

## § 75

## Inhalt und Umfang der Sicherstellung

(1) <sup>1</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. <sup>2</sup> Kommt die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 87a vereinbarten Vergütungen teilweise zurückbehalten. <sup>3</sup> Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

(1a) <sup>1</sup> Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung. <sup>2</sup> Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die spätestens zum 1. Januar 2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren. <sup>3</sup> Die Terminservicestelle hat

1. Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln,
2. Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten,
- 3. Versicherte bei der Suche nach einem Angebot zur Versorgung mit telemedizinischen Leistungen zu unterstützen und**
4. Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, **in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation**, zu vermitteln.

<sup>4</sup> Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme

- 1. von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt,**
- 2. der Fälle, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung die Ersteinschätzung auf der Grundlage der nach § 120 Absatz 3b zu beschließenden Vorgaben einen ärztlichen Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit ergeben hat, und**
- 3. der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 4**

**eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen.** <sup>5</sup> Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten.

<sup>6</sup> Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Arzt muss zumutbar sein.

<sup>7</sup> Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 5 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; Satz 3 Nummer 1 und die Sätze 4, 5 und 6 gelten entsprechend. <sup>8</sup> Satz 7 gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen, sofern es sich nicht um termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder handelt, und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. <sup>9</sup> Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. <sup>10</sup> In den Fällen von Satz 8 hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. <sup>11</sup> Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind insbesondere Regelungen zu treffen

1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,

2. zu den Fällen, in denen es für die Vermittlung von einem Behandlungstermin bei einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt einer Überweisung bedarf,
3. zur zumutbaren Entfernung nach Satz 6, differenziert nach Arztgruppen,
4. über das Nähere zu den Fällen nach Satz 8,
5. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2.

<sup>12</sup> Im Bundesmantelvertrag können zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung getroffen werden. <sup>13</sup> Die Sätze 2 bis 12 gelten nicht für Behandlungen nach § 28 Absatz 2 und § 29. <sup>14</sup> Für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 gelten die Sätze 2 und 3 Nummer 1 sowie die Sätze 5 bis 12 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und hinsichtlich der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine sowie hinsichtlich der Vermittlung eines Termins im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b; einer Überweisung bedarf es nicht. <sup>15</sup> Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf zwei Wochen nicht überschreiten. <sup>16</sup> Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bei der Terminvermittlung; sie hat ein elektronisches Programm zur Verfügung zu stellen, mit dem die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, um sich über die Sprechstundenzeiten der Ärzte informieren zu können. <sup>17</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen. <sup>18</sup> Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. <sup>19</sup> Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017, zu berichten. <sup>20</sup> Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden. <sup>21</sup> **Soweit Vertragsärzte Leistungen in Form von Videosprechstunden anbieten, können die Vertragsärzte den Terminservicestellen freie Termine, zu denen Leistungen in Form der Videosprechstunde angeboten werden, freiwillig melden.**

(1b) <sup>1</sup> Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. <sup>2</sup> **Im Rahmen des Notdienstes sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen spätestens ab dem 31. März 2022 ergänzend auch telemedizinische Leistungen zur Verfügung stellen.** <sup>3</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. <sup>4</sup> **Im Rahmen einer Kooperation nach Satz 3 zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern kann auch die Nutzung der technischen Ausstattung der Krankenhäuser zur Erbringung telemedizinischer Leistungen durch Notdienstpraxen oder die Erbringung telemedizinischer Leistungen durch die Notfallambulanzen der Krankenhäuser vereinbart werden.** <sup>5</sup> Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. <sup>6</sup> **Satz 5** gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung des Rettungsdienstes, soweit entsprechend Satz 1 durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist. <sup>7</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten im Notdienst zu verbessern; die Ergebnisse aus diesem Informationsaustausch sind in die Kooperationen nach **Satz 3** einzubeziehen. <sup>8</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.

(2) <sup>1</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die

Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. <sup>2</sup> Sie haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in § 81 Abs. 5 vorgesehenen Maßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten.

(3) <sup>1</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist. <sup>2</sup> Die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. <sup>3</sup> Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlasst werden.

(3a) <sup>1</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 403 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 404 sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. <sup>2</sup> Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,16fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen nur bis zum 1,38fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen. <sup>3</sup> Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

(3b) <sup>1</sup> Die Vergütung für die in Absatz 3a Satz 2 genannten Leistungen kann in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 geregelt werden. <sup>2</sup> Für den Verband der privaten Krankenversicherung gilt § 158 Absatz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend. <sup>3</sup> Wird zwischen den Beteiligten nach Satz 1 keine Einigung über eine von Absatz 3a Satz 2 abweichende Vergütungsregelung erzielt, kann der Beteiligte, der die Abweichung verlangt, die Schiedsstelle nach Absatz 3c anrufen. <sup>4</sup> Diese hat innerhalb von drei Monaten über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, zu entscheiden und den Vertragsinhalt festzusetzen. <sup>5</sup> Die Schiedsstelle hat ihre Entscheidung so zu treffen, dass der Vertragsinhalt

1. den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten entspricht,
2. die Vergütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich berücksichtigt und
3. die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte sowie die finanziellen Auswirkungen der Vergütungsregelungen auf die Entwicklung der Prämien für die Tarife der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten angemessen berücksichtigt.

<sup>6</sup> Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter. <sup>7</sup> Für die in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten

und Tarife kann die Vergütung für die in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den entsprechenden Leistungserbringern oder den sie vertretenden Verbänden ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 und 3 geregelt werden; Satz 2 gilt entsprechend.<sup>8</sup> Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 7 vereinbarten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag weiter.

(3c) <sup>1</sup> Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden mit dem Verband der privaten Krankenversicherung je eine gemeinsame Schiedsstelle. <sup>2</sup> Sie besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einerseits und Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften andererseits in gleicher Zahl, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie je einem Vertreter des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit. <sup>3</sup> Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. <sup>4</sup> Über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. <sup>5</sup> Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 134a Absatz 4 Satz 5 und 6 entsprechend. <sup>6</sup> Im Übrigen gilt § 129 Abs. 9 entsprechend. <sup>7</sup> Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium der Finanzen; § 129 Abs. 10 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) <sup>1</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten in Notfällen außerhalb der Dienstzeiten der Anstaltsärzte und Anstaltszahnärzte sicherzustellen, soweit die Behandlung nicht auf andere Weise gewährleistet ist. <sup>2</sup> Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Soweit die ärztliche Versorgung in der knappschaftlichen Krankenversicherung nicht durch Knappschaftsärzte sichergestellt wird, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(6) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen.

(7) <sup>1</sup> Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben

1. die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen,
2. in Richtlinien die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind,
3. Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen,

**3a. bis zum 31. Dezember 2021 Richtlinien zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen und vollständigen Bereitstellung von Informationen nach Absatz 1a Satz 2 auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen,**

4. Richtlinien für die Umsetzung einer bundeseinheitlichen Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2 aufzustellen,
5. Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 und für ein Angebot eines elektronisch gestützten Dispositionsmanagements aufzustellen und
6. Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 erfolgt.

<sup>2</sup> Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 muss sicherstellen, dass die für die erbrachte Leistung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde; eine Vergütung auf der Basis bundesdurchschnittlicher Verrechnungspunktwerte ist zulässig.

<sup>3</sup>Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 kann auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen haben, treffen, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind. <sup>4</sup>**Bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Satz 1 Nummer 3a sind die Bundesfachstelle Barrierefreiheit sowie die maßgeblichen Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f zu beteiligen.** <sup>5</sup>Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 müssen auch sicherstellen, dass die von Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind.

(7a) <sup>1</sup> Abweichend von Absatz 7 Satz 2 muss die für die ärztliche Versorgung geltende Richtlinie nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 sicherstellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden (Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), für die erbrachten Leistungen jeweils die entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 erhält. <sup>2</sup>Dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass die zur Ableistung der Vorbereitungszeiten von Ärzten sowie die zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte benötigten Plätze zur Verfügung stehen.

(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, mit Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der in § 24b aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und die Leistungen außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten.

#### Begründung zum GVWG:

##### *Zu Absatz 1a*

*Zu Satz 3 Nummer 4 – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss*

*Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl I 2019, S. 646) wurde den Terminservicestellen die Aufgabe zugewiesen, den Versicherten durch entsprechend qualifiziertes Personal rund um die Uhr auf der Grundlage eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. Klargestellt wird, dass hierzu auch die Vermittlung eines kurzfristigen telefonischen Arztkontakts gehören kann, wenn der vom Versicherten geschilderte Sachverhalt dies im Einzelfall rechtfertigt. Denkbar sind beispielsweise Fälle, in denen etwaig vorliegender Behandlungsbedarf allein im Rahmen eines Telefonkontakts gedeckt werden kann. Zum Zweck der Telefonkonsultation haben die Terminservicestellen eine kurzfristige telefonische Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten oder entsprechende Rückrufmöglichkeiten sicherzustellen. Dadurch wird in geeigneten Fällen ein niedrigschwelliger Zugang zur ärztlichen Versorgung eröffnet, ohne dass ein physischer Arztkontakt in der Arztpraxis oder im Hausbesuch hergestellt werden muss. Darüber hinaus können mit der vermehrten Nutzung telefonischer Arztkontakte sowohl die Krankenhäuser als auch die Rettungsdienste entlastet werden.*

##### *Zu Satz 4 – neu gefasst*

*Gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 dürfen andere als die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringer grundsätzlich nur in Notfällen für eine ambulante Behandlung zu Lasten der GKV in Anspruch genommen werden. Nach der Rechtsprechung des BSG ist ein Notfall dann zu bejahen, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung fehlt. Es muss eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich sein und der Patientin bzw. dem Patienten darf die Inanspruchnahme eines zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringers (vgl. § 95 Absatz 1 Satz 1) etwa anstelle eines nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhauses nicht zumutbar sein.*

*Der neu gefasste Absatz 1a Satz 4 übernimmt im Wesentlichen geltendes Recht. Neu ist die Regelung in Nummer 2. Diese knüpft an die in § 120 Absatz 3b neu vorgesehene Regelung zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung in den Krankenhäusern an.*

*Die Regelung bewirkt einen erleichterten Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Behandlung für Patientinnen und Patienten, bei denen sich im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens im*

Krankenhaus herausgestellt hat, dass zwar ein ambulanter medizinischer Behandlungsbedarf besteht, nicht aber ein Notfall im Sinne von § 76 Absatz 1 Satz 2 vorliegt, der eine sofortige Behandlung erfordert. Der erleichterte Zugang wird dadurch bewirkt, dass die bei Inanspruchnahme einer Terminservicestelle für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einer Fachärztin oder einem Facharzt sonst erforderliche Überweisung entfällt. Von der Regelung erfasste Patientinnen und Patienten werden also so behandelt, als würden sie über eine Überweisung verfügen. Einer zusätzlichen Inanspruchnahme einer Hausärztin oder eines Hausarztes bedarf es nicht. Hierdurch soll insbesondere die Anzahl der Arztkontakte für die Patientinnen und Patienten reduziert werden, da die Patientinnen und Patienten, die zum Zweck der Krankenbehandlung bereits ein Krankenhaus aufgesucht haben, keine Überweisung zum Facharzt einholen müssen. Ausnahmen vom Überweisungserfordernis sind nach geltendem Recht bereits für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei Augenärztinnen und Augenärzten sowie Frauenärztinnen und Frauenärzten und für die Terminvermittlung in Akutfällen vorgesehen und bleiben bestehen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1a

Zu Satz 3 Nummer 4

Das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) sieht vor, dass aus der bisherigen Nummer 3 in Absatz 1a Satz 3 die Nummer 4 wird. Mit der vorliegenden Anpassung wird diese Änderung nachvollzogen. Gleichzeitig wird die bisherige Fristvorgabe zum 1. Januar 2020 gestrichen, da sie obsolet geworden ist.

Zu Satz 4

Es handelt sich ebenfalls um eine Folgeänderung in Satz 4 Nummer 3 aufgrund der im DVPMG vorgesehenen geänderten Nummerierung (s. Begründung zu Satz 3 Nummer 4). Im Übrigen wird die Änderung aus rechtsförmlichen Gründen wiederholt; sie ist bereits im Gesetzesentwurf enthalten.

Zu Absatz 3a Satz 1

Anpassung von Verweisen an Umnummerierungen.

Begründung zum DVPMG:

Zu Absatz 1a

Zu Satz 3 Nummer 2, Nummer 3 wird Nummer 4 und Satz 4

Es handelt sich jeweils um Folgeänderungen.

Zum Einfügen von Nummer 3

Mit der Ergänzung werden die Aufgaben der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen um die Unterstützung der Versicherten bei der Suche nach einem Angebot zur Versorgung mit Leistungen in Form der Videosprechstunde erweitert. Zugleich werden die Versicherten zukünftig besser beim Auffinden von telemedizinischen Versorgungsangeboten unterstützt. Dabei kann eine Unterstützung sowohl telefonisch als auch unter Nutzung des eTerminservices der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Unberührt hiervon bleibt die bereits nach geltendem Recht bestehende Möglichkeit, im Einzelfall einen konkreten Termin z.B. in Form einer Videosprechstunde zu vermitteln (vgl. hierzu auch die im neuen Satz 21 getroffene Regelung zur freiwilligen Meldung von Terminen). Bei der Ausgestaltung ist den Bedürfnissen behinderter und chronisch kranker Menschen im Hinblick auf die Barrierefreiheit gemäß § 2a Rechnung zu tragen.

Zum Anfügen von Satz 21

Die Terminservicestellen vermitteln den Versicherten Informationen zu verfügbaren Terminen bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Derzeit erfolgt keine strukturierte Erfassung der Termine, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Wege der Videosprechstunde anbieten. Um den Zugang zu einer Versorgung im Wege der Videosprechstunde zu erleichtern, wird die Möglichkeit für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eröffnet, Zeiten, die für eine Leistungserbringung in Form der Videosprechstunde vorgesehen sind, an die Kassenärztlichen Vereinigungen auf freiwilliger Basis zu melden. Videosprechstunden werden zudem auf das Mindestsprechstundenangebot, das Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Erfüllung Ihres Versorgungsauftrages nach § 19a Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV anzubieten haben, angerechnet. Dabei besteht für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte keine Verpflichtung, zusätzliche Termine für Videosprechstunden zu melden.

Zu Absatz 1b

Zum Einfügen von Satz 2 – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss

Die Möglichkeiten der Telemedizin sollen nicht nur während der Sprechstundenzeiten, sondern auch in den stundenfreien Zeiten genutzt werden. Deshalb sieht die Neuregelung in § 75 Absatz 1b Satz 2 vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch im Rahmen des Notdienstes telemedizinische Leistungsangebote zur Verfügung stellen sollen. Mit der Ausgestaltung der Regelung als Soll-Vorschrift werden die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu grundsätzlich verpflichtet, es sei denn, zwingende Gründe stehen der Umsetzung der Verpflichtung entgegen. Ein solcher zwingender Grund ist insbesondere eine unzureichende Internetverbindung. Ob eine telemedizinische

*Leistung zur Anwendung kommen kann und welche Leistungsart und welcher Leistungsumfang medizinisch notwendig sind, ist jeweils im Einzelfall zu entscheiden. Bei der Ausgestaltung ist den Bedürfnissen behinderter und chronisch kranker Menschen im Hinblick auf die Barrierefreiheit gemäß § 2a Rechnung zu tragen.*

*Zum Einfügen von Satz 4 – Anmerkung: Folgeänderungen in Satz 6 und Satz 7*

*Der neue Satz 4 regelt, dass im Rahmen der bisher schon gesetzlich vorgesehenen Kooperation zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern auch eine Nutzung der technischen und apparativen Ausstattung der Krankenhäuser zur Erbringung telemedizinischer Leistungen durch Notdienstpraxen oder die Erbringung telemedizinischer Leistungen durch die Krankenhäuser vereinbart werden kann. Bei der Ausgestaltung ist den Bedürfnissen behinderter und chronisch kranker Menschen im Hinblick auf die Barrierefreiheit gemäß § 2a Rechnung zu tragen.*

*Zu Absatz 7*

*Zu Satz 1 Nummer 3a – eingefügt – Anmerkung: durch den 14. Ausschuss Frist auf sechs Monate verlängert*

*Nach Absatz 1a Satz 2 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung zu informieren. Die Bundeseinheitlichkeit, insbesondere der Angaben zur Barrierefreiheit, war bisher nicht gegeben. Deshalb wird der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Neuregelung des Absatzes 7 Satz 1 Nummer 3a der gesetzliche Auftrag erteilt, hierzu in einer Richtlinie einheitliche Vorgaben zu machen.*

*Hierdurch wird sichergestellt, dass über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung zukünftig nach bundeseinheitlichen Kriterien informiert wird. Dabei sind die Kriterien der Barrierefreiheit nach § 4 des Gesetzes zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung zugrunde zu legen. Die Richtlinie ist innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu beschließen. Hierdurch soll ein zeitnahe Erlass der Richtlinie gewährleistet werden. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind gemäß § 81 Absatz 3 Nummer 2 in Verbindung mit § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a neu verpflichtet, ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die in der Richtlinie festgelegten Angaben mitzuteilen. Nach Inkrafttreten der Richtlinie und zeitnahe Mitteilung durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind auch die Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen umgehend anzupassen.*

*Zu Satz 4 – eingefügt*

*Im neuen Satz 4 wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, bei der Erarbeitung der in Satz 1 Nummer 3a vorgesehenen Richtlinie die Bundesfachstelle Barrierefreiheit sowie die für diese Frage maßgeblichen Organisationen zu beteiligen. Hierdurch soll die besondere Expertise dieser Verbände genutzt werden. Insbesondere die Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen der Menschen mit Behinderungen können sicherstellen, dass bei der Erarbeitung der anzuwendenden Kriterien für Barrierefreiheit die unterschiedlichen Formen von Behinderungen, z.B. Mobilitätseinschränkungen, Seh- und Hörbeeinträchtigungen sowie Lernbehinderungen, berücksichtigt werden.*

**Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:**

*Zu Absatz 1b*

*Zu Satz 2*

*Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung des komplementären Charakters der telemedizinischen Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes. Durch die ergänzende Bereitstellung telemedizinischer Leistungen soll keine Beeinträchtigung des bisherigen Angebotes von Notdienstleistungen im Wege von Präsenz- und aufsuchenden Angeboten erfolgen.*

*Zu Absatz 7*

*Zu Satz 1 Nummer 3a*

*Die Frist für die Erstellung der Richtlinie zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen und vollständigen Bereitstellung von Informationen über Sprechstundenzeiten und die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung wird auf sechs Monate verlängert.*

Begründung zum PDSG:

*Zu Absatz 3a Satz 1*

*Die Regelung dient der Anpassung des bisherigen Verweises an den neuen Regelungsstandort.*