

Terminservice(stelle) – Wissenswertes für die Praxis

Gesetzlicher Rahmen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen betreiben Terminservicestellen – jeweils für ihr Bundesland. Dazu hat sie der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) verpflichtet (§ 75 Abs. 1a SGB V). Die Anlage 28 Bundesmantel-Vertrag Ärzte (BMV-Ä) regelt die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Arztterminen vertraglich.

Aufgabe der Terminservicestellen war es zunächst, gesetzlich Krankenversicherten mit einer dringenden Überweisung zu einer fachärztlichen Behandlung innerhalb einer Woche einen Termin zu vermitteln. Seit April 2017 sind die Terminservicestellen zudem verpflichtet, Termine bei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten zu vermitteln. Mit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) schließlich wurde das Aufgabenspektrum der Terminservicestellen nochmals deutlich erweitert um die Vermittlung von haus- und kinderärztlichen Terminen sowie Akutterminen.

Welche Aufgaben erfüllt die Terminservicestelle?

- Alle Terminservicestellen aller Bundesländer sind über die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 rund um die Uhr (24 Stunden / 7 Tage) erreichbar.
- Die Terminservicestelle vermittelt Versicherten, die sich an sie wenden, innerhalb einer Woche einen **dringlichen Termin** in einer fachärztlichen Arztpraxis, bei Haus- und Kinder-/Jugendärzten (einschließlich Terminen für U-Untersuchungen – Gesundheitsuntersuchungen – im Kindesalter) oder in einer psychotherapeutischen Praxis.
- Voraussetzung für die Vermittlung eines dringlichen Termins ist eine Überweisung, die die Dringlichkeit bestätigt. Ausgenommen von dieser Überweisungspflicht sind Termine bei Augen- und Frauenärzten, Haus- und Kinder-/Jugendärztinnen. Bei Terminwunsch für ein psychotherapeutisches Erstgespräch (psychotherapeutische Sprechstunde) ist ebenfalls keine Überweisung erforderlich.
- Die Wartezeit auf den Termin darf 35 Tage nicht überschreiten; die Termine zur psychotherapeutischen Akutbehandlung müssen innerhalb von zwei Wochen liegen.
- Die 35-Tage-Frist gilt nicht für verschiebbare Routineuntersuchungen und Bagatellerkrankungen; sie gelten als nicht „dringlich“. Hier soll die Wartezeit lediglich „angemessen“ sein.
- Kann kein Facharzttermin innerhalb einer Woche unter Berücksichtigung der Wartezeit von maximal 35 Tagen gefunden werden, hat die Terminservicestelle den Versicherten innerhalb einer weiteren Woche einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Termin von maximal 35 Tagen verlängert sich in diesem Fall um eine Woche.
- Die Versicherten haben keinen Anspruch auf die Vermittlung eines Termins bei einem bestimmten Arzt („Wunscharzt“) oder in einer bestimmten Praxis.
- Der vermittelte Termin soll in einer zumutbaren Entfernung für den Versicherten erreichbar sein.

- Die Terminservicestelle vermittelt **Patientinnen und Patienten mit einem akuten medizinischen Anliegen** auf Basis eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens innerhalb von 24 h in die richtige Versorgungsebene (Vertragsarzt, Notfallambulanz am Krankenhaus, Rettungsdienst/112) – auch während der üblichen Praxis-Sprechstundenzeiten. Im akuten Fall muss keine Überweisung vorliegen.
- Die Terminservicestelle unterstützt Patientinnen und Patienten bei der **Suche nach dauerhaft versorgenden Haus- und Kinder-/Jugendärzten** (in diesen Fällen ist ebenfalls keine Überweisung nötig).
- Die Terminservicestelle vermittelt nicht Termine für zahnärztliche Behandlungen und für kieferorthopädische Behandlungen.

Anspruch auf fachärztlichen Terminservice nur mit dringlicher Überweisung

Alle gesetzlich Krankenversicherten können mit einer als dringlich codierten Überweisung die fachärztliche Terminvermittlung in Anspruch nehmen. Für einen Termin in einer augenärztlichen oder gynäkologischen Praxis bedarf es keiner Überweisung. Der Gesetzgeber fordert, eine dringliche Überweisung so nachzuweisen, dass sie durch die Terminservicestelle überprüft werden kann.

Die Terminservicestelle bzw. die von ihr eingesetzte Software „116117 Terminservice“ löst dies durch die Vergabe eines eindeutigen Vermittlungscodes. Dieser kann

- entweder durch kompatible Praxissoftware direkt auf den Überweisungsträger gedruckt werden, Voraussetzung hierfür ist, dass das in der Praxis genutzte Arztinformationssystem KV-Connect-auditiert ist beziehungsweise die KVDT-Zertifizierung „116117 Terminservice“ der KBV aufweist und die Praxis an ein sicheres Netz (Sicheres Netz der KVen/Telematikinfrastruktur) angebunden ist,
- oder in Form eines Etiketts nach Bedruckung auf das Überweisungsformular aufgebracht werden (pdf-Druckvorlage kann im „116117 Terminservice“ angefordert werden).

Anforderungen an die Überweisung

Sie entscheiden, ob eine Überweisung dringlich ist!

Die überweisende Praxis macht auf der Überweisung durch das Aufbringen eines Vermittlungscodes deutlich, ob es sich um eine dringliche Überweisung im Sinne der gesetzlichen Regelungen oder um eine verschiebbare Untersuchung handelt.

Diese Unterscheidung erfolgt bei Nutzung des „116117 Terminservice“ durch den aufgebrachten Vermittlungscodes. Hierbei gilt zunächst folgende Regel: Überweisungen mit einem dringlichen Vermittlungscodes gelten als „Regelfälle im Sinne der gesetzlichen Regelungen“, alle anderen gelten als nicht zeitkritisch. Die Software „116117 Terminservice“ betrachtet Fälle mit Vermittlungscodes als Fälle mit geltender 35-Tage-Frist.

Die Pflicht zur Vermittlung eines vertragsärztlichen Behandlungstermins innerhalb von 35 Tagen gilt nicht bei Routineuntersuchungen und Behandlung von Bagatellerkrankungen (verschiebbare Untersuchungen). In diesen Fällen ist ein Behandlungstermin in einer angemessenen Frist (in der Regel sechs bis acht Wochen) zu vermitteln.

Eine verschiebbare Untersuchung liegt insbesondere vor bei

- Vorsorgeuntersuchungen,
- Verlaufskontrollen bei medizinisch nicht akuten Erkrankungen sowie
- Untersuchungen zur Feststellung der körperlichen oder psychischen Leistungsfähigkeit.

Eine Bagatellerkrankung liegt vor, wenn ein Zuwarten von mehr als 35 Tagen 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.

Wichtiger Hinweis:

Die TSS muss nach Maßgabe des Gesetzgebers auch nichtdringliche Patientinnen und Patienten vermitteln, also Versicherte, die zwar eine Überweisung in eine fachärztliche Praxis haben, aber keinen dringlichen Vermittlungscode. Über die Software „116117 Terminservice“ wird sichergestellt, dass in diesen Fällen von der TSS nur Termine angeboten werden, die außerhalb des „Regel-Dringlichkeitsfenster“ von 35 Tagen liegen. Die nichtdringliche Behandlung wird also im Sinne des Gesetzes in einer angemessenen Frist (in der Regel sechs bis acht Wochen, im Einzelfall bis zu zwölf Wochen) vermittelt.

Termine bei den überweisungsfreien Fachgruppen, also Termine in augenärztlichen und gynäkologischen Praxen sowie bei Haus- und Kinder-/Jugendärzten, die innerhalb von 35 Tagen vermittelt wurden, gelten grundsätzlich als „dringend“. Es sei denn, es geht explizit um z. B. verschiebbare Vorsorgeuntersuchungen.

Für termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder ab der U3 gelten ebenfalls Fristen (innerhalb von 35 Tagen). 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.

Vermittlung von Terminen in die psychotherapeutische Praxis

Die Terminservicestelle vermittelt den Versicherten auf Anfrage

- einen Termin für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde (gemäß § 11 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA) oder
- einen Termin für die sich aus der Abklärung nach der psychotherapeutischen Sprechstunde ergebende zeitnah erforderliche Akutbehandlung (gemäß § 13 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA); die Wartezeit darf zwei Wochen nicht überschreiten; oder
- einen Termin für eine sich aus der Abklärung nach der psychotherapeutischen Sprechstunde ergebende probatorische Sitzung (gemäß § 12 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA), soweit eine psychotherapeutische Behandlung (gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA) zeitnah erforderlich ist.

Für einen Termin in der psychotherapeutischen Sprechstunde muss keine Überweisung vorliegen.

Voraussetzung für die Vermittlung eines Termins zur ambulanten psychotherapeutischen Akutbehandlung und zu probatorischen Sitzungen ist eine entsprechende Empfehlung auf dem Formular „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde“ (PTV 11) des Psychotherapeuten aus der psychotherapeutischen Sprechstunde (gemäß § 11 Absatz 14 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA). Lautet die Empfehlung auf eine ambulante Psychotherapie (probatorische Sitzungen) muss auf der individuellen Patiente-

ninformation (PTV 11) angegeben sein, 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.

Wichtiger Hinweis:

Die Terminservicestelle benötigt zur Vermittlung von Terminen für die psychotherapeutische Akutbehandlung und für probatorische Sitzungen den Nachweis eines Vermittlungscodes auf dem Formular „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde“ (PTV 11). Versehen Sie bitte dieses Formular im Falle Ihrer Empfehlung für eine Akutbehandlung und/oder eine zeitnah erforderliche ambulante Psychotherapie mit einem Vermittlungscod. Bitte verweisen Sie Patienten nur dann an die Terminservicestelle, wenn Sie die Akutbehandlung/Probatorik nicht selbst übernehmen können.

Rechte und Pflichten der Versicherten

Die Versicherten haben keinen Anspruch auf Vermittlung eines Termins bei einem bestimmten Arzt bzw. Therapeuten oder in einer bestimmten Praxis. Können die Versicherten einen durch die Terminservicestelle angebotenen Termin nicht wahrnehmen und teilen dies der Terminservicestelle im oder zeitnah unmittelbar nach dem ersten Kontakt mit, so soll die Terminservicestelle einen weiteren Termin anbieten. Die Mitarbeitenden der Terminservicestelle weisen die Versicherten darauf hin, dass ggf. nicht in Anspruch genommene Termine einen Schadensersatz nach sich ziehen können.

Zur Information Ihrer Patienten über die gesetzlichen Regelungen zur Terminservicestelle haben wir ein entsprechendes Patientenmerkblatt erstellt, welches Sie bei Bedarf auf unserer Homepage zum Download finden: <https://www.kvbawue.de/pdf3418>.

Zumutbare Entfernung

Die Terminservicestelle muss einen Termin in einer Praxis in einer zumutbaren Entfernung zum Wohnort oder dem gewöhnlichen Aufenthaltsort der Versicherten vermitteln. Die zumutbare Entfernung wird über den Zeitbedarf für das Aufsuchen der von der Terminservicestelle vermittelten Praxis bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel durch die Bundesebene wie folgt festgelegt:

- Arztgruppen der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung: erforderliche Zeit für das Aufsuchen der nächsten erreichbaren geeigneten Arztpraxis plus maximal 30 Minuten.
- Arztgruppen der spezialisierten und gesonderten fachärztlichen Versorgung: erforderliche Zeit für das Aufsuchen der nächsten erreichbaren geeigneten Facharztpraxis plus maximal 60 Minuten.

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.

Ambulante Behandlung am Krankenhaus

Die Terminservicestellen sind verpflichtet, den Versicherten einen Termin innerhalb von 35 Tagen anzubieten (zwei Wochen bei psychotherapeutischer Akutbehandlung). Ist das nicht möglich, sollen sie einen Termin im Krankenhaus vermitteln. Dort, so sieht es die gesetzliche Vorgabe (Anlage 28 zum BMV-Ä) vor, dürfen nur

Ärzte bzw. Therapeuten die Behandlung durchführen, die über eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt oder die fachlichen Befähigungen gemäß § 5, 6 oder 7 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.

Die Krankenhäuser sind nur berechtigt, diejenige ambulante Behandlung durchzuführen, für die eine Überweisung vorliegt. Dies gilt nicht, wenn eine Überweisung nicht erforderlich ist (psychotherapeutische Sprechstunde, Behandlung bei Augen-, Frauen-, Haus- oder Kinder-/Jugendärzten). Eine über den Überweisungsauftrag hinausgehende ambulante Behandlung durch das Krankenhaus ist ausgeschlossen. Das Krankenhaus kann die 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.

Wichtiger Hinweis:

Im Falle der Akutbehandlung kann diese auch über die eigentlich für die Krankenhausbehandlung vorgesehene Frist von sechs Wochen weitergeführt und abgeschlossen werden.

Zuschläge und Abrechnung für die Arzt-/Psychotherapiepraxis

Für Patienten, die über die Terminservicestelle (TSS) dringlich in die Praxis vermittelt werden, erhalten Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Voraussetzung dafür ist, dass dringliche Termine den Versicherten innerhalb von maximal vier Wochen (zwei Wochen bei psychotherapeutischer Akutbehandlung) zur Verfügung gestellt werden.

Zusätzlich gibt es Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Die Höhe richtet sich nach der Wartezeit auf einen Termin:

- TSS-Akutfall: Vermittlung spätestens am Kalendertag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akutfall durch diese.
→ 200 % der VGP als Zuschlag
- TSS-Terminfall:
→ 100 % Zuschlag auf die VGP (bis 4. Kalendertag nach der Terminvermittlung)
→ 80 % Zuschlag auf die VGP (vom 5. bis 14. Kalendertag)
→ 40 % Zuschlag auf die VGP (vom 15. bis 35. Kalendertag)

Müssen freie Termine der TSS gemeldet werden?

Wenn ja, wie viele Termine müssen gemeldet werden?

Das TSVG verpflichtet die an der vertragsärztlichen bzw. -vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Therapeuten grundsätzlich dazu, der Terminservicestelle freie Termine zu melden. In Baden-Württemberg setzen wir derzeit bei den **ärztlichen Mitgliedern auf Freiwilligkeit**. Damit Sie eine Orientierung haben, welche Fachgruppen welche Terminarten auf freiwilliger Basis der TSS melden sollen, finden Sie auf unserer Homepage eine aktuelle nach Fachgruppen bzw. Terminarten differenzierte Empfehlung zur Terminmeldung: <https://www.kvbawue.de/pdf3253>

Wichtiger Hinweis:

Die KVBW behält sich vor, die Empfehlungen zur Terminmeldung an die TSS – abhängig von der Terminnachfrage durch die Patienten – anzupassen. Für den Fall, dass das Freiwilligkeitsprinzip nicht in dem erforderlichen Maße Termine für die TSS generiert, ist der Vorstand der KVBW berechtigt, eine Verpflichtung zur Terminmeldung über die Satzung der KVBW zu statuieren.

Für die psychotherapeutischen Mitglieder besteht die **Verpflichtung jeweils einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde sowie eine probatorische Sitzung pro Quartal** an die Terminservicestelle zu melden.

Auf welchem Wege melden Sie der Terminservicestelle Termine?

Damit der Terminservicestelle ausreichend Termine zur Verfügung stehen, sind wir auf Ihre regelmäßige Terminmeldung angewiesen.

Die Terminmeldung erfolgt elektronisch über die Anwendung „116117 Terminservice“, die Sie im KVBW-Mitgliederportal aufrufen:

- Anmelden unter www.kvbawue.de/mitgliederportal/ mit dem bekannten Benutzernamen und Kennwort (analog Online-Abrechnung)
- Aktionskachel „Terminservice“ anklicken: Sie gelangen direkt ohne weitere Anmeldung in die Software.

Sie finden ausführliche Informationen sowie Benutzeranleitungen und Video-Tutorials zur Software auf unsere Webseite: www.kvbawue.de/Terminservicestelle

Wichtiger Hinweis:

Wenn Sie im „116117 Terminservice“ Termine melden, stellen Sie auf jeden Fall einen Benachrichtigungskanal ein. Nur so benachrichtigt Sie die Software über alle Terminereignisse automatisch – entweder per E-Mail oder per Fax. Hierfür müssen Sie über „Praxisdaten“ – „Benachrichtigungen“ den für Sie bequemsten Weg auswählen. Standardmäßig ist die Einstellung „keine Benachrichtigung“ eingestellt; bitte wählen Sie hier zwischen E-Mail oder Fax. Die von Ihnen hier hinterlegten Kontaktinformationen werden ausschließlich für Benachrichtigungszwecke genutzt und nicht öffentlich bei der Terminsuche angezeigt! Eine Rücksynchronisation in die Arztregisterstammdaten der KVBW erfolgt ebenfalls nicht, d. h. Sie können in der Anwendung sehen, welche Kontaktinformationen für Ihre Praxis in den Arztregisterdaten hinterlegt sind (graue Felder) und welche Sie nur für den „116117 Terminservice“ eingetragen haben.

Die automatisch vom System generierten Benachrichtigungen (egal welcher Benachrichtigungskanal von Ihnen ausgewählt wurde) beinhalten aus Gründen des Datenschutzes (Grundsatz der Datensparsamkeit) nur ein Mindestmaß an Information (Datum und Uhrzeit des gebuchten oder abgesagten Termins, Name und BSNR des Arztes, für den der Termin gebucht oder abgesagt wurde, Initialen des Patienten, für den der Termin gebucht oder abgesagt wurde). Alle weiteren Informationen finden Sie im System am Termin selbst.

Vermittlungscodes

Die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) sind verpflichtet, die Möglichkeit anzubieten, Vermittlungscodes für die Terminservicestelle (TSS) direkt auf die Überweisung (Muster 6) bzw. das Formular PTV 11 zu drucken. Dazu brauchen Sie einen Zugang zu KV-Connect und die Freischaltung Ihres PVS-Herstellers.

Die Klebeetiketten können weiterhin verwendet werden. Sie finden pdf-Vorlagen zum Selbstdruck in der Software „116117 Terminservice“ unter dem Menüpunkt „Vermittlungscodes“.

Hier finden Sie Hilfe

Alle wichtigen Informationen und Anleitungen zur Software und zur Abrechnung finden Sie auf unserer Webseite:

www.kvbawue.de/terminservicestelle

Außerdem stehen wir Ihnen auch gern persönlich mit Rat und Tat zur Seite:

Informationen zur Terminservicestelle, Terminbuchungen etc.

E-Mail: terminservice@kvbawue.de

Wenn Sie uns eine E-Mail schreiben, rufen wir Sie gerne zurück!

Technischer Support „116117 Terminservice“

Telefon: 0711 7875-3960

Abrechnungsberatung der TSS-Fälle

Telefon: 0711 7875-3397