

**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 Facharztterminen**

**Stand: 07.11.2017**

### Inhalt

§ 1 Zweck des Vertrages .....	3
§ 2 Einrichtung von Terminservicestellen .....	3
§ 2a Psychotherapeutische Versorgung .....	3
§ 3 Nachweis einer Überweisung .....	4
§ 4 Anforderungen an die Überweisung .....	5
§ 5 Rechte und Pflichten des Versicherten.....	5
§ 6 Zumutbare Entfernung.....	5
§ 7 Ambulante Behandlung im Krankenhaus .....	7
§ 8 Datenschutz.....	8
§ 9 Evaluation.....	8
§ 10 Inkrafttreten .....	9
§ 11 Kündigung .....	9

### **§ 1 Zweck des Vertrages**

Diese Vereinbarung dient der Umsetzung des § 75 Absatz 1a SGB V. Die Vereinbarung hat die Vermittlung von Facharztterminen 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. Psychotherapeutische Behandlungen sind ab Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine Gegenstand dieser Vereinbarung.

### **§ 2 Einrichtung von Terminservicestellen**

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten Terminservicestellen als zusätzliche Maßnahme zur Sicherstellung der angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung ein. Aufgabe der Terminservicestelle ist es, gesetzlich Versicherten innerhalb einer Woche nach Bekanntwerden des Vermittlungswunsches des Versicherten bei der Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Facharzt in ihrem KV-Bezirk zu vermitteln. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin beginnt mit dem Bekanntwerden des Vermittlungswunsches; sie darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Durchführung der Vermittlung nach den Vorgaben dieser Vereinbarung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen.
- (2) Nach Bekanntwerden des Vermittlungswunsches vermittelt die Terminservicestelle innerhalb einer Woche einen Termin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt oder Einrichtungen nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Termin darf vier Wochen nach Bekanntwerden des Vermittlungswunsches nicht überschreiten. Sofern kein Behandlungstermin innerhalb der Frist nach Satz 1 vermittelt werden kann, hat die Terminservicestelle den Versicherten innerhalb einer weiteren Woche einen Behandlungstermin in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus anzubieten. In diesem Fall verlängert sich die Frist nach Satz 2 um eine Woche.
- (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 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 ärztlichen Psychotherapeuten, ärztliche 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.
  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 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.
- (5) Für die Verordnung von Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten (Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, Krankentransporten, Krankenhausbehandlung sowie von Soziotherapie) gelten die entsprechenden Vorgaben in den Richtlinien des G-BA.

### **§ 3 Nachweis einer Überweisung**

- (1) Die Terminservicestelle vermittelt einen Behandlungstermin nur dann, wenn der Versicherte an einen Facharzt überwiesen wurde. Der Versicherte, oder auf Wunsch des Versicherten der überweisende Arzt, übermittelt folgende Daten zur Überweisung:
- Bestehen der Überweisung
  - Kontaktdaten des Versicherten
  - Überweisungsauftrag
  - Angaben zur Dringlichkeit
  - ggf. Hinweis auf eingeschränkte Mobilität des Versicherten.
- (2) Versicherte 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 oder einem Frauenarzt beansprucht wird.

### § 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 2 oder um eine verschiebbare Untersuchung gemäß Absatz 1 handelt. Das Nähere zur Kennzeichnung regelt die Kassenärztliche Vereinigung.
- (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 Rechte und Pflichten des Versicherten

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 Abs. 1 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.

### § 6 Zumutbare Entfernung

- (1) Die Terminservicestelle hat einen Termin bei einem Facharzt/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 allgemeinen fachärztlichen Versorgung: erforderliche Zeit für das Aufsuchen des nächsten erreichbaren geeigneten Facharztes 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 allgemeinen fachärztlichen Versorgung gehören Augenärzte, Frauenärzte, Chirurgen, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, 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- und Frauenärzten 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.
- (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) Die Kassenärztliche Vereinigung vergibt eine Arztnummer an Krankenhausärz-

te nach Absatz 2 Buchstabe a) und c), die Leistungen im Sinne von §§ 75 Absatz 1a, 76 Absatz 1a Satz 1 SGB V erbringen. Die Arztnummer wird von der Kassenärztlichen Vereinigung auf Antrag des Krankenhauses und des Krankenhausarztes vergeben, in deren Bereich der Krankenhausarzt erstmals im Rahmen der Erbringung von Leistungen auf Grundlage dieser Vereinbarung für ein Krankenhaus tätig wird. Die Arztnummer wird nach dem in § 2 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern festgelegten Verfahren erstellt. Vor der Vergabe prüft die Kassenärztliche Vereinigung, ob an den Krankenhausarzt bereits eine Arztnummer vergeben wurde. Bei einer bereits bestehenden Arztnummer entfällt die Generierung der ersten sieben Ziffern der Arztnummer, die Kassenärztliche Vereinigung kann den Arztgruppenschlüssel nach Satz 2 ergänzen.

- (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) Wird der Krankenhausarzt für ein Krankenhaus außerhalb des Bereichs der Kassenärztlichen Vereinigung tätig, die die Arztnummer vergeben hat, hat das Krankenhaus der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Krankenhausarzt die weitere Tätigkeit aufnimmt, vor Aufnahme der Tätigkeit die Arztnummer des Krankenhausarztes mitzuteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Richtigkeit der Angabe.
- (7) 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 und 2a 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) gilt § 2a Absatz 5.
- (8) Die Verordnungen nach Absatz 7 sind gesondert zu kennzeichnen. Hierzu ist auf die Formulare das einstellige Kennzeichen „7“ an der 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes einzutragen. In den Verordnungen nach Absatz 7 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 Datenschutz

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen sicher, dass die Anforderungen des Datenschutzes bei der Vermittlung von Terminen beachtet werden.
- (2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, die für die Vermittlung von Terminen erforderlichen Daten des Versicherten zu erheben, zu speichern und zu verarbeiten.

### § 9 Evaluation

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen der Kassenärztlichen Bundes-

vereinigung nach Ablauf eines Quartals die Anzahl der Terminvermittlungen nach Facharztgruppe 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 Facharztterminen, 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 Fachärzte und der Psychotherapeuten, zum selben Zeitpunkt, an dem sie gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 75 Absatz 1a Satz 16 SGB V berichtet.

### **§ 10 Inkrafttreten**

Die Vereinbarung tritt am 23.10.2015 in Kraft. Sie gilt für die Tätigkeit der Terminservicestellen ab dem 23.01.2016 und für die ab diesem Zeitpunkt ausgestellten Überweisungen.

### **§ 11 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.