



Kurzinformation

Terminservicestellen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)¹ vom 16. Juli 2015 soll eine gut erreichbare Versorgung der Patienten sichergestellt werden. Hierzu wurden die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen² in Deutschland verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Ziel ist es, mögliche Wartezeiten zu verkürzen.³ Näheres dazu ist in § 75 Absatz 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)⁴ enthalten. Danach gilt: Seit Januar 2016 können sich gesetzlich Krankenversicherte mit einer Überweisung zu einem Facharzt telefonisch an eine Terminservicestelle wenden. Informationen zu den Terminservicestellen einschließlich ihrer Erreichbarkeit und der Verlinkung zu den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen sind abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/terminservicestellen.html> (zuletzt abgerufen am 9. Januar 2018). Für Termine beim Augen- oder Frauenarzt wird keine Überweisung benötigt, um die Terminservicestelle in Anspruch zu nehmen. Ausgenommen

1 Bundesgesetzblatt (BGBl) I S. 1211.

2 Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nach § 77 Absatz 5 SGB V Körperschaften des öffentlichen Rechts. Ihre Mitglieder sind nach § 77 Absatz 3 SGB V die Vertragsärzte. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben u. a. die Aufgabe, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und die Interessen der Vertragsärzte wahrzunehmen (§§ 75 Absatz 1, 75 Absatz 2 Satz 1 SGB V).

3 In einem Beitrag von Finkenstädt, Verena, Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte, Wissenschaftliches Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP), Diskussionspapier 3/2017, abrufbar unter: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/wartezeiten-auf-arzttermine-eine-methodische-und-empirische-kritik-der-debatte.html> (zuletzt abgerufen am 9. Januar 2018), wird eine Übersicht der Ergebnisse aus Umfragen und Studien zur Thematik Wartezeiten innerhalb von Deutschland zwischen gesetzlich und privat Krankenversicherten sowie im internationalen Kontext gegeben. Danach sind Wartezeiten in Deutschland im internationalen Vergleich – unabhängig vom Versichertenstatus – gering. Wartezeiten seien zudem praxisindividuell und unterschieden sich in Abhängigkeit von der Fachrichtung, dem Praxismanagement und der Region. Die Betrachtung erstreckt sich auf Studien der letzten 15 Jahre.

4 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist.

von der Terminvermittlung sind Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Zahnärzte sowie Kieferorthopäden. Die Servicestellen sollen innerhalb von einer Woche einen Termin bei einem Facharzt mit einer Wartezeit von maximal vier Wochen vermitteln. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss dabei zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin innerhalb der vorgesehenen Frist vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Die Pflicht zur Terminvermittlung gilt allerdings nicht für verschiebbare Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatellerkrankungen. Auch besteht kein Anspruch auf Vermittlung eines Termins bei einem bestimmten Arzt. Ergänzend zu § 75 Absatz 1a SGB V werden in Anlage 28 des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä)⁵ weitere Festlegungen getroffen:

- § 4 der Anlage 28 BMV-Ä beschreibt die Anforderungen an die Überweisung wie Kenntlichmachung der Verschiebbarkeit der Untersuchung oder Vorliegen einer Bagatellerkrankung.
- Die zumutbare Entfernung beträgt ausgehend von der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel bei Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung 30 Minuten und bei Arztgruppen der spezialisierten (z. B. Anästhesisten, Radiologen) und gesonderten fachärztlichen Versorgung (z. B. Humangenetiker, Neurochirurgen, Strahlentherapeuten) 60 Minuten (§ 6 Absatz 1 der Anlage 28 BMV-Ä).
- Die Anforderungen an die ambulante Behandlung im Krankenhaus wie die Qualifikation der Ärzte und die Einzelheiten der Abrechnung sind in § 7 der Anlage 28 BMV-Ä niedergelegt.

Auch Termine zur psychotherapeutischen Versorgung (Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und ggf. Akutbehandlung) bei einem Psychotherapeuten werden seit April 2017 vermittelt. Im Einzelnen gilt nach § 75 Absatz 1a Satz 13 SGB V in Verbindung mit § 2a der Anlage 28 BMV-Ä:

- Der Therapeut klärt in dem Erstgespräch ab, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der Patient eine Psychotherapie benötigt oder ob ihm mit anderen Unterstützungs- und Beratungsangeboten (z.B. Präventionsangebote, Ehe- und Familienberatungsstelle) geholfen werden kann.
- Für eine Terminvermittlung zu einem Erstgespräch ist keine Überweisung erforderlich.
- Die Akutbehandlung ist eine Behandlung im Anschluss an die o.g. psychotherapeutische Sprechstunde und hat zum Ziel, Patientinnen und Patienten mit akuter psychischer Symptomatik zu entlasten und deren Fixierung oder Chronifizierung zu vermeiden.
- Für eine Terminvermittlung zur Akutbehandlung muss ein Befundbericht eines Psychotherapeuten vorliegen, in welchem die Akutbehandlung ausdrücklich empfohlen wird. Dieser Befundbericht wird nach einem erfolgten Erstgespräch ausgehändigt.
- Probatorische Sitzungen sind von der Terminvermittlung ausgenommen.

5 Der BMV-Ä einschließlich Anlagen ist abrufbar unter: <http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php> (zuletzt abgerufen am 9. Januar 2018).