

**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
K. d. ö. R., Berlin**

und

**der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
K. d. ö. R., Berlin,**

schließen als Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte die nachstehende

**Vereinbarung
über die Einrichtung von Terminservicestellen
und die Vermittlung von Arztterminen
vom 27. August 2019 in der Fassung vom 6. Dezember 2021***

Inhalt

§ 1 Zweck des Vertrages	3
§ 2 Vermittlung von Behandlungsterminen gem. § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 1 SGB V	3
§ 2a Psychotherapeutische Versorgung	3
§ 3 Nachweis eines Vermittlungsanspruches	4
§ 4 Anforderungen an die Überweisung	4
§ 5 Rechte und Pflichten der Versicherten und der Vertragsärzte	5
§ 6 Zumutbare Entfernung	5
§ 7 Ambulante Behandlung im Krankenhaus	6
§ 8 Unterstützung bei der Suche nach einem Haus- sowie Kinder- und Jugendarzt gem. § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 2 SGB V	8
§ 9 Vermittlung von Akutfällen gem. § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V	8
§ 10 Datenschutz	8
§ 11 Evaluation	8
§ 12 Inkrafttreten	9
§ 13 Kündigung	9

§ 1 Zweck des Vertrages

Diese Vereinbarung dient der Umsetzung des § 75 Absatz 1a SGB V. Die Vereinbarung hat die Vermittlung von Terminen bei Ärzten und Psychotherapeuten durch Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Gegenstand. Diese Vereinbarung findet keine Anwendung, soweit es um die Vermittlung von Terminen für zahnärztliche Behandlungen und kieferorthopädische Behandlungen geht.

§ 2 Vermittlung von Behandlungsterminen gem. § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 1 SGB V

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten Terminservicestellen als zusätzliche Maßnahme zur Sicherstellung der angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung ein. Aufgabe der Terminservicestelle ist es, gesetzlich Versicherten innerhalb einer Woche, beginnend am Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der Terminservicestelle, einen Behandlungstermin bei einem Vertragsarzt in ihrem KV-Bezirk zu vermitteln (Wochenfrist). Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nach Ablauf der Wochenfrist nicht überschreiten. Die Durchführung der Vermittlung nach den Vorgaben dieser Vereinbarung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen.
- (2) Sofern innerhalb der Wochenfrist nach Absatz 1 Satz 2 kein Behandlungstermin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt oder Einrichtungen nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V vermittelt werden kann, hat die Terminservicestelle den Versicherten innerhalb einer weiteren Woche einen Behandlungstermin in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus anzubieten.
- (3) Die Terminservicestelle soll mit geeigneten nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern Absprachen über eine Kooperation zur Inanspruchnahme von Ärzten des Krankenhauses treffen.
- (4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen sicher, dass die Terminservicestellen nach Maßgabe des § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V für die Versicherten erreichbar sind. Sie informieren ihre Mitglieder und die Öffentlichkeit über die Einrichtung der Terminservicestellen und deren Erreichbarkeit auf ihrer Homepage.

§ 2a Psychotherapeutische Versorgung

- (1) Psychotherapeut im Sinne dieser Vereinbarung sind die in § 1 Absatz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum BMV-Ä) genannten vertragsärztlichen Psychotherapeuten, vertragsärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- (2) Die Terminservicestelle vermittelt auf Anfrage des Versicherten
 1. einen Termin für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA,
 2. einen Termin für die sich aus der Abklärung nach Nr. 1 ergebende zeitnah erforderliche Akutbehandlung gemäß § 13 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA. Die Wartezeit darf zwei Wochen nicht überschreiten.
 3. einen Termin für sich aus der Abklärung nach Nr. 1 ergebende probatorische Sitzungen gemäß § 12 der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), soweit eine psychotherapeutische Behandlung gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA zeitnah

erforderlich ist.

Voraussetzung für die Vermittlung eines Termins nach Nr. 2 und Nr. 3 ist, dass der Psychotherapeut im Rahmen der individuellen Patienteninformation (PTV 11) gemäß § 11 Absatz 14 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA eine Empfehlung zur ambulanten psychotherapeutischen Akutbehandlung oder ambulanten Psychotherapie ausgestellt hat. Lautet die Empfehlung auf eine ambulante Psychotherapie, hat der Psychotherapeut, der die Sprechstunde durchführt, auf der individuellen Patienteninformation anzugeben, ob die Behandlung zeitnah erforderlich ist oder nicht. Diese Empfehlung ist nicht erforderlich, wenn eine Patientin oder ein Patient aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V entlassen wurde.

- (3) Das Vorliegen einer Überweisung ist nicht Voraussetzung für die Vermittlung eines Termins nach Absatz 2.
- (4) Die weiteren Regelungen dieser Vereinbarung gelten entsprechend.

§ 3 Nachweis eines Vermittlungsanspruches

- (1) Die Terminservicestelle vermittelt einen Behandlungstermin nur dann, wenn der Versicherte an einen Vertragsarzt überwiesen wurde bzw. aufgrund des PTV 11 ein Vermittlungsanspruch besteht. Der Versicherte, oder auf Wunsch des Versicherten der überweisende Vertragsarzt, übermittelt folgende Daten zur Überweisung:
 - Ggf. Geburtsdatum des Versicherten
 - Vermittlungscode
 - Kontaktdaten des Versicherten
 - Überweisungsauftrag
 - ggf. Hinweis auf eingeschränkte Mobilität des Versicherten.
- (2) Versicherte oder von ihnen beauftragte Dritte, können sich telefonisch an die Terminservicestelle wenden. Die Kassenärztliche Vereinigung kann weitere Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit der Terminservicestelle anbieten.
- (3) Einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Termin bei einem Augenarzt, Frauenarzt, Hausarzt, Kinder- und Jugendarzt oder Psychotherapeuten beansprucht wird. In diesem Fall erhebt die Terminservicestelle folgende Daten:
 - Ggf. Geburtsdatum des Versicherten
 - Kontaktdaten des Versicherten
 - Angaben zur Dringlichkeit
 - ggf. Hinweis auf eingeschränkte Mobilität des Versicherten.
- (4) Abweichend von Absatz 3 ist eine Überweisung in den Fällen gem. § 24 Absatz 4 Nr. 1 BMV-Ä erforderlich.

§ 4 Anforderungen an die Überweisung

- (1) Die Pflicht zur Vermittlung eines Behandlungstermins innerhalb von vier Wochen gilt nicht bei Routineuntersuchungen und Behandlung von Bagatellerkrankungen (verschiebbare Untersuchungen). In diesen Fällen ist ein Behandlungstermin in einer angemessenen Frist zu vermitteln.

- (2) Der Überweisende macht auf der Überweisung durch ein Kennzeichen deutlich, ob es sich um eine Überweisung nach § 2 Absatz 1 oder um eine verschiebbare Untersuchung gemäß Absatz 1 handelt. Das Nähere zur Kennzeichnung regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen sicher, dass die Vertragsärzte über das Verfahren zur Kennzeichnung informiert werden.
- (3) Eine verschiebbare Untersuchung liegt insbesondere vor bei
 - Früherkennungsuntersuchungen,
 - Verlaufskontrollen bei medizinisch nicht akuten Erkrankungen sowie
 - Untersuchungen zur Feststellung der körperlichen oder psychischen Leistungsfähigkeit.
- (4) Eine Bagatellerkrankung liegt vor, wenn ein Zuwarten von mehr als vier Wochen hingenommen werden kann, da keine Gefahr besteht, dass sich der Gesundheitszustand ohne Behandlung verschlechtert oder eine längere Verzögerung zu einer Beeinträchtigung des angestrebten Behandlungserfolges führt. Die Beurteilung dieses Sachverhalts obliegt dem überweisenden Arzt.
- (5) Für termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder ab der U3 gelten die Fristen des § 2 Absatz 1. Die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) vorgesehenen Zeiträume bleiben unberührt. Eine Vermittlung innerhalb der in der Kinder-Richtlinie vorgesehenen Toleranzgrenzen ist nur dann gewährleistet, wenn der Versicherte seinen Vermittlungswunsch spätestens fünf Wochen vor Ende der Toleranzgrenze der Terminservicestelle bekannt gegeben hat.

§ 5 Rechte und Pflichten der Versicherten und der Vertragsärzte

- (1) Der Versicherte hat keinen Anspruch auf Vermittlung eines Termins bei einem bestimmten Arzt. Kann der Versicherte einen durch die Terminservicestelle angebotenen Termin nicht wahrnehmen und teilt er dies der Terminservicestelle im oder zeitnah unmittelbar nach dem ersten Kontakt mit, so soll ihm die Terminservicestelle einen weiteren Termin anbieten. Die Terminservicestelle soll dem Versicherten zudem einen weiteren Termin für sich aus der Abklärung nach § 2a Absatz 2 Nr. 1 ergebende probatorische Sitzungen gemäß § 12 der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bei einem anderen Therapeuten vermitteln, sofern es in dem ersten vermittelten Therapeut-Patienten-Verhältnis an der persönlichen Passung und damit an einer tragfähigen Arbeitsbeziehung gefehlt hat.
- (2) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden.

§ 6 Zumutbare Entfernung

- (1) Die Terminservicestelle hat einen Termin bei einem Vertragsarzt/Psychotherapeuten in einer zumutbaren Entfernung zum Wohnort oder dem gewöhnlichen Aufenthaltsort des Versicherten zu vermitteln. Die zumutbare Entfernung wird über den Zeitbedarf für das Aufsuchen des von der Terminservicestelle vermittelten Arztes bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel wie folgt festgelegt:
 1. Arztgruppen der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung:

- erforderliche Zeit für das Aufsuchen des nächsten erreichbaren geeigneten Facharztes der jeweiligen Arztgruppe plus maximal 30 Minuten.
2. Arztgruppen der spezialisierten und gesonderten fachärztlichen Versorgung:
erforderliche Zeit für das Aufsuchen des nächsten erreichbaren geeigneten Facharztes plus maximal 60 Minuten.
- (2) Die Zeitvorgaben nach Absatz 1 können von der Kassenärztlichen Vereinigung auch durch geeignete Kilometerangaben bestimmt werden. Dabei ist sicherzustellen, dass die Zeitvorgaben nach Absatz 1 eingehalten werden.
- (3) Die Arztgruppen sind wie folgt zuzuordnen:
- Zu der Arztgruppe der hausärztlichen Versorgung und allgemeinen fachärztlichen Versorgung gehören Fachärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, Internisten mit Zuordnung zum hausärztlichen Versorgungsbereich, Augenärzte, Frauenärzte, Chirurgen, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Orthopäden, Urologen sowie Psychotherapeuten.
 - Zu der Arztgruppe der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gehören folgende Arztgruppen: Anästhesisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Fachinternisten (fachärztlich tätig) sowie Radiologen.
 - Zu der Arztgruppe der gesonderten fachärztlichen Versorgung gehören Humangenetiker, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner sowie Transfusionsmediziner.
- (4) Bei Überschreitung der Zumutbarkeitsgrenzen nach Absatz 1 hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin in einem geeigneten Krankenhaus zu vermitteln. Dabei sind die Grundsätze zur Zumutbarkeit nach Absatz 1 entsprechend zu beachten.
- (5) Bei der Vermittlung von Terminen sind auch die individuelle Mobilität des Versicherten, die besonderen örtlichen Verhältnisse sowie die öffentliche Verkehrsanbindung zu berücksichtigen.

§ 7 Ambulante Behandlung im Krankenhaus

- (1) Die Krankenhäuser sind nur berechtigt, diejenige ambulante Behandlung durchzuführen, für die eine Überweisung vorliegt. Dies gilt nicht, wenn eine Überweisung nach § 2a Absatz 3 und § 3 Absatz 3 nicht erforderlich ist. Eine über den Überweisungsauftrag hinausgehende ambulante Behandlung durch das Krankenhaus ist ausgeschlossen. Das Krankenhaus kann den Versicherten in der Regel sechs Wochen nach dem ersten Termin ambulant behandeln, sofern die folgenden Behandlungen erforderlich sind, um den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Die Behandlung ist beschränkt auf die Leistungen des Fachgebiets, auf das die Überweisung ausgestellt ist. Dies gilt bei der Inanspruchnahme von Augen-, Frauen-, Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten entsprechend.
- (1a) Abweichend von Absatz 1 Satz 4 kann eine im Krankenhaus begonnene psychotherapeutische Behandlung nach § 2a Absatz 2 Nr. 2 auch über die Frist von sechs Wochen hinaus weitergeführt und abgeschlossen werden. Satz 1 gilt entsprechend für eine sich an die probatorischen Sitzungen nach § 2a Absatz 2 Nr. 3 anschließende Richtlinien-therapie nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA, sofern die Kontinuität der Therapeuten-Patienten-

Beziehung im Krankenhaus sichergestellt ist.

- (1b) Sofern eine Vermittlung eines Akutfalls in eine Notfallambulanz nach § 9 erfolgt, kann die ambulante Behandlung durch die Notfallambulanz für höchstens 7 Tage fortgeführt werden, soweit sie notwendig ist, um den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.
- (2) Für die Behandlung nach Absatz 1 gelten folgende Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte/Psychotherapeuten des Krankenhauses:
 - a) Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen können nur von einem Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung getroffen werden (Facharztstatus).
 - b) Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung können entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung berechtigten Arztes an der ärztlichen Behandlung nach Absatz 1 beteiligt werden (Facharztstandard).
 - c) Die psychotherapeutische Versorgung kann abweichend von a) und b) von einem Arzt oder Psychotherapeuten mit der für die jeweilige Berufsgruppe geltenden fachlichen Befähigung gemäß §§ 5, 6 oder 7 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum BMV-Ä) erfolgen.
- (3) Zur Abrechnung der erbrachten Leistungen nach den Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes erhält das Krankenhaus auf Antrag von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer, gemäß § 6 Absatz 3 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. Diese versorgungsspezifische Betriebsstättennummer ist durch das abrechnende Krankenhaus bei der Abrechnung und Verordnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung zu verwenden.
- (4) Krankenhausärzte nach Absatz 2 Buchstabe a) und c), die Leistungen im Sinne von §§ 75 Absatz 1a, 76 Absatz 1a Satz 1 SGB V erbringen, verwenden die nach Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe (Vereinbarung ANRV) vergebene neunstellige Arztnummer. Das Krankenhaus hat der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Krankenhausarzt auf Grundlage dieser Vereinbarung tätig wird, vor Aufnahme der Tätigkeit die Arztnummer des Krankenhausarztes mitzuteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Richtigkeit der Angabe.
- (5) Diese Arztnummer ermöglicht die Zuordnung der ärztlichen Leistungen und Verordnungen zu der Person des Krankenhausarztes nach Absatz 2 Buchstabe a) und c). Die Arztnummer ist durch das abrechnende Krankenhaus bei der Abrechnung und Verordnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung zu verwenden.
- (6) Für die Vordrucke für die Verordnung der Leistungen gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V gelten die Anlagen 2, 2a und 2b zum BMV-Ä. Die Weitergabe von Vordrucken an Nichtvertragsärzte ist unstatthaft. Satz 2 gilt nicht für die Weitergabe von Vordrucken an Ärzte im Krankenhaus („Nichtvertragsärzte“), die im Rahmen von § 76 Absatz 1a SGB V tätig werden. Für die Verordnung von Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten nach Absatz 2 Buchstabe c) gelten die entsprechenden Vorgaben in den Richtlinien des G-BA.

- (7) Die Verordnungen nach Absatz 6 sind gesondert zu kennzeichnen. Hierzu ist auf die Formulare das Kennzeichen „07“, bei Ersatzverordnungen nach § 29 Abs. 9 BMV-Ä das Kennzeichen „17“ an der Stelle 29 und 30 der Zeile 6 des Personalienfeldes einzutragen. In den Verordnungen nach Absatz 6 ist in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ die Betriebsstättennummer gemäß Absatz 3 einzutragen. In dem Feld „Arzt-Nr.“ ist die 9-stellige Arztnummer gemäß Absatz 4 aufzutragen. Im Rahmen von § 76 Absatz 1a SGB V dürfen nur Arzneiverordnungsblätter verwendet werden, bei denen in der Codierleiste die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer nach Absatz 3 eingedruckt ist.

§ 8 Unterstützung bei der Suche nach einem Haus- sowie Kinder- und Jugendarzt gem. § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 2 SGB V

Die Terminservicestellen unterstützen Versicherte bei Bedarf bei der Suche nach einem Haus- sowie Kinder- und Jugendarzt.

§ 9 Vermittlung von Akutfällen gem. § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V

Die Terminservicestellen haben spätestens zum 01.01.2020 in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. Der vermittelte Termin muss spätestens am Tag nach der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akutfall erfolgen.

Grundlage hierfür sind die Vorgaben in der Richtlinie der KBV nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 SGB V. Einer Überweisung bedarf es nicht.

§ 10 Datenschutz

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen sicher, dass die Anforderungen des Datenschutzes beachtet werden.
- (2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, die für die Aufgaben der Terminservicestelle und für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlichen Daten der Versicherten und der Vertragsärzte zu verarbeiten.

§ 11 Evaluation

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach Ablauf eines Quartals die Anzahl der Terminvermittlungen nach Arztgruppe, der Hausarztvermittlungen und der Vermittlung in Akutfällen in elektronischer Form mit. Das Nähere zur Übermittlung dieser Daten bestimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- (2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wertet diese Daten im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote aus (Evaluierung).
- (3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert den GKV-Spitzenverband über die Ergebnisse nach Absatz 2, differenziert nach der Gruppe der Ärzte und der Psychotherapeuten, zum selben Zeitpunkt, an dem sie gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 75 Absatz 1a Satz 19 SGB V berichtet.

§ 12 Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt am 01.09.2019 in Kraft. Die Vereinbarung vom 23.10.2015 in der Fassung vom 07.11.2017 tritt gleichzeitig außer Kraft.

§ 13 Kündigung

Dieser Vertrag kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Monate zum Schluss eines Kalenderjahres. Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief zu erfolgen.

Berlin, den 27.08.2019

.....
Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin

.....
GKV-Spitzenverband, K. d. ö. R., Berlin