Rechtsunklarheiten beseitigt werden. Zugleich wird festgelegt, dass in den Verträgen regionale Besonderheiten berücksichtigen sind. Dies kann z.B. Aufschläge für einen besonderen Wegeaufwand betreffen. Auch dies wird begrüßt.

Zu Nr. 83 und 84 (§§ 291a und 291b SGB V)

Mit den Regelungen sollen Versicherte zusätzliche Zugriffs- und Authentifizierungsmöglichkeiten erhalten, um mit mobilen Endgeräten auf ihre medizinischen Daten in ihrer Patientenakte zugreifen zu können. Aus der Sicht der BAGSO können die Regelungen mitgetragen werden:

- Es gibt eine öffentlich-rechtliche Lösung, auf die der Gesetzgeber insgesamt Zugriff hat.
- Die Patienten entscheiden selbst, wem sie zusätzlich Zugriffsrechte einräumen wollen.
- Das intransparente Durcheinander zwischen Patientenakte und -fach wird beseitigt.
- Die Krankenkassen gewährleisten die umfassende Information der Patienten.

Allerdings ist zu fordern, dass die Einführung vor allem im Hinblick auf ältere Patienten sehr zeitnah wissenschaftlich evaluiert und erforderlichenfalls angepasst werden sollte.

II. Zu Art. 8

Zu Nrn. 3 sowie 5 bis 8 (§§ 37, 71, 72, 112a, 120 SGB XI)

Die Ergänzungen bzw. Klarstellungen zur Stellung, zu den Aufgaben und vor allen zur Sicherung der Qualität der ambulanten Betreuungsdienste werden ausdrücklich begrüßt.

Im SGB XI sollte jedoch ergänzend aufgenommen werden, dass die Entwicklung eigenständiger Qualitätskriterien für die Tagespflege notwendig ist. Nicht ausreichend ist hier die Übertragung der stationären Kriterien für dieses wichtige Angebot zur Entlastung der häuslichen Betreuungssituation und zur Vereinbarung von Berufstätigkeit mit der häuslichen Pflegesituationen.

III. Zu Artikel 13

Zu Nr. 2 (§ 19a Ärzte-ZV)

Die Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärzte für die gesetzlich Versicherten werden von 20 auf 25 Stunden wöchentlich erhöht (wobei Hausbesuchszeiten angerechnet werden) und Vertragsärzte der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung haben in der Woche mindestens fünf Stunden als offene Sprechstunde anzubieten. Mit beiden Maßnahmen wird der Zugang zur ärztlichen Versorgung verbessert. Dies ist zu begrüßen.