

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzten Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung und über die als telemedizinische Leistungen abrechenbaren Konsilien

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
Teil A Bericht des Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen	5
Zusammenfassung	5
1 Einleitung	7
2 Telemedizinische Kontrolle von ICD- und CRT-Geräten	8
2.1 Vergütung telemedizinischer Kontrollen von ICD- und CRT-Geräten ab 1. Oktober 2017.....	8
2.2 Vergütungsanpassung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung rückwirkend zum 1. Januar 2019.....	8
2.3 Entwicklung der telemedizinischen Kontrollen von ICD- und CRT-Geräten im Zeitraum vom 1. Oktober 2017 bis zum 31. Dezember 2019.....	8
2.4 Telemonitoring mithilfe von aktiven kardialen implantierbaren Aggregaten bei ventrikulärer Tachyarrhythmie sowie Herzinsuffizienz.....	11
3 Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen	11
3.1 Vergütung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen.....	11

	Seite
3.2 Entwicklung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen vom 2. Quartal 2017 bis zum 4. Quartal 2019	12
4 Telemedizinische Videosprechstunde	13
4.1 Vergütung der telemedizinischen Videosprechstunde vom 1. April 2017 bis zum 31. März 2019.....	13
4.2 Vergütungsänderung der Videosprechstunde zum 1. April 2019 durch Beschluss des BA in seiner 435. Sitzung	13
4.3 Vergütungsänderung der Videosprechstunde zum 1. Oktober 2019 durch Beschluss des BA in seiner 449. Sitzung	14
4.4 Vergütungsänderung der Videosprechstunde zum 1. Oktober 2019 durch Beschluss des BA in seiner 453. Sitzung und Folgebeschlüsse 475. und 486. Sitzung des BA	14
4.5 Befristete Beschlüsse des BA zur Videosprechstunde im Rahmen der COVID-19-Pandemie.....	17
4.6 Entwicklung der telemedizinischen Videosprechstunde vom 2. Quartal 2017 bis zum 3. Quartal 2019.....	19
4.7 Entwicklung der telemedizinischen Videosprechstunde im 4. Quartal 2019 und im 1. Quartal 2020	19
5 Übermittlung elektronischer Briefe	23
6 Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte	24
6.1 Notfalldatenmanagement, Beschlussfassung vom 19. Dezember 2017 und 30. September 2020.....	24
6.2 Beratungen zum elektronischen Medikationsplan.....	25
6.3 Beratungen zur elektronischen Patientenakte.....	25
Teil B: Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses zu Telekonsilien	26
1 Gesetzlicher Auftrag	26
2 Vereinbarung gemäß § 291g Absatz 6 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung)	26
3 Beschlussfassung.....	26
Anhang	29

Tabellenverzeichnis

	Seite	
Tabelle 1	Telemedizinische Kontrollen von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und/oder CRT-Geräten: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro.....	9
Tabelle 2	Leistungen zur Kontrolle von Kardiovertern/Defibrillatoren und CRT-Geräten: Anteil telemedizinischer Kontrollen an allen Kontrollen von Kardiovertern/Defibrillatoren und CRT-Geräten in Prozent	10
Tabelle 3	Anzahl Praxen mit telemedizinischen Funktionsanalysen von Kardiovertern/Defibrillatoren und CRT-Geräten nach Praxistyp	10
Tabelle 4	Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach Abschnitt 34.8 EBM: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro.....	12
Tabelle 5	Gesprächsleistungen, die auch bei Durchführung in Form einer Videosprechstunde berechnungsfähig sind	15
Tabelle 6	Fachgruppenspezifische Abschläge bei Arzt-Patienten-Kontakten ausschließlich per Videosprechstunde.....	16
Tabelle 7	Telemedizinische Videosprechstunde: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro.....	19
Tabelle 8	Telemedizinische Videosprechstunde: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro für die Quartale 4/2019 und 1/2020.....	20
Tabelle 9	Telemedizinische Videosprechstunde: Anzahl abrechnende Ärzte je Arztgruppe für das Quartal 4/2019. Es wird jeder Arzt gezählt, der mindestens eine Leistung der entsprechenden Leistungsgruppe abrechnet.....	22

Abkürzungsverzeichnis

BA	Bewertungsausschuss
BMP	Bundeseinheitlicher Medikationsplan
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
CRT	implantierbares Schrittmacher-System zur kardialen Resynchronisationstherapie
CRT-D	CRT-Schrittmacher mit Defibrillator-Funktion
CRT-P	CRT-Schrittmacher ohne Defibrillator-Funktion
CT	Computertomografie
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
EBA	Erweiterter Bewertungsausschuss
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eArztbrief	elektronischer Arztbrief
eGK	elektronische Gesundheitskarte
eHBA	elektronischer Heilberufsausweis
eMP	elektronischer Medikationsplan
ePA	elektronische Patientenakte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD	Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
NFDM	Notfalldatenmanagement
PDSG	Patientendaten-Schutz-Gesetz
PFG	Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PVS	Praxisverwaltungssystem
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
QES	qualifizierte elektronische Signatur
TI	Telematikinfrastruktur

Teil A Bericht des Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen

Zusammenfassung

Der Bewertungsausschuss legt hiermit dem Bundesministerium für Gesundheit den dritten Bericht gemäß § 87 Absatz 2a Satz 15 SGB V über den Stand der Beratungen zur telemedizinischen Leistungserbringung sowie, in einem zweiten Berichtsteil B, den ersten Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses zu Telekonsilien vor. Der Bericht im Berichtsteil A umfasst den Zeitraum von November 2018 bis Oktober 2020.

In diesem Zeitraum wurde in den Gremien des Bewertungsausschusses intensiv zur Thematik der telemedizinischen ärztlichen Leistungen und zur Umsetzung der Vorgaben aus den entsprechenden Gesetzen beraten.

Wie bereits im Vorbericht ausgeführt, wird schon seit dem 1. April 2016 die Erbringung der telemedizinischen Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators und eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie im Einheitlichen Bewertungsmaßstab vergütet. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 wurde die Bewertung dieser Leistungen modifiziert mit dem Ziel, dem unterschiedlichen Aufwand bei der Funktionsanalyse von Herzschrittmachern, Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und von implantierten Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie Rechnung zu tragen. Im Vergleich zum Vorbericht (Abrechnungszeitraum bis einschließlich 4. Quartal 2017) weist der vorliegende Bericht (Abrechnungszeitraum bis einschließlich 4. Quartal 2019) aus, dass die Funktionsanalysen der Kardioverter/Defibrillatoren und der CRT-Geräte etwas häufiger telemedizinisch erbracht wurden.

Weiterhin nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sind Elemente des Telemonitorings, der Mitbetreuung von Patientinnen und Patienten durch eine telemedizinische Überwachung. Zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz finden nach erfolgter Erstellung eines Rapid Reports durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen derzeit Beratungen in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses statt.

Seit 1. April 2017 wird die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab vergütet. Die Einholung eines radiologischen Telekonsils umfasst die konventionelle Radiologie und die CT-Untersuchungen. Dynamische Röntgenuntersuchungen wie z. B. Angiographien sind von einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung ebenso ausgeschlossen wie MRT-Untersuchungen. Leistungen im Rahmen der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen werden über die Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nahezu nicht abgerechnet. Die Gründe dafür sind dem Bewertungsausschuss nicht bekannt.

Ebenfalls zum 1. April 2017 wurde die Videosprechstunde zur Verlaufskontrolle von Erkrankungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen, sofern eine Erstbegutachtung durch dieselbe Arztpraxis im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist, z.B. in einem der beiden Vorquartale. Die Videosprechstunde konnte nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung von einer Vielzahl von Facharztgruppen in einem definierten Indikationsspektrum durchgeführt werden.

Von der Leistungserbringung per Videosprechstunde ausgenommen waren Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Humangenetik und ermächtigte Ärzte. Gründe für den Ausschluss ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten an der Leistungserbringung per Videosprechstunde lagen in der seinerzeit gültigen Berufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer, nach der eine Behandlung über Kommunikationsmedien nur in begründeten Ausnahmefällen durchgeführt werden durfte.

Um die Durchführung von Videosprechstunden in einem erweiterten Umfang zu ermöglichen, wurde mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2019 die Vorgabe aufgehoben, dass Videosprechstunden ausschließlich zum Zweck der Verlaufskontrolle bei definierten Krankheitsbildern und Indikationsbereichen angewendet werden können. Damit liegt die Frage, in welchen Fällen eine Videosprechstunde erfolversprechend durchgeführt werden kann, in der Entscheidungsverantwortung des Arztes. Die Einschränkung, dass die Erstbegutachtung in einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt sein muss, ist entfallen. Auch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ärztliche und psychologische Psychotherapeuten konnten nun in begrenztem Umfang Leistungen per Video erbringen. Voraussetzung hierfür waren die Lockerungen des Fernbehandlungsverbots durch die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer im Jahr 2018. Weiterhin nicht abrechenbar waren zunächst die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 des Einheitlichen Bewertungsmaß-

stabes (Gebührenordnungspositionen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie) als Videosprechstunden. Die Prüfungen, in welchem Umfang hier Videosprechstunden zum Einsatz kommen können, waren bis zum 30. September 2019 vorgesehen.

Neu eingeführt wurde mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 449. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 eine Anschubförderung zur Videosprechstunde befristet bis zum 30. September 2021 über die Gebührenordnungsposition 01451.

Zur weiteren Förderung der Videosprechstunde wurde die Vergütung mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 453. Sitzung neu geregelt. Sie erfolgt seit dem 1. Oktober 2019 über die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale statt wie bisher über die Gebührenordnungsposition 01439. Die Pauschale nebst Zuschlägen wird in voller Höhe gezahlt, wenn im selben Quartal noch ein persönlicher Kontakt erfolgt. Ist dies nicht der Fall und der Kontakt erfolgt ausschließlich per Video, werden die Pauschale und die sich gegebenenfalls darauf beziehenden Zuschläge je nach Fachgruppe um 20 bis 30 Prozent gekürzt.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 453. Sitzung können entsprechend den Prüfungen des Bewertungsausschusses zunächst nicht abrechenbare Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Gebührenordnungspositionen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie) als Videosprechstunden zum Einsatz kommen.

Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten können nun bestimmte Leistungen des Kapitels 35 (Richtlinien-Psychotherapie) per Videosprechstunde durchführen und abrechnen. Ärzte und Psychotherapeuten können seit 1. Oktober 2019 auch bestimmte Gesprächsleistungen per Videosprechstunde erbringen und abrechnen. Auch Fallkonferenzen können nun öfter per Video erfolgen.

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurden die probatorische Sitzung und die psychotherapeutische Sprechstunde per Video abrechenbar. Die Begrenzungsregelung für Behandlungsfälle ausschließlich mit Kontakten im Rahmen einer Videosprechstunde auf 20 Prozent aller Behandlungsfälle je Vertragsarzt wurde zeitlich befristet bis mindestens zum 31. Dezember 2020 ausgesetzt, ebenso die Begrenzung von per Videosprechstunde abrechenbaren Gebührenordnungspositionen auf 20 Prozent je Gebührenordnungsposition und Vertragsarzt.

Während telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen nie in nennenswertem Umfang erbracht wurden und ihre Erbringung zwischenzeitlich fast vollständig zum Erliegen gekommen ist, haben Videosprechstunden im Rahmen der COVID-19-Pandemie einen regelrechten Abrechnungsschub erfahren. So hat die Abrechnungshäufigkeit der Gebührenordnungsposition 01450 (Zuschlag im Rahmen einer Videosprechstunde oder Videofallkonferenz) als ein Maß für den Gesamtumfang der durchgeführten Videosprechstunden und Videofallkonferenzen von 1.592 Abrechnungen im 4. Quartal 2019 auf 202.123 Abrechnungen im 1. Quartal 2020 stark zugenommen, unter anderem begünstigt durch die schnelle Reaktion der Selbstverwaltungsgremien beim Erlass von Sonderregelungen im Rahmen der COVID-19 Pandemie.

Die Übermittlung elektronischer Briefe wurde zum 1. April 2020 über die Telematikinfrastruktur-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 zum Bundesmantelvertrag - Ärzte) neu geregelt. Ärzte und Psychotherapeuten erhalten weiterhin 28 Cent für den Versand (Gebührenordnungsposition 86900) und 27 Cent für den Empfang (Gebührenordnungsposition 86901) je Brief, allerdings nur bis zu einem seit dem 1. April 2020 geltenden Höchstwert in Höhe von 23,40 Euro je Quartal und Arzt. Ferner erhalten Ärzte und Psychotherapeuten über die Telematikinfrastruktur-Finanzierungsvereinbarung für die Finanzierung des Übertragungsdienstes eine Betriebskostenpauschale von 23,40 Euro pro Quartal je Praxis sowie für die Einrichtung des Übermittlungsdienstes „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM; früher KOM-LE) zusätzlich einmalig 100 Euro je Praxis. Begleitend wurde zum 1. Juli 2020 eine auf drei Jahre befristete Strukturförderpauschale eingeführt. Danach wird jeder versendete eArztbrief zusätzlich mit einem EBM-Punkt (10,99 Cent) gefördert (Gebührenordnungsposition 01660).

Für die Anlage, Pflege und Löschung des Notfalldatensatzes als einer Anwendung auf der elektronischen Gesundheitskarte wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2018 Vereinbarungen zur Leistungsabrechnung getroffen, die jedoch auf Grund der fehlenden technischen Voraussetzungen innerhalb des Zeitraums der dem Bewertungsausschuss vorliegenden Abrechnungsdaten noch nicht erbracht und abgerechnet werden konnten.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2019 wurde die Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte des Patienten als fakultativer Leistungsinhalt zur Gebührenordnungsposition 01630 im Abschnitt 1.6 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes aufgenommen.

1 Einleitung

Der Bewertungsausschuss (BA) wurde durch das Versorgungsstrukturgesetz im Jahr 2012 gemäß § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V beauftragt zu überprüfen, „in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können“.

Zudem wurde im Rahmen des E-Health-Gesetzes der BA im Dezember 2015 gemäß § 87 Absatz 2a Satz 15 SGB V beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, beginnend zum 31. Oktober 2016, einen Bericht über den Stand der Beratungen zur telemedizinischen Leistungserbringung vorzulegen, in dem der Stand der Arbeiten der vom BA erfassten und bearbeiteten Leistungen dargestellt wird. Entsprechend wurde im ersten Bericht des BA an das Bundesministerium für Gesundheit vom 31. Oktober 2016 über den Stand der Beratungen im Zeitraum von 2012 bis Oktober 2016 und im zweiten Bericht des BA über den Stand der Beratungen von November 2016 bis Oktober 2018 berichtet.

Im vorliegenden dritten Bericht des BA wird der Stand der Beratungen zur Prüfung telemedizinischer Anwendungen im Zeitraum von November 2018 bis Oktober 2020 leistungsbezogen aufgeführt.

Der Bericht verfolgt dabei das Ziel, die notwendige Transparenz hinsichtlich der Durchführung und Erfüllung der dem BA vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben herzustellen.

In Kapitel 2 werden die Vergütungsregelungen telemedizinischer Kontrollen von Kardiovertern/Defibrillatoren (ICD-Geräten) und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Geräten) und ihre Abrechnungshäufigkeiten dargestellt. Daran anschließend wird über die Beauftragungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Telemonitoring berichtet.

In Kapitel 3 folgt die aktualisierte Darstellung der Abrechnungshäufigkeit des ra-diologischen Telekonsils.

In Kapitel 4 werden die umfangreichen Beschlussfassungen zur Videosprechstunde und zu Videofallkonferenzen einschließlich der Sonderregelungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie dargestellt. Zudem werden die Zahlen der Abrechnungshäufigkeiten der per Video erbrachten Leistungsgruppen sowie der für per Videoerbringung abgerechneten Zuschläge berichtet.

In Kapitel 5 wird zur derzeitigen Vergütung bei der Übermittlung elektronischer Briefe berichtet. In Kapitel 6 werden die Beratungen zu Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte dargestellt wie dem Notfall-datenmanagement, dem elektronischen Medikationsplan und der elektronischen Patientenakte.

2 Telemedizinische Kontrolle von ICD- und CRT-Geräten

2.1 Vergütung telemedizinischer Kontrollen von ICD- und CRT-Geräten ab 1. Oktober 2017

Die Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) hatte ergeben, dass die Funktionsanalyse von Kardiovertern/Defibrillatoren (ICD) und implantierten Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Geräte) nach den bestehenden Gebührenordnungspositionen 04418 und 13552 auch telemedizinisch erbracht werden kann. Über die Vergütungsregelungen und den Umfang der Leistungserbringung im Zeitraum vom 1. April 2016 bis zum 30. September 2017 wurde im Bericht des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung vom Oktober 2018 berichtet.

Mit dem Beschluss des BA in seiner 397. Sitzung wurden mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 die bisherigen Gebührenordnungspositionen 04417, 04418, 13552 und 13554 für die telemedizinische und konventionelle Funktionsanalyse von Schrittmachern gestrichen und die Schrittmachersysteme nach den Aggregattypen Herzschrittmacher, implantierte Kardioverter/Defibrillatoren und implantierte Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) nach ihrem unterschiedlichen Aufwand differenziert und als eigenständige Gebührenordnungspositionen abgebildet.

Telemedizinisch können damit seit dem 1. Oktober 2017 folgende Funktionsanalysen erbracht und mit folgenden Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden:

- GOP 04414 Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators bei Kindern (641 Punkte)
- GOP 04416 Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) bei Kindern (789 Punkte)
- GOP 13574 Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators bei Erwachsenen (350 Punkte)
- GOP 13576 Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) bei Erwachsenen (431 Punkte)

Die oben aufgeführten Bewertungen waren bis zum 4. Quartal 2018 gültig.

- GOP 01438 Telefonische Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04414, 04416, 13574 oder 13576 (88 Punkte)

2.2 Vergütungsanpassung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung rückwirkend zum 1. Januar 2019

Bei der differenzierten Vergütung von Herzschrittmachern (PM), Kardiovertern bzw. Defibrillatoren (ICD) und implantierten Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) wurde angestrebt, eine Punktsummenneutralität zu erreichen. Da mit der Einführung der differenzierten Vergütung zum 1. Oktober 2017 ein Rückgang des Leistungsbedarfs in Punkten zu beobachten war, hat der BA mit einem Beschluss in seiner 435. Sitzung vom 29. März 2019 eine entsprechende Anhebung der Leistungsbewertung rückwirkend zum 1. Januar 2019 beschlossen. Die Bewertung der GOP 04414 wurde auf 732 Punkte, der GOP 04416 auf 901 Punkte, der GOP 13574 auf 400 Punkte und der GOP 13576 auf 492 Punkte angehoben.

2.3 Entwicklung der telemedizinischen Kontrollen von ICD- und CRT-Geräten im Zeitraum vom 1. Oktober 2017 bis zum 31. Dezember 2019

In der Tabelle 1 werden die Kennzahlen Abrechnungshäufigkeit sowie Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung bundesweit differenziert nach Gebührenordnungspositionen für Leistungen zur telemedizinischen Kontrolle von Kardiovertern/Defibrillatoren und CRT-Geräten für Kinder und Erwachsene sowie die telefonischen Kontaktaufnahmen im Zusammenhang mit diesen Leistungen für die Quartale 4/2017 bis 4/2019 berichtet.

Tabelle 1

**Telemedizinische Kontrollen von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und/oder CRT-Geräten:
Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro**

Kenn- zahl	GOP	Beschreibung	2017	2018				2019				2018 gesamt	2019 gesamt
			IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV		
Abrechnungshäufigkeit	01438	Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	479	494	691	855	872	748	711	919	1.182	2.912	3.560
	04414	Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	5	127	6	3	8	8	2	9	3	144	22
	04416	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	0	82	0	2	0	1	1	2	2	84	6
	13574	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	2.643	2.731	2.652	2.871	2.936	3.149	3.436	3.682	4.037	11.190	14.304
	13576	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	1.440	1.482	1.504	1.560	1.756	1.900	2.101	2.153	2.436	6.302	8.590
Leistungsbedarf in Euro	01438	Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	4.442	4.635	6.483	8.016	8.180	7.094	6.760	8.743	11.175	27.314	33.772
	04414	Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	338	8.673	410	205	546	594	158	713	238	9.834	1.703
	04416	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	0	6.893	0	168	0	98	98	195	195	7.061	585
	13574	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	97.393	101.838	98.923	107.058	109.483	133.865	148.562	159.287	174.516	417.301	616.230
	13576	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	65.310	68.039	69.065	71.608	80.635	99.533	111.706	114.535	129.441	289.346	455.216

Die Anzahl der telemedizinischen Funktionsanalysen von implantierbaren Kardiovertern/Defibrillatoren bei Erwachsenen (GOP 13574) ist vom Jahr 2018 (n=11.190) zum Jahr 2019 (n=14.304) um 28 Prozent gestiegen, bei den telemedizinischen Funktionsanalysen von CRT-Geräten (GOP 13576) im gleichen Zeitraum um 36 Prozent (2018: n=6.302, 2019: n=8.590).

Im Zusammenhang mit etwa jeder 6. telemedizinischen Funktionsanalyse erfolgt 2019 eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten.

In Tabelle 2 wird als weitere Kennzahl der Anteil telemedizinischer Kontrollen von Kardiovertern/Defibrillatoren und CRT-Geräten an allen Kontrollen von Kardiovertern/Defibrillatoren und CRT-Geräten berichtet. Dieser Anteil ist vom Jahr 2018 zum Jahr 2019 bei Erwachsenen um relative 27 Prozent gestiegen.

Während sich die Angaben im Vorbericht auf alle Schrittmachersysteme inklusive Herzschrittmachern bezogen, beziehen sich die Angaben im vorliegenden Bericht nur auf Kardioverter/Defibrillatoren und CRT-Geräte, da die Funktionsanalyse von Herzschrittmachern gemäß EBM nicht telemedizinisch erbracht werden kann.

Tabelle 2

**Leistungen zur Kontrolle von Kardiovertern/Defibrillatoren und CRT-Geräten:
Anteil telemedizinischer Kontrollen an allen Kontrollen von Kardiovertern/
Defibrillatoren und CRT-Geräten in Prozent**

Kennzahl	GOP	Beschreibung	2017	2018				2019			
			IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Anteil in Prozent											
Anteil an allen Kontrollen (GOPen 04413, 04414, 04415, 04416)	04414 und 04416	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter / Defibrillator und telemedizinische Kontrolle CRT	4,4%	72,1%	10,2%	10,6%	13,1%	13,6%	4,2%	18,3%	9,6%
Anteil an allen Kontrollen (GOPen 13573, 13574, 13575, 13576)	13574 und 13576	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter / Defibrillator und telemedizinische Kontrolle CRT	4,9%	4,9%	4,8%	5,3%	5,4%	5,7%	6,4%	6,6%	7,3%

Im Gegensatz zum Vorbericht 2018 ist jetzt bei Erwachsenen (GOPen 13673 und 13576) eine Zunahme des Anteils telemedizinischer Funktionsanalysen im Zeitverlauf zu erkennen.

In Tabelle 3 finden sich Angaben zu den Praxen, die telemedizinische Funktionsanalysen erbringen, unterteilt in kardiologische Praxen, ermächtigte Ärzte und sonstige Praxen. Bei den sonstigen Praxen handelt es sich ganz überwiegend um am Krankenhaus tätige Ärzte. Sie sind damit vergleichbar mit den ermächtigten Ärzten. Fasst man sonstige Praxen und ermächtigte Ärzte zusammen, kann man die Krankenhauspraxen (ermächtigte Ärzte und Sonstige) den Vertragsarztpraxen (Zugelassene) gegenüberstellen.

Sowohl bei den telemedizinischen Funktionsanalysen von Kardiovertern/Defibrillatoren Erwachsener als auch bei den telemedizinischen Funktionsanalysen von CRT-Geräten Erwachsener wurden im Jahr 2019 14 Prozent von Krankenhauspraxen und 86 Prozent von Vertragsarztpraxen durchgeführt. Die Zahlen bei den telemedizinischen Funktionsanalysen bei Kindern werden hier auf Grund ihrer geringen Fallzahl nicht interpretiert.

Tabelle 3

**Anzahl Praxen mit telemedizinischen Funktionsanalysen von Kardiovertern/
Defibrillatoren und CRT-Geräten nach Praxistyp**

GOP	Praxis	2017	2018				2019			
		IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
01438	Zugelassen	32	30	31	31	29	38	40	46	48
	Ermächtigt	2	1	2	3	2	2	1	2	3
	Sonstige	1	1	1	2	1	1	1	2	2
04414	Zugelassen	1	3	3	1	3	3	1	3	1
04416	Zugelassen	0	2	0	2	0	1	1	1	1
	Sonstige	0	0	0	0	0	0	0	1	1
13574	Zugelassen	185	179	166	175	173	175	191	187	196
	Ermächtigt	27	20	27	23	23	22	23	28	23
	Sonstige	8	5	4	4	7	8	7	7	6
13576	Zugelassen	119	107	115	133	128	127	143	144	155
	Ermächtigt	20	12	14	17	16	16	21	23	23
	Sonstige	1	1	1	2	2	2	2	2	4

2.4 Telemonitoring mithilfe von aktiven kardialen implantierbaren Aggregaten bei ventrikulärer Tachyarrhythmie sowie Herzinsuffizienz

Von 2013 bis 2016 erfolgten wiederholt Beratungen zum Telemonitoring in den Gremien des BA. Am 21. Januar 2016 wurde durch den GKV-Spitzenverband ein Antrag auf die Nutzenbewertung des Telemonitoring mithilfe von aktiven kardialen implantierbaren Aggregaten bei ventrikulärer Tachyarrhythmie sowie Herzinsuffizienz beim G-BA gestellt. Der Abschlussbericht des IQWiG wurde am 21. Februar 2018 veröffentlicht und am 4. Juli 2018 durch die Version V1.2 ersetzt¹. Darüber wurde schon im Bericht des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung vom Oktober 2018 berichtet.

Ein Antrag des GKV-Spitzenverbandes vom 6. Dezember 2018 auf Bewertung des nicht-invasiven, multiparametrischen, komplexen Telemonitoring-basierten Managements von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz NYHA II-III mit bereits stattgehabter Dekompensation gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V wurde vom G-BA angenommen und das diesbezügliche Beratungsverfahren eingeleitet.

Dieses neue Beratungsverfahren wurde mit dem laufenden Beratungsverfahren im G-BA zur Bewertung des Telemonitorings mithilfe von aktiven kardialen implantierbaren Aggregaten zur Behandlung ventrikulärer Tachyarrhythmien und bei Herzinsuffizienz zusammengefasst und als Beratungsverfahren zur Bewertung des datengestützten, zeitnahen Managements in Zusammenarbeit mit einem ärztlichen telemedizinischen Zentrum für Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz weitergeführt. Das IQWiG wurde vom G-BA mit der Erstellung eines Rapid-Reports hierzu beauftragt, dieser Report ist zwischenzeitlich erstellt und dem G-BA übermittelt worden². Seitens des G-BA ist die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens hierzu vorgesehen.

3 Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen

3.1 Vergütung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen

Zur Abbildung telekonsiliarischer Befundbeurteilungen von Röntgen- und CT-Aufnahmen wurde mit Beschluss des BA in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016 mit Wirkung zum 1. April 2017 ein neuer Abschnitt 34.8 mit den folgenden neuen Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen:

- GOP 34800 Beauftragung konsiliarische Befundbeurteilung (91 Punkte)³
- GOP 34810 Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen (110 Punkte)
- GOP 34820 Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I (276 Punkte)
- GOP 34821 Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II (389 Punkte)

Telekonsile dürfen nur Vertragsärzte durchführen oder veranlassen, die über eine entsprechende Genehmigung für Röntgen- und/oder CT-Untersuchungen verfügen und die Anforderungen gemäß Röntgenverordnung erfüllen. MRT-Untersuchungen sind von einer telekonsiliarischen Befundung ausgeschlossen.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt extrabudgetär. Mit der Gebührenordnungsposition 34800 wird sowohl die ärztliche Leistung im Zusammenhang mit der Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen als auch die beim elektronischen Versand der Röntgen- und CT-Aufnahmen entstehenden Kosten der Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä vergütet. Darüber hinaus wurde eine Regelung aufgenommen, nach der die Einholung des Telekonsils für höchstens 3,75 Prozent der Behandlungsfälle mit mindestens einer Röntgenleistung vergütet wird.

Mit den Gebührenordnungspositionen 34810, 34820 und 34821 werden die ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der telekonsiliarischen Befundung von Röntgen- und CT-Aufnahmen sowie die beim elektronischen Versand des Konsiliarberichtes entstehenden Kosten der Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä

¹ https://www.iqwig.de/download/N16-02_Telemonitoring-mithilfe-von-aktiven-kardialen-implantierbaren-Aggregaten_Abschlussbericht_V1-2.pdf, aufgerufen am 08.06.2020

² https://www.iqwig.de/download/N19-01_Telemonitoring-bei-fortgeschrittener-Herzinsuffizienz_Rapid-Report_V1-0.pdf, aufgerufen am 08.06.2020

³ Für die Gebührenordnungsposition 34800 gilt gemäß der 4. Anmerkung zur GOP ein Höchstpunktzahlvolumen je Arztpraxis. Das Punktzahlvolumen je Arztpraxis beträgt 91 Punkte multipliziert mit dem Faktor 0,0375 und der Anzahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis mit mindestens einer Röntgen- und/oder CT-Aufnahme.

vergütet. Die Auswahl der für ein Telekonsil geeigneten Röntgen- und CT-Untersuchungen erfolgte durch Ausschluss von dynamischen Untersuchungen, die zur Erst- und Zweitbefundung sinnvollerweise die Anwesenheit des Untersuchers erfordern.

Darüber hinaus erfolgte eine Klarstellung, dass die bestehende Kostenpauschale nach der Nr. 40104 nicht für die elektronische Übermittlung der Röntgen- und CT-Aufnahmen berechnungsfähig ist.

3.2 Entwicklung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen vom 2. Quartal 2017 bis zum 4. Quartal 2019

In Tabelle 4 werden die Kennzahlen Abrechnungshäufigkeit sowie Leistungsbedarf in Euro differenziert nach Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 EBM für die Quartale 2/2017 bis 4/2019 berichtet.

Tabelle 4

Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach Abschnitt 34.8 EBM: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro

Kennzahl	GOP	Beschreibung	2017			2018				2019			
			II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Abrechnungshäufigkeit	34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	17	137	142	493	634	38	25	0	0	0	1
	34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	0	0	1	251	135	0	2	0	0	0	0
	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	0	1	6	6	3	5	4	0	0	0	14
	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	2	1	1	4	2	1	0	0	1	0	2
Leistungsbedarf in Euro	34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	163	318	263	389	553	315	171	0	0	0	10
	34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	0	0	12	2.942	1.582	0	23	0	0	0	0
	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	0	29	174	176	88	147	118	0	0	0	418
	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	82	41	41	166	83	41	0	0	42	0	84

Nachdem die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen schon in den Jahren 2017 und 2018 nicht in nennenswertem Umfang beauftragt und abgerechnet wurde, ist die Leistungserbringung im Rahmen der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen in den ersten drei Quartalen des Jahres 2019 fast völlig zum Erliegen gekommen und zeigt lediglich im 4. Quartal 2019 wieder geringe Abrechnungszahlen. Die Gründe hierfür sind dem BA nicht bekannt.

4 Telemedizinische Videosprechstunde

4.1 Vergütung der telemedizinischen Videosprechstunde vom 1. April 2017 bis zum 31. März 2019

Mit dem Beschluss des BA in seiner 389. Sitzung wurden folgende Leistungen mit Wirkung zum 1. April 2017 neu in den Abschnitt 1.4 EBM aufgenommen:

GOP 01439 Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä)
(88 Punkte)

GOP 01450 Zuschlag im Zusammenhang mit den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, zu den Grundpauschalen der Kapitel 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 26 und 27, zu den Konsiliarpauschalen des Kapitels 25 und zu den Gebührenordnungspositionen 01439 und 30700 für die Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde
(40 Punkte)

Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ärztliche und psychologische Psychotherapeuten blieben von der Abrechenbarkeit aufgrund der berufsrechtlichen Vorgaben ausgeschlossen ebenso wie Humangenetiker und ermächtigte Ärzte.

Die Abrechenbarkeit der GOP 01439 und 01450 war auf bestimmte Indikationen beschränkt, wie bereits im Bericht des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung vom Oktober 2018 dargestellt.

4.2 Vergütungsänderung der Videosprechstunde zum 1. April 2019 durch Beschluss des BA in seiner 435. Sitzung

Um gemäß §87 Abs. 2a Satz 17-20 SGB V⁴ die Durchführung von Videosprechstunden in einem weiten Umfang zu ermöglichen, wurde mit dem Beschluss des BA in seiner 435. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2019 die Vorgabe, dass Videosprechstunden ausschließlich zum Zweck der Verlaufskontrolle bei definierten Krankheitsbildern und Indikationsbereichen angewendet werden können, in den GOPen 01439 und 01450 aufgehoben. Damit liegt die Frage, in welchen Fällen eine Videosprechstunde erfolversprechend durchgeführt werden kann, in der Entscheidungsverantwortung des Arztes. Die Einschränkung, dass die Erstbegutachtung in einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt sein muss, entfällt.

Die GOP 01450, die für die Vergütung von Kosten eingeführt wurde, die durch die Nutzung eines Videodienstbieters gemäß Anlage 31b BMV-Ä entstehen, wird als Zuschlag im Zusammenhang mit den Grundpauschalen der Kapitel 14 (GOPen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), 22 (GOPen der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie) und 23 EBM (Psychotherapeutische GOPen) erweitert. Voraussetzung hierfür waren auch die Lockerungen des Fernbehandlungsverbots durch die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer im Jahr 2018.

Die GOP 01450 ist gemäß diesem Beschluss weiterhin nicht neben den GOPen des Kapitels 35 EBM (GOPen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie) berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit der Durchführung von Videosprechstunden im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung hat sich der BA verpflichtet, bis zum 30. September 2019 zu überprüfen, in welchem Rahmen und Umfang Videosprechstunden hier zum Einsatz kommen können und die hierzu notwendigen Änderungen im EBM umzusetzen.

Die Durchführung von Videosprechstunden zwischen Vertragsärzten und Pflegebedürftigen, ggf. unterstützt durch Bezugspersonen, kann auf Basis der bestehenden Regelungen im EBM erfolgen. Um die Durchführung von Fallkonferenzen zwischen Vertragsärzten und Pflegekräften im Rahmen der Versorgung von Pflegebedürftigen

⁴ Im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2019 folgende Passage in den § 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 aufgenommen: „Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist durch den Bewertungsausschuss eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Die im Hinblick auf Videosprechstunden bisher enthaltene Vorgabe von Krankheitsbildern im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt. Bei der Anpassung sind die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.“

tigen als Videokonferenzen zu ermöglichen, sind die Fallkonferenzen entsprechend der GOP 37120 (Fallkonferenz im Pflegeheim gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä) und GOP 37320 (Fallkonferenz in der Palliativversorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) künftig auch als Videofallkonferenz berechnungsfähig.

4.3 Vergütungsänderung der Videosprechstunde zum 1. Oktober 2019 durch Beschluss des BA in seiner 449. Sitzung

Zur besonderen Anschubförderung von Videosprechstunden wird zeitlich befristet für einen Zeitraum von zwei Jahren vom 1. Oktober 2019 bis zum 30. September 2021 die GOP 01451 in den EBM aufgenommen. Sie ist je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde abrechenbar und wird mit 92 Punkten vergütet. Dieser Zuschlag wird für bis zu 50 Videosprechstunden pro Quartal und Praxis vergütet. Voraussetzung für den Zuschlag ist, dass die Praxis mindestens 15 Videosprechstunden im Quartal durchführt.

4.4 Vergütungsänderung der Videosprechstunde zum 1. Oktober 2019 durch Beschluss des BA in seiner 453. Sitzung und Folgebeschlüsse 475. und 486. Sitzung des BA

Nach dem Beschluss des BA in seiner 453. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 darf eine Konsultation per Video auch erfolgen, wenn der Patient zuvor noch nicht bei dem Arzt in Behandlung war. Die Leistungserbringung per Videosprechstunde wird mit dem Beschluss des BA in seiner 453. Sitzung nun für fast alle Fachgruppen ermöglicht, auch für die Fachgruppe Humangenetik und für ermächtigte Ärzte und für Psychotherapeuten. Lediglich die Konsiliarpauschalen der Fachgruppen Labor, Nuklearmedizin, Pathologie und Radiologie bleiben weiterhin nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig. Damit können Ärzte der Fachgruppen Labor, Nuklearmedizin, Pathologie und Radiologie weiterhin keine Videosprechstunden abrechnen.

Auch die strahlentherapeutischen Konsiliarpauschalen bei gutartiger beziehungsweise bösartiger Erkrankung (GOP 25210 und 25211) bleiben weiterhin nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig, da dieser zur Erfüllung des obligaten Leistungsinhalts (Überprüfung der vorliegenden Indikation) notwendig ist.

Neu eingeführt wurde die GOP 01444 (Bewertung: 10 Punkte) als Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale für die Authentifizierung eines in der Praxis „unbekannten“ Patienten im Rahmen der Videosprechstunde, da die erforderlichen Stammdaten nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden können. Die Details sind in der Anlage 4b zum BMV-Ä ausgestaltet, die zeitgleich zum 1. Oktober 2019 in Kraft trat.

Als „unbekannt“ gilt im Rahmen dieser Regelungen ein Patient, der noch nie oder noch nicht im laufenden Quartal oder im Vorquartal in der Praxis behandelt wurde. Die GOP 01444 wird extrabudgetär vergütet. Sie ist zeitlich befristet bis zum 30. September 2021 in den EBM aufgenommen.

Die GOP 01450 als Technik-Zuschlag für die Videosprechstunde bleibt erhalten (Vergütung 40 Punkte, für die GOP 01450 wird ein Höchstwert gebildet, er beträgt 1.899 Punkte je Arzt und Quartal). Die GOP 01450 ist bei allen Videosprechstunden beziehungsweise Videofallkonferenzen anzugeben. Bei folgenden Leistungen, die auch per Videosprechstunde/Videofallkonferenz erbracht werden können, kann die GOP 01450 angesetzt werden:

- bei fast allen Versicherten- und Grundpauschalen⁵ und bei der Konsiliarpauschale der Strahlentherapie GOP 25214,
- bei psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM (bei tiefenpsychologischer Psychotherapie, analytischer Psychotherapie und Verhaltenstherapie jeweils als Einzelbehandlung GOPen 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425),
- bei nicht antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.1 EBM (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen GOP 35110, übende Interventionen einzeln und in Gruppen GOP 35111, 35112 und 35113, Zuschlag vertiefte Exploration GOP 35141, Zuschlag Befunderhebung GOP 35142), bei standardisierten und psychometrischen Testverfahren des Abschnitts 35.3 EBM (GOP 35600 und bei Erwachsenen GOP 35601) sowie bei der neuropsychologischen Therapie GOP 30932
- und bei Videofallkonferenzen.

Auch bestimmte im Beschluss des BA in seiner 453. Sitzung genannte Gesprächsleistungen können per Videosprechstunde erbracht werden. Sie sind in Tabelle 5 gelistet:

⁵ ausgenommen GOP 03030, 04030, 12220 und 12225

Tabelle 5

Gesprächsleistungen, die auch bei Durchführung in Form einer Videosprechstunde berechnungsfähig sind

GOP	Beschreibung
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch
04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch
04231	Gespräch, Beratung und/oder Erörterung (Abschnitte 4.4 und 4.5)
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung
04430	Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)
14220	Psychiatrisches Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)
14222	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson
16220	Neurologisches Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)
21216	Zuschlag Fremdanamnese
21220	Psychiatrisches Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
22221	Psychosomatisches Gespräch (Einzelbehandlung)
23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)

Die GOP 04231 wurde mit Beschluss des BA in seiner 455. Sitzung zum 1. April 2020 in den EBM aufgenommen.

Gestrichen wurde die bisherige GOP 01439. Vergütet wird die Videosprechstunde für Ärzte und Psychotherapeuten jetzt über ihre jeweilige Grund- oder Versichertenpauschale (ausgenommene GOPen: 03030, 04030, 12220 und 12225) oder die Konsiliarpauschale der Strahlentherapie (GOP 25214). Außerdem können sie bei Durchführung von Videosprechstunden – sofern die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt sind – folgende Zuschläge bzw. Zusatzpauschalen ansetzen:

- Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung (PFG-Zuschläge) einschließlich der Zuschläge für die Grundversorgung des Kapitels 13 EBM,
- Zusatzpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags (GOPen 03040, 04040),
- Zuschläge für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (GOPen 03060/03061) und
- Zuschlag für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzte (GOP 06225).

Die Pauschale nebst Zuschlägen bzw. Zusatzpauschalen wird in voller Höhe gezahlt, wenn im selben Quartal zudem ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt, da die Pauschalen weitere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im EBM fakultativ beinhalten. Ist dies nicht der Fall und der Kontakt erfolgt ausschließlich per Video, werden die Pauschale und ggf. die sich darauf beziehenden Zuschläge gekürzt (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6

**Fachgruppenspezifische Abschläge bei Arzt-Patienten-Kontakten
ausschließlich per Videosprechstunde**

Gruppe 1: Abschlag von 20 Prozent	Gruppe 2: Abschlag von 25 Prozent	Gruppe 3: Abschlag von 30 Prozent
<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte • Kinder- und Jugendmedizin • Neurologie/Neurochirurgie • Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie • Psychosomatik/Psychotherapie/Psychiatrie • Schmerztherapie • Strahlentherapie (nur GOP 25214) • Ermächtigte Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin • Gynäkologie • Chirurgie • Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie • Humangenetik • Dermatologie • Orthopädie • Urologie • Physikalische und Rehabilitative Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Anästhesie • Augenheilkunde • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie

Regelungen bei Durchführung der Psychotherapie im Rahmen einer Videosprechstunde:

Psychotherapie kann grundsätzlich auch im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden, wenn:

- bereits ein persönlicher Erstkontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung stattgefunden hat und
- kein unmittelbarer persönlicher Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten aus therapeutischer Sicht erforderlich ist.

Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut muss unter Berücksichtigung der individuellen Krankheits- und Lebensumstände der oder des Versicherten entscheiden, ob eine Videosprechstunde durchgeführt werden kann. Dabei müssen die Vorschriften der jeweiligen Berufsordnungen, insbesondere bzgl. der Sorgfaltspflichten, beachtet werden.

Nicht jede psychotherapeutische Leistung darf im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden. Dies gilt vor allem für die Akutbehandlung, die wie auch die Sprechstunde – gerade aufgrund der Krisensituation – weiterhin in der Praxis vorgehalten werden sollte. Die Einzelpsychotherapie (nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie) und die fachgruppenspezifischen Einzelgesprächsleistungen sind jedoch auch über die Videosprechstunde möglich. Gruppentherapien des Abschnitts 35.2.2 EBM sind nicht per Videosprechstunde abrechenbar.

Es gelten folgende Begrenzungsregelungen für die Durchführung von Videosprechstunden:

Die Zahl der Behandlungsfälle, bei denen die Arzt-Patienten-Kontakte ausschließlich per Videosprechstunde erfolgen, ist auf 20 Prozent aller Behandlungsfälle des Arztes/Psychotherapeuten begrenzt.

GOPen, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden können, unterliegen einer Obergrenze je GOP und Vertragsarzt. Die Obergrenze beträgt 20 Prozent der berechneten GOPen je Vertragsarzt und Quartal⁶. Diese Begrenzung gilt nicht für Videofallkonferenzen.

Videofallkonferenzen

⁶ Siehe Beschluss des BA in seiner 453. Sitzung Änderung der Nr. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

Auch Fallkonferenzen in der Pflege können nunmehr in unterschiedlichen Konstellationen per Video erfolgen. Fallkonferenzen sind Besprechungen zwischen mehreren Ärzten oder zwischen Ärzten und Pflegekräften bzw. nichtärztlichem Fachpersonal, mit oder ohne Anwesenheit des Patienten. Per Video durchführbar waren sie bisher bereits seit dem 2. Quartal 2019 zwischen Ärzten und Pflegekräften des Pflegeheimes, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 2 SGB V für den Versicherten besteht (GOP 37120, Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä, Bewertung bis zum 1. Quartal 2020 64 Punkte, ab 2. Quartal 2020 86 Punkte) sowie zwischen Ärzten und Pflegekräften in der Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V (GOP 37320, Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä, Bewertung bis zum 1. Quartal 2020 64 Punkte, ab 2. Quartal 2020 86 Punkte).

Seit 1. Oktober 2019 sind Videofallkonferenzen auch mit Pflegekräften von Pflegebedürftigen möglich, die in der Häuslichkeit oder in beschützenden Einrichtungen versorgt werden:

- GOP 01442 (Bewertung bis zum 1. Quartal 2020 64 Punkte, ab 2. Quartal 2020 86 Punkte): Videofallkonferenzen zwischen der Pflegekraft eines chronisch pflegebedürftigen Patienten und des Arztes/Psychotherapeuten, der die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und/oder pflegerischen Maßnahmen des Patienten koordiniert. Die Leistung ist maximal dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Voraussetzung ist, dass im aktuellen und/oder den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Praxis stattgefunden hat.

Darüber hinaus sind weitere Fallkonferenzen und Fallbesprechungen seit 1. Oktober 2019 per Video durchführbar und im EBM abgebildet:

- GOP 30210: Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung einer hyperbaren Sauerstofftherapie bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom, Bewertung bis zum 1. Quartal 2020 64 Punkte, ab 2. Quartal 2020 86 Punkte
- GOP 30706: Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz, Bewertung bis zum 1. Quartal 2020 60 Punkte, ab 2. Quartal 2020 86 Punkte
- GOP 30948: Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz, Bewertung bis zum 1. Quartal 2020 46 Punkte, ab 2. Quartal 2020 86 Punkte
- GOP 37400: Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, Bewertung: 100 Punkte

Nur der Arzt/Psychotherapeut, der die Videofallkonferenz initiiert, erhält den Technikzuschlag (GOP 01450). Eine Videofallkonferenz darf ebenso wie eine Videosprechstunde nur mittels eines nach Anlage 31b zum BMV-Ä zertifizierten Videodienstansbieters durchgeführt werden.

Mit dem Beschluss aus dem 486. BA wird auch die Durchführung und Berechnung der Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie gemäß GOP 30708 im Rahmen einer Videosprechstunde ab dem 1. April 2020 ermöglicht, Bewertung 169 Punkte.

4.5 Befristete Beschlüsse des BA zur Videosprechstunde im Rahmen der COVID-19-Pandemie

Sonderregelungen während der COVID-19-Pandemie:

Im Kontext der COVID-19-Pandemie haben die Selbstverwaltungsgremien kurzfristig Sonderregelungen beschlossen.

Sonderregelungen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung, verlängert bis 31. Dezember 2020

- Mit dem Beschluss des BA in seiner 485. Sitzung ermöglichte der BA seit dem 23. März 2020, die GOP 30931 (probatorische Sitzung vor Beginn einer neuropsychologischen Therapie), GOP 35150 (probatorische Sitzung) und GOP 35151 (psychotherapeutische Sprechstunde) des EBM zeitlich befristet bis zum 30. Juni 2020 auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde zu berechnen. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung muss nicht vorausgegangen sein.

Des Weiteren wurde in diesem Beschluss geregelt, dass weitere psychotherapeutische Leistungen auch dann per Videosprechstunde erbracht werden können, wenn der eigentlich geforderte persönliche Arzt-Patienten-Kontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung entfallen ist.

- Bereits genehmigte Gruppentherapiesitzungen (100 Min.) können als Einzeltherapiesitzungen (50 Min.) durchgeführt werden, hierfür ist lediglich eine formlose Anzeige bei der Krankenkasse erforderlich. Gruppentherapien im Rahmen der Videosprechstunde sind nicht erlaubt.
- Im zweiten Quartal 2020 wurde die Regelung ausgesetzt, wonach maximal 20 Prozent einer abgerechneten GOP je Vertragspsychotherapeut und Quartal als Videosprechstunde abgerechnet werden können (siehe nachfolgender Absatz).

Aussetzung der Begrenzungsregelungen der per Videosprechstunde durchgeführten Behandlungsfälle und Leistungen, verlängert bis 31. Dezember 2020

- Die Begrenzungsregelung aus der 453. Sitzung des BA, Allgemeine Bestimmungen Nr. 4.3.1 Absatz 5 Nr. 6 EBM, dass maximal 20 Prozent der Behandlungsfälle ausschließlich per Videosprechstunde behandelt werden dürfen, wurde im 2. Quartal 2020 durch den Beschluss des BA in seiner 478. Sitzung ausgesetzt.
- Ebenfalls durch diesen Beschluss wurde die Regelung, wonach maximal 20 Prozent der jeweiligen Leistung (GOP) im Quartal per Videosprechstunde erfolgen dürfen (453. Sitzung des BA, Allgemeine Bestimmungen Nr. 4.3.1 Absatz 6 EBM), aufgrund der COVID-19-Pandemie für das 2. Quartal 2020 ausgesetzt.

Sonderregelungen im Bereich der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger, verlängert bis 31. Dezember 2020

- Mit dem Beschluss des BA in seiner 493. Sitzung Beschlussteil A erfolgte zeitlich befristet vom 1. April 2020 bis zum 30. September 2020 die Aufnahme einer GOP 01953 für die substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat in den Abschnitt 1.8 EBM, mit der die subkutane Applikation eines Depotpräparates und die Betreuung im Rahmen der Nachsorge bei Behandlung mit einem Depotpräparat abgebildet wird. Mit dem Beschlussteil B erfolgte zeitlich befristet vom 1. April 2020 bis 30. Juni 2020 die Änderung der GOP 01952 (therapeutisches Gespräch im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, vergütet mit 154 Punkten) im Abschnitt 1.8 EBM, damit diese auch bei telefonischem Arzt-Patienten-Kontakt oder auch bei Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig ist. Zudem wird die Abrechnungshäufigkeit auf höchstens achtmal im Behandlungsfall ausgeweitet.

Sonderregelungen im Bereich der funktionellen Entwicklungstherapie, verlängert bis 31. Dezember 2020

- Mit dem Beschluss des BA in seiner 496. Sitzung erfolgte zeitlich befristet vom 15. Mai 2020 bis zum 30. Juni 2020 die Aufnahme einer neuen Leistung nach der GOP 14223 Videogestützte Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie durch qualifizierte Mitarbeiter gemäß § 3 der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, vergütet mit 102 Punkten.

Verlängerung der Sonderregelungen während der COVID-19-Pandemie bis zum 30. September 2020:

Mit dem Beschluss des BA in seiner 502. Sitzung vom 18. Juni 2020 verlängerte der BA die Geltungsdauer für die folgenden oben aufgeführten Beschlüsse des BA bis zum 30. September 2020:

- 478. Sitzung: Aussetzung der behandlungsfall- und leistungsbezogenen Begrenzungen bei der Durchführung von Videosprechstunden.
- 485. Sitzung: Durchführung von psychotherapeutischen Sprechstunden und probatorischen Sitzungen als Videosprechstunde.
- 493. Sitzung Teil B: Durchführung therapeutischer Gespräche im Rahmen der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger als Videosprechstunde.
- 496. Sitzung: Videogestützte Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie.

Verlängerung der Sonderregelungen während der COVID-19-Pandemie bis zum 31. Dezember 2020:

Eine erneute Verlängerung der Geltungsdauer der Beschlüsse aus der 478., 485., 493. und 496. Sitzung bis zum 31. Dezember 2020 erfolgte mit dem Beschluss des BA in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020.

4.6 Entwicklung der telemedizinischen Videosprechstunde vom 2. Quartal 2017 bis zum 3. Quartal 2019

In Tabelle 7 werden die Kennzahlen Abrechnungshäufigkeit sowie Leistungsbedarf in Euro differenziert nach Gebührenordnungspositionen für Leistungen zur telemedizinischen Videosprechstunde für die Quartale 2/2017 bis 3/2019 berichtet.

In den Quartalen 2/2017 bis 3/2019 wurden Videosprechstunden noch sehr selten abgerechnet. Auch der Beschluss des BA in seiner 435. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2019 hat hier keinen Abrechnungsschub bewirkt. Das hat sich erst mit dem Beschluss des BA in seiner 449. und 453. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 geändert.

Tabelle 7

Telemedizinische Videosprechstunde: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro

Kennzahl	GOP	Beschreibung	2017			2018				2019		
			II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III
Abrechnungshäufigkeit	01439	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	0	30	68	80	84	165	88	101	103	124
	01450	Zuschlag Videosprechstunde	6	279	349	385	407	484	450	424	385	543
Leistungsbedarf in Euro	01439	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	0	278	630	750	788	1.547	825	962	981	1.181
	01450	Zuschlag Videosprechstunde	25	978	883	1.042	1.284	1.295	1.778	1.447	1.376	1.849

Die per Videoschaltung erbrachte Fallkonferenz im Pflegeheim gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä (GOP 37120) und die Fallkonferenz in der Palliativversorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä (GOP 37320) sind in den vorliegenden Abrechnungsdaten nicht von den im persönlichen Kontakt erbrachten Leistungen abgrenzbar.

Die Fallkonferenzen 37120 und 37320 sind schon ab dem 2. Quartal 2019 als Videofallkonferenzen erbringbar. Die Anzahl der als Videofallkonferenz durchgeführten Fallkonferenzen nach den GOPen 37120 und 37320 ist aber aus den Abrechnungsdaten nicht ersichtlich und kann daher nicht berichtet werden.

4.7 Entwicklung der telemedizinischen Videosprechstunde im 4. Quartal 2019 und im 1. Quartal 2020

In Tabelle 8 wird die Abrechnungshäufigkeit von Videosprechstunden und Video-fallkonferenzen berichtet. Sie ist gegliedert nach Videofallkonferenzen bei chronisch pflegebedürftigen Patienten (GOP 01442), nach Zuschlägen bei Leistungserbringung per Videosprechstunde und Videofallkonferenz (GOP 01444, GOP 01450 und GOP 01451), nach psychotherapeutischen Leistungen der Antragspsychotherapie (EBM Kapitel 35.2, Einzeltherapien), die per Videosprechstunde erbracht wurden, nach Videosprechstunden bei Gesprächsleistungen, nach Videosprechstunden bei nicht antragspflichtigen Psychotherapie-Leistungen, nach ausschließlich per Videosprechstunde erbrachten Grund- und Versichertenpauschalen sowie nach Sonderregelungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie (GOP 30931, GOP 35150 und GOP 35151) bei Leistungserbringung per Videosprechstunde.

Die Anzahl der per Video erbrachten Fallkonferenzen nach den GOPen 30210, 30706, 30948, 37120, 37320 und 37400 kann nicht berichtet werden, da aus den Abrechnungsdaten nicht ersichtlich ist, ob sie in Form einer Präsenzsitzung oder als Videofallkonferenz erbracht wurden.

Tabelle 8

**Telemedizinische Videosprechstunde: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro
für die Quartale 4/2019 und 1/2020**

Kennzahl	Leistungen	4/2019	1/2020	
Abrechnungshäufigkeit	01442 - Videofallkonferenz	185	1.904	
	01444 - Authentifizierung	86	12.161	
	01450 - Zuschlag Videosprechstunde	1.592	202.123	
	01451 - Anschubförderung Videosprechstunde	1.411	156.564	
	Einzeltherapien, Antrags-Psychotherapie	117	106.916	
	Gesprächsleistungen	228	62.107	
	Nicht antragspflichtige Psychotherapie-Leistungen	35	9.209	
	Pauschalen Kapitel 03 EBM (Hausärzte)	86	4.514	
	Pauschalen Kapitel 04 EBM (Kinderärzte)	3	608	
	Pauschalen Kapitel 05 EBM (Anästhesisten)	.	6	
	Pauschalen Kapitel 06 EBM (Augenärzte)	9	100	
	Pauschalen Kapitel 07 EBM (Chirurgen)	2	101	
	Pauschalen Kapitel 08 EBM (Gynäkologen)	.	454	
	Pauschalen Kapitel 09 EBM (HNO-Ärzte)	5	397	
	Pauschalen Kapitel 10 EBM (Hautärzte)	16	825	
	Pauschalen Kapitel 11 EBM (Humangenetiker)	.	22	
	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Internisten)	11	796	
	Pauschalen Kapitel 14 EBM (Kinder- und Jugendpsychiater und -psychologen)	.	271	
	Pauschalen Kapitel 15 EBM (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen)	.	11	
	Pauschalen Kapitel 16 EBM (Neurologen, Neurochirurgen)	5	417	
	Pauschalen Kapitel 18 EBM (Orthopäden)	.	345	
	Pauschalen Kapitel 20 EBM (Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen)	.	1	
	Pauschalen Kapitel 21 EBM (Psychiater)	1	660	
	Pauschalen Kapitel 22 EBM (Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)	.	37	
	Pauschalen Kapitel 23 EBM (Psychotherapeuten)	8	1.039	
	Pauschalen Kapitel 25 EBM (Strahlentherapeuten)	.	4	
	Pauschalen Kapitel 26 EBM (Urologen)	.	40	
	Pauschalen Kapitel 27 EBM (Physikalische und Rehabilitative Medizin)	.	3	
	Pauschalen Kapitel 30 EBM (Spezielle Versorgungsbereiche)	.	73	
	Sonderregelungen Covid-19-Pandemie (30931, 35150, 35151)	.	16.002	
	Leistungs- bedarf (in Euro)	01442 - Videofallkonferenz	1.282	13.388
		01444 - Authentifizierung	93	13.372
01450 - Zuschlag Videosprechstunde		6.592	829.927	
01451 - Anschubförderung Videosprechstunde		11.333	1.342.111	

Der Technikzuschlag für die Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde ist bei jeder erbrachten Videosprechstunde oder Videofallkonferenz anzusetzen. Die Abrechnungshäufigkeit der GOP 01450 ist damit ein Maß für den Gesamtumfang der durchgeführten Videosprechstunden und Videofallkonferenzen⁷.

Die Abrechnungshäufigkeit des Technikzuschlages nach der GOP 01450 hat sich von 543 Abrechnungen im 3. Quartal 2019 auf 1.592 Abrechnungen im 4. Quartal 2019 nahezu verdreifacht, wobei dieser Anstieg von einem absolut gesehen sehr niedrigen Niveau aus erfolgte. Dieser Anstieg kann als Folge des Beschlusses des BA in seiner 449. und 453. Sitzung interpretiert werden. Entsprechend häufig kommt auch die GOP 01451 als Anschubförderung der Videosprechstunde zur Abrechnung.

Die GOP 01450 als ein Maß für den Gesamtumfang der durchgeführten Videosprechstunden und Videofallkonferenzen hat im 1. Quartal 2020, dem Quartal des Ausbruchs der COVID-19-Pandemie, einen regelrechten Abrechnungsschub erfahren. Sie hat vom 4. Quartal 2019 (n=1.592) zum 1. Quartal 2020 (n=202.123) auf das 127-fache zugenommen. Die GOP 01451 als Zuschlag zur Anschubförderung von Videosprechstunden hat im gleichen Zeitraum auf das 111-fache zugenommen.

Von den per Videosprechstunde erbrachten Leistungsgruppen (per Videosprechstunde erbrachte psychotherapeutische Leistungen der Antragspsychotherapie (Einzeltherapien EBM Abschnitt 35.2.1), per Videosprechstunden erbrachte Gesprächsleistungen, Videosprechstunden bei nicht antragspflichtigen Psychotherapie-Leistungen, ausschließlich per Videosprechstunde erbrachte Grund- und Versichertenpauschalen) stellen mit 106.916 Leistungen im 1. Quartal 2020 die per Videosprechstunde erbrachten Einzeltherapien der Antragspsychotherapie die größte Leistungsgruppe dar. Diese Leistungsgruppe hat im Vergleich zum 4. Quartal 2019 (n=117) auf das 914-fache zugenommen.

Ein weiterer wesentlicher Leistungsblock bei Leistungserbringung per Videosprechstunde stellen die Gesprächsleistungen dar. Gesprächsleistungen per Video haben vom 4. Quartal 2019 (n=228) zum 1. Quartal 2020 (n= 62.107) auf das 272-fache zugenommen.

Berücksichtigt man, dass in den Gesprächsleistungen auch psychiatrische und psychotherapeutische Gespräche enthalten sind und rechnet man die nicht antragspflichtigen Psychotherapie-Leistungen und die Sonderregelungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie als ebenfalls ausschließlich psychotherapeutische Leistungen hinzu, haben psychotherapeutische Leistungen den größten Anteil an den per Videosprechstunde erbrachten Leistungen.

Die Videosprechstunde als alleinige Versorgungsform im Behandlungsfall findet sich vor allem im hausärztlichen Versorgungsbereich, gefolgt von den Psychotherapeuten. Im Vergleich zum 4. Quartal 2019 sind im 1. Quartal 2020 wesentlich mehr Fachgruppen hinzugekommen, die Leistungen ausschließlich per Videosprechstunde und Videofallkonferenz erbringen (siehe Tabelle 8 Pauschalen Kapitel 3 EBM bis Kapitel 30 EBM).

Als generellen Trend kann man feststellen, dass sich im 4. Quartal 2019 und 1. Quartal 2020 der Einsatz der Videosprechstunden vor allem auf den hausärztlichen Versorgungsbereich und auf psychiatrisch/psychotherapeutisch tätige Fachgruppen konzentriert hat.

Im 4. Quartal 2019 hat sich die Abrechnungshäufigkeit der Videosprechstunde noch auf einem sehr niedrigen Niveau befunden (GOP 01450 n=1.592). Im 1. Quartal 2020 ist sie vermutlich in Folge der COVID-19-Pandemie stark angestiegen (GOP 01450 n=202.123). Dieser Trend könnte sich im 2. Quartal 2020 im Rahmen der COVID-19-Pandemie weiter fortsetzen. Darauf weist eine Befragung hin, die bei ambulant tätigen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten von Mitte April bis Anfang Mai 2020 durchgeführt wurde⁸. Diese Studie liefert Hinweise darauf, dass sich die Abrechnungszahlen der Videosprechstunden im 2. Quartal 2020 in Folge der COVID-19-Pandemie deutlich erhöht haben. In ihrem Fazit kommen die Studienautoren zu folgendem Schluss:

⁷ Dies setzt allerdings voraus, dass die abrechnenden Ärzte die GOP 01450 auch dann noch ansetzten, wenn sie ihr Abrechnungskontingent für die GOP 01450 in Höhe von 1.899 Punkten je Arzt und Quartal bereits erschöpft haben (siehe Seite 19 dieses Berichts).

⁸ Obermann, Konrad et al. Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2020, „Ärztliche Arbeit und Nutzung von Videosprechstunden während der COVID-19-Pandemie – Eine gemeinsame repräsentative deutschlandweite Befragung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte durch die Stiftung Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem health innovation hub“; https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit_2020.pdf; aufgerufen am 16. Juni 2020

„Akzeptanz und Anwendung der Videosprechstunde waren sowohl bei Ärzten wie auch Patienten bislang sehr begrenzt: Noch 2017 sprach sich mehr als die Hälfte der Responder in einer Befragung explizit gegen Videosprechstunden aus. Bis Anfang 2020 nutzten nur vereinzelt Ärzte diese Kommunikationsform: Weniger als sechs Prozent der Ärzte, die heute Videosprechstunden anbieten, taten dies auch schon in den vergangenen Jahren.

Die COVID-19-Pandemie hat dies radikal geändert und eine Initialzündung für die Nutzung von Videosprechstunden bewirkt. So stieg nach Angaben der KBV die Anzahl der Arztpraxen, die Videosprechstunden anbieten, von 1.700 im Februar 2020 auf ca. 25.000 im April. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass über die Hälfte der Befragten jetzt Videosprechstunden nutzt und weitere gut zehn Prozent dies in Kürze vorhaben.“⁹

Für diesen Zeitraum (2. Quartal 2020) liegen noch keine Abrechnungsdaten vor. Dennoch lässt diese Studie vermuten, dass Videosprechstunden im 2. Quartal 2020 im Rahmen der COVID-19-Pandemie einen weiteren Anstieg der Abrechnungshäufigkeit erfahren haben.

Tabelle 9

Telemedizinische Videosprechstunde: Anzahl abrechnende Ärzte je Arztgruppe für das Quartal 4/2019.
Es wird jeder Arzt gezählt, der mindestens eine Leistung der entsprechenden Leistungsgruppe abrechnet.

Anzahl abrechnende Ärzte je Arztgruppe	01442 - Videofallkonferenz	01450 - Zuschlag Videosprechstunde	Einzeltherapien, Antrags- Psychotherapie	Gesprächsleistungen	Nicht antragspflichtige Psychotherapie-Leistungen
Augenheilkunde	0	<5	0	0	0
Chirurgie	<5	<5	0	0	0
Gynäkologie	0	<5	0	0	0
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<5	<5	0	0	0
Hausärzte	17	72 (42,8%)	0	27	6
Hautarzt	<5	6 (3,5%)	0	0	0
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	<5	<5	0	0	0
Innere Medizin, SP Kardiologie	0	<5	0	0	0
Innere Medizin, SP Pneumologie	0	<5	0	0	0
Innere Medizin, SP Rheumatologie	0	<5	0	0	0
Kinder- und Jugendmedizin	0	6 (3,5%)	0	<5	0
Neurologie	0	<5	0	<5	0
Orthopädie	0	11 (6,5%)	0	0	0
Psychiatrie	0	<5	0	<5	0
Psychotherapie	<5	48 (28,5%)	34	5	0
Sonstige	0	<5	0	<5	0
Urologie	0	<5	0	0	0

⁹ Ebenda, S. 51

In Tabelle 9 ist die Anzahl der Ärzte dargestellt, die im 4. Quartal 2019 Videosprechstunden und Videofallkonferenzen abgerechnet haben, unterteilt nach Arztgruppen und Leistungsgruppen. Im 4. Quartal 2019 haben bundesweit insgesamt 168 Ärzte Videosprechstunden und Videofallkonferenzen abgerechnet. Unter den Videosprechstunden und Videofallkonferenzen abrechnenden Ärzten stellen die Hausärzte mit 43 Prozent die bei weitem größte Arztgruppe dar, gefolgt von Psychotherapeuten mit 29 Prozent. Die dritthäufigste Arztgruppe in der Abrechnung von Videosprechstunden sind die Orthopäden mit einem Anteil von 7 Prozent. Zahlen für das 1. Quartal 2020 liegen dazu derzeit noch nicht vor.

Bei insgesamt 168 Videosprechstunden und Videofallkonferenzen abrechnenden Ärzten und bundesweit 1.592 abgerechneten Videosprechstunden und Videofallkonferenzen im 4. Quartal 2019 entfallen auf einen abrechnenden Arzt im Durchschnitt 9,5 Videosprechstunden/Videofallkonferenzen im Quartal.

5 Übermittlung elektronischer Briefe

Ärzte und Psychotherapeuten können schon länger elektronische Arztbriefe (eArztbriefe) direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) heraus über den Kommunikationsdienst KV-Connect versenden und empfangen. Die Vergütung hierfür war in der Anlage 7 der Telematikinfrastruktur(TI)-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) geregelt. Sie erhielten 28 Cent für den Versand (GOP 86900) und 27 Cent für den Empfang (GOP 86901) von eArztbriefen. Für den Versand benötigen sie einen elektronischen Heilberufsausweis, um den eArztbrief damit qualifiziert elektronisch unterzeichnen zu können.

Im Zusammenhang mit der Einführung des Kommunikationsdienstes im Medizinwesen (KIM) wurde ein neues Vergütungsmodell „Ärztliche Kommunikation“ verabschiedet, welches den Einsatz von elektronischer Kommunikation und insbesondere die Übermittlung von eArztbriefen vergüten und fördern soll. Es umfasst die elektronische und die nicht-elektronische Kommunikation.

Regelungen zur Vergütung elektronischer Kommunikation

Ab dem 1. April 2020 erhalten Ärzte weiterhin 28 Cent für den Versand (GOP 86900) und 27 Cent für den Empfang (GOP 86901) elektronischer Arztbriefe. Für beide Pauschalen 86900 und 86901 gilt ein gemeinsamer Höchstwert von 23,40 Euro je Quartal und Arzt. Dies ist in der Anlage 8 der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 zum BMV-Ä)¹⁰ definiert. Zusätzlich ist ab dem 1. Juli 2020 eine neue, vorerst für drei Jahre befristete Strukturförderpauschale für den Versand eines eArztbriefes in Höhe von 1 Punkt (10,99 Cent) über die Gebührenordnungsposition 01660 des EBM abrechenbar (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)). Diese wird unbegrenzt und für jeden versendeten Brief extrabudgetär vergütet. Die in der TI-Finanzierungsvereinbarung getroffene Regelung zur Übermittlung von eArztbriefen basiert auf der Richtlinie „Elektronischer Brief“ der KBV. Diese sieht vor, dass ab dem Zeitpunkt der nebenbestimmungsfreien Zulassung eines ersten KIM-Dienstes auch andere Dienste wie KV-Connect noch sechs weitere Monate zur Übertragung eingesetzt werden dürfen und die Übertragung von eArztbriefen mittels KV-Connect auch in dieser Übergangszeit vergütet wird. Hierdurch soll ein möglichst reibungsarmer Übergang zum KIM-Dienst ermöglicht werden.

Darüber hinaus erhält ab dem 1. April 2020 jede Praxis eine in der TI-Finanzierungsvereinbarung geregelte Betriebskostenpauschale für KIM und den eArztbrief in Höhe von 23,40 Euro pro Quartal – unabhängig davon, ob ein KIM-Dienst bereits zur Verfügung steht. Bei nachweislichem Anschluss eines KIM-Dienstes erhält die Praxis einmalig 100 Euro Anschlussgebühr.

Regelungen zur Vergütung nicht-elektronischer Kommunikation

Im Zusammenhang mit der Neuregelung der Vergütung des eArztbriefes und der KIM wurden auch die Kostenpauschalen zur Versendung von Briefen und Telefaxen zum 1. Juli 2020 im EBM mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) neu geregelt. Damit wird – neben der Vergütung von eArztbriefen – den Arztpraxen weiterhin die Möglichkeit gegeben, konventionelle Briefe und Faxe abzurechnen, allerdings ab 1. Oktober 2021 begrenzt auf einen fachgruppenspezifischen Höchstwert (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung). Die Höchstwerte orientieren sich dabei am historisch abgerechneten Leistungsbedarf je Arzt der einzelnen Fachgruppen. Zum 1. Oktober 2022 und zum

¹⁰ Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V sowie zur Abbildung nutzungsbezogener Zuschläge gemäß § 291a Absatz 7b Satz 3 SGB V vom 14. Dezember 2017 in der Fassung vom 20. März 2020, Inkrafttreten 01.04.2020

1. Oktober 2023 werden die Höchstwerte aufgrund der zu diesen Zeitpunkten zu erwartenden stärkeren Verbreitung von eArztbriefen abgesenkt. Hierdurch wird der Forderung des Gesetzgebers Rechnung getragen, die Übermittlung von eArztbriefen stärker zu fördern.

Für Portokosten gibt es nur noch eine Kostenpauschale, GOP 40110, welche mit 81 Cent bewertet ist. Neu ist zudem eine eigene Fax-Kostenpauschale für den Versand von Telefaxen, GOP 40111, welche mit 10 Cent und ab dem 1. Juli 2021 mit 5 Cent bewertet ist. Die Vorgaben des Gesetzgebers sind klar geregelt: Die Vergütung für den Fax-Versand darf maximal halb so hoch sein wie die Vergütung für den eArztbrief. Damit soll der Umstieg in die elektronische Kommunikation beschleunigt werden.

6 Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte

6.1 Notfalldatenmanagement, Beschlussfassung vom 19. Dezember 2017 und 30. September 2020

Mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) in seiner 53. Sitzung wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2018 folgende Leistungen in den EBM aufgenommen:

GOP 01640 Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für die Anlage eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) einmal im Krankheitsfall
(80 Punkte)

GOP 01641 Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für den Notfalldatensatz einmal im Behandlungsfall
(4 Punkte)

Mit der Gebührenordnungsposition 01641 wird insbesondere die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes vergütet.

GOP 01642 Löschen eines Notfalldatensatzes einmal im Behandlungsfall
(1 Punkt)

Mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) wurde § 87 Absatz 2a Satz 22 SGB V dahingehend neugefasst, dass die Vergütung im Zusammenhang mit der Erstellung des Notfalldatensatzes im EBM für ein Jahr zu verdoppeln ist. Mit dem Beschluss des BA in seiner 524. Sitzung vom 30. September 2020 wird zeitlich befristet vom Tag des Inkrafttretens des PDSG bis 1 Jahr nach Inkrafttreten des PDSG die Bewertung der GOP 01640 von 80 Punkten auf 160 Punkte verdoppelt.

Eine Berechnung der GOPen 01640, 01641 und 01642 ist nur möglich, sofern die Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä vorliegen. Siehe hierzu auch Abschnitt 6.1 des Berichts des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung vom Oktober 2018.

Wegen des Fehlens der technischen Voraussetzungen, die im nachfolgenden Abschnitt erläutert werden, konnten die GOPen des Notfalldatenmanagements (NFDm) bis Juli 2020 noch nicht abgerechnet werden und auch der elektronische Medikationsplan (eMP) noch keine Anwendung finden. Mit einer Abrechnung in nennenswertem Umfang ist voraussichtlich erst ab dem 4. Quartal 2020 zu rechnen. Ein technischer Engpass ist vor allem auf Grund bisher noch nicht in ausreichendem Umfang vorhandener E-Health-Konnektoren und ihrer Integration in das Praxisverwaltungssystem (PVS) entstanden.

Folgende technische Voraussetzungen müssen für die Abrechnung des Notfalldatenmanagements und des elektronischen Medikationsplans in der Arztpraxis geschaffen werden:

- Anbindung der Praxis an die Telematikinfrastruktur mittels eines sogenannten E-Health-Konnektors mit dem Konnektor-Modul NFDm und eMP
- Praxisverwaltungssystem (PVS)-Module NFDm und eMP

- weiteres Kartenterminal
- elektronischer Heilberufsausweis eHBA 2.0 für die qualifizierte elektronische Signatur (QES) (ist für eMP nicht erforderlich).

6.2 Beratungen zum elektronischen Medikationsplan

Mit dem Beschluss des BA in seiner 430. Sitzung Beschlussteil G mit Wirkung zum 1. Januar 2019 wurde die Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten als fakultativer Leistungsinhalt über die GOP 01630 im Abschnitt 1.6 EBM sowie über den Anhang 1 zum EBM abgebildet. Der elektronische Medikationsplan (eMP) ist die digitale Umsetzung des bereits im Oktober 2016 eingeführten bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP). Den elektronischen Medikationsplan müssen Haus- und Fachärzte für anspruchsberechtigte Versicherte ausstellen und aktualisieren (sofern vom anspruchsberechtigten Versicherten gewünscht), sobald die notwendige Technik verfügbar ist. Dies ist für die ersten Hersteller von E-Health-Konnektoren frühestens in der zweiten Jahreshälfte 2020 zu erwarten.

6.3 Beratungen zur elektronischen Patientenakte

Die gesetzlichen Krankenkassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, ihren Versicherten bis Anfang 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen. Die Anwendung der ePA ist für die Versicherten freiwillig.

Daneben existieren bereits verschiedene sogenannte elektronische Gesundheitsakten, die einzelne Krankenkassen ihren Versicherten als Satzungsleistung bereitstellen; gesetzliche Grundlage hierfür ist § 68 SGB V.

Elektronische Gesundheitsakten bieten unterschiedliche Funktionalitäten und verschiedene Formen einer möglichen ärztlichen Einbindung. Sie sollen perspektivisch in die einheitliche ePA integriert werden. Die ärztliche Nutzung von elektronischen Gesundheitsakten ist freiwillig.

Die KBV hat vom Gesetzgeber im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Aufgabe erhalten, die medizinischen Daten für die ePA zu standardisieren.

Die gesetzlichen Vorgaben zur elektronischen Patientenakte werden im Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) vorgenommen. Für das erstmalige Befüllen der ePA mit Informationen aus dem aktuellen Behandlungskontext erhalten Ärzte laut PDSG zehn Euro. Über die Vergütung der Unterstützung von Versicherten bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der ePA im aktuellen Behandlungskontext beraten KBV und GKV-Spitzenverband.

Teil B: Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses zu Telekonsilien

Der ergänzte Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit im Berichtsteil B den ersten Bericht zu Telekonsilien vor. Der Bericht umfasst den Zeitraum von Dezember 2019 bis Oktober 2020.

1 Gesetzlicher Auftrag

Durch die Änderung des § 87 Absatz 2a Satz 13 im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), in Kraft getreten am 19. Dezember 2019, ist mit Wirkung zum 30. September 2020 durch den ergänzten Bewertungsausschuss im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen zu regeln, dass Konsilien in einem weiten Umfang in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistung abgerechnet werden können, wenn bei ihnen sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden. Die Regelungen erfolgen auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g Absatz 6 SGB V.

Nach § 87 Absatz 2a Satz 15 und 16 SGB V legen der Bewertungsausschuss und der ergänzte Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Oktober 2020, einen Bericht über die als telemedizinische Leistungen abrechenbaren Konsilien vor. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. Der Berichtsteil B des ergänzten Bewertungsausschusses zu den Telekonsilien umfasst den Beratungszeitraum von 19. Dezember 2019 bis 31. Oktober 2020.

2 Vereinbarung gemäß § 291g Absatz 6 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung)

Im Berichtszeitraum wurden im ergänzten Bewertungsausschuss intensive Beratungen zu Umfang, Ausgestaltung und Vergütung von Telekonsilien geführt. Die Beratungen und die aus ihnen resultierenden Regelungen erfolgten auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß § 291g Absatz 6 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung)¹¹, geschlossen am 29. Mai 2020, rückwirkend in Kraft getreten am 1. April 2020.

Die Telekonsilien-Vereinbarung ist eine vierreisige Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

In § 1 der Telekonsilien-Vereinbarung wird ein Telekonsilium gemäß gesetzlicher Vergütungsvoraussetzungen definiert und es wird beschrieben, welche Ärzte dieses extrabudgetär abrechenbare Konsilium einholen und beantworten dürfen. In § 2 werden die Dienste genannt, die für das Telekonsilium genutzt werden können, in § 3 werden die Anforderungen an die Einholung eines Telekonsiliums festgelegt und § 4 regelt die Anforderungen an die Beantwortung eines Telekonsiliums.

3 Beschlussfassung

Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 60. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 wird ermöglicht, dass Telekonsilien in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung durchgeführt und abgerechnet werden können.

Für die Durchführung von vertragsärztlichen sowie aus dem vertragsärztlichen Bereich heraus sektorenübergreifenden Telekonsilien werden die Gebührenordnungspositionen 01670, 01671 und 01672 mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 in den Abschnitt 1.6 EBM aufgenommen und die Bezeichnung des Abschnitts entsprechend redaktionell angepasst.

- GOP 01670 Zuschlag im Zusammenhang mit den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen für die Einholung eines Telekonsiliums (110 Punkte, zweimal im Behandlungsfall)
- GOP 01671 Telekonsiliarische Beurteilung einer medizinischen Fragestellung (128 Punkte, einmal im Behandlungsfall)

¹¹ [https://www.aerzteblatt.de/archiv/215242/Vereinbarung-gemaess-291g-Absatz-6-SGB-V-ueber-technische-Verfahren-zu-telemedizinischen-Konsilien-\(Telekonsilien-Vereinbarung\)](https://www.aerzteblatt.de/archiv/215242/Vereinbarung-gemaess-291g-Absatz-6-SGB-V-ueber-technische-Verfahren-zu-telemedizinischen-Konsilien-(Telekonsilien-Vereinbarung)), aufgerufen am 2.10.2020

- GOP 01672 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671 für die Fortsetzung der telekonsiliarischen Beurteilung (65 Punkte je weitere vollendete 5 Minuten, bis zu dreimal im Behandlungsfall)

Mit der GOP 01670 wird die vertragsärztliche Leistung im Zusammenhang mit der Einholung einer telekonsiliarischen Beurteilung vergütet. Die Leistung umfasst die Beschreibung der medizinischen Fragestellung mit Zusammenstellung der dazu relevanten Informationen und die anschließende elektronische Übermittlung an den Konsiliararzt, -zahnarzt oder -psychotherapeuten sowie eine ggf. erforderliche Abstimmung. Ferner umfasst diese Leistung die Einholung der Einwilligung des Patienten bzw. die Überprüfung des Vorliegens einer Einwilligung. Die Leistung ist maximal zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Mit den Gebührenordnungspositionen 01671 und 01672 werden die ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leistungen im Zusammenhang mit der telekonsiliarischen Beurteilung und Übermittlung des Konsiliarberichtes gemäß der Telekonsilien-Vereinbarung vergütet. Die GOP 01671 stellt hierbei die Grundleistung für den Konsiliararzt oder -psychotherapeuten dar. Erfordert die telekonsiliarische Beurteilung einen Zeitaufwand von mehr als zehn Minuten, ist zusätzlich ein Zuschlag nach der GOP 01672 berechnungsfähig. Die GOP 01672 ist je weitere vollendete 5 Minuten und bis zu dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

In den neu aufgenommenen Bestimmungen Nr. 7. bis 10. des Abschnitts 1.6 EBM wurden die Voraussetzungen zur Durchführung eines Telekonsiliums entsprechend der Telekonsilien-Vereinbarung als Abrechnungsvoraussetzungen umgesetzt. Unter anderem wird das Videokonsilium als ein zeitgleiches Telekonsilium zwischen zwei Ärzten, Ärzten und Zahnärzten und/oder Psychotherapeuten mittels eines gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zertifizierten Videodienstes definiert. Ferner wurde die Berechnungsfähigkeit von Telekonsiliarleistungen außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs klargestellt.

Für die Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 wurden spezifische Voraussetzungen zur Berechnung festgelegt:

- Für die Einholung des Telekonsiliums (GOP 01670) muss eine patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung vorliegen, die außerhalb des Fachgebietes des behandelnden Vertragsarztes liegt und innerhalb des Fachgebietes des Konsiliararztes, Konsiliarzahnarztes oder Konsiliarpsychotherapeuten. Das Telekonsilium kann auch eingeholt werden, wenn eine besonders komplexe medizinische Fragestellung vorliegt, die innerhalb des Fachgebietes des behandelnden Vertragsarztes und desselben Fachgebietes des Konsiliararztes oder Konsiliarpsychotherapeuten liegt.
- Sofern der Patient im Rahmen eines Videokonsiliums nach den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 anwesend sein sollte, stellt dies keinen Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen EBM im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä dar.
- Die Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 können nicht innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis oder innerhalb einer Apparategemeinschaft abgerechnet werden.
- Neben Vertragsärzten können die GOP 01671 und 01672 auch von im Krankenhaus tätigen, nicht ermächtigten Ärzten oder Psychotherapeuten berechnet werden, sofern diese bzw. die Fachrichtung des Krankenhauses telekonsiliarisch beauftragt wurden.

Die Durchführung von Telekonsilien ist nicht auf bestimmte Krankheitsbilder oder bestimmte medizinische Fragestellungen beschränkt. Damit entspricht der ergänzte Bewertungsausschuss dem gesetzlichen Auftrag, dass Konsilien in einem weiten Umfang in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistung abgerechnet werden können.

Darüber hinaus sind notwendige Folgeänderungen und redaktionelle Anpassungen zur Berechnungsfähigkeit der bestehenden GOP 01450 (Zuschlag Videosprechstunde) im Rahmen eines Videokonsiliums getroffen worden. Falls eine telekonsiliarische Abstimmung im Rahmen eines Videokonsiliums erfolgt, ist für den das Videokonsilium initiiierenden Arzt oder Psychotherapeuten der Zuschlag nach der GOP 01450 berechnungsfähig. Initiiender Arzt oder Psychotherapeut für das Videokonsilium kann dabei sowohl ein Vertragsarzt als auch ein am Krankenhaus tätiger Arzt oder Psychotherapeut sein.

Aufgenommen wurde eine Protokollnotiz, wonach der ergänzte Bewertungsausschuss nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für die ersten zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Beschlusses erstmals die Entwicklung der Telekonsilien gemäß diesem Beschluss prüft. Sofern die einzelnen Kennzahlen jeweils sektorenspezifisch verfügbar sind, wird insbesondere geprüft:

- Entwicklung der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfs der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01670, 01671 und 01672,
- Anzahl und Fachrichtung der abrechnenden Ärzte sowie Häufigkeit der abgerechneten Leistungen je Versorgungssektor, Arzt, Praxis und Arztgruppe,
- Anzahl der Patienten mit Telekonsilien.

Zudem wird im Zusammenhang mit der Entwicklung der Anzahl und Fachrichtungen der Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 abrechnen, geprüft, ob über die in diesem Beschluss getroffenen Regelungen hinausgehender Bedarf für die Anpassung der Einholung und Durchführung von Telekonsilien besteht. Die Evaluation erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses.

Ausweislich der Gesetzesbegründung (Bundestagsdrucksache 19/13438, S. 49) erfolgt die Vergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Der ergänzte Bewertungsausschuss hat eine entsprechende Regelung getroffen und zugleich eine Protokollnotiz aufgenommen, die eine Evaluation zur möglichen Überführung der Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vorsieht.

Anhang

- Vereinbarung zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur in der Fassung vom 20. März 2020, Inkrafttreten 1. April 2020, Anlage 32 BMV-Ä
- Vereinbarung Videosprechstunde in der Fassung vom 27. Juli 2020, Anlage 31b BMV-Ä
- Vereinbarung Authentifizierung Fernbehandlung Anlage 4b BMV-Ä
- Anhang 13 Organisation und Durchführung von Online Bildkonferenzen zur Anlage 9.2 BMV-Ä Versorgung durch Mammographie-Screening
- Sonderregelung zur Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung auf Grund von SARS-CoV-2 vom 23. März 2020 BMV-Ä
- Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte, Stand 1. Januar 2019, Anlage 4a BMV-Ä
- Vereinbarung zur Verwendung der eGK bei telefonischen Kontakten und Kontakten im Rahmen einer Videosprechstunde während der COVID-19 Pandemie, Inkrafttreten 1. April 2020 BMV-Ä

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

– einerseits –

und

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

– andererseits –

schließen als Anlage 32 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die nachstehende

**Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung
der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen
der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur
gemäß § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V sowie zur Abbildung
nutzungsbezogener Zuschläge
gemäß § 291a Absatz 7b Satz 3 SGB V
vom 14. Dezember 2017 in der Fassung vom 20. März 2020***

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
§ 1 Vereinbarungsgegenstand.....	3
§ 2 Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit.....	5
§ 3 Betriebskosten.....	6
§ 4 Dienstleister.....	6
§ 5 Abrechnungsbedingungen.....	6
§ 6 Abrechnung der Pauschalen für die erforderliche Ausstattung.....	7
§ 6a Abrechnung der Pauschalen nach Anlage 6.....	9
§ 7 Abrechnung der Betriebskosten.....	9
§ 8 Abrechnungsprozess für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2018.....	9
§ 8a Abrechnungsprozess für die Förderung der Teilnahme an einem Feldtest nach Anlage 6	11
§ 9 Abrechnungsprozess für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2019.....	11
§ 9a Abrechnungsprozess für eine zusätzliche Abschlagszahlung 2019.....	13
§ 10 Inkrafttreten und Anpassung.....	14
§ 11 Kündigung.....	14
§ 12 Salvatorische Klausel.....	14
Anlage 1: Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit.....	16
Anlage 2: Pauschalen für die Erstattung der Kosten.....	17
Anlage 3: - nicht besetzt -.....	19
Anlage 4: Stichprobenprüfungen.....	20
Anlage 5: Pauschalen für die Erstattung der Kosten für die Nutzung der Telematikinfrastruktur inklusive der Fachanwendungen.....	22
Anlage 6: Förderung der Teilnahme an einem Feldtest und/oder einer wissenschaftlichen Evaluation.....	23
Anlage 7: - nicht besetzt -.....	24
Anlage 8: Regelungen über die Erstattung der Kosten zum Anschluss einer Vertragsarztpraxis an einen sicheren Dienst zur Übermittlung medizinischer Dokumente	25

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Präambel

Mit der Telematikinfrastuktur wird eine technisch sichere Basis geschaffen, mit der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durch die Nutzung von Informations- und Telekommunikationstechnik weiterentwickelt werden können. Diese soll die Grundlage für ein modernes Gesundheitssystem bilden.

Diese Vereinbarung schafft die Finanzierungsgrundlage, um in der vertragsärztlichen Versorgung die Telematikinfrastuktur zu etablieren und damit die Nutzung der gesetzlich vorgesehenen Anwendungen zu ermöglichen.

Gemäß § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V ist eine Vereinbarung zum Ausgleich der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Ärzten und Psychotherapeuten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastuktur sowie der Kosten, die den Ärzten und Psychotherapeuten im laufenden Betrieb der Telematikinfrastuktur entstehen, zu schließen.

Ferner werden die erforderlichen Ausstattungskosten sowie die Kosten im laufenden Betrieb für folgende Fachanwendungen durch diese Vereinbarung geregelt:

- Notfalldatenmanagement (§ 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V)
- elektronischer Medikationsplan (§ 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V)
- das sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 291b Absatz 1e SGB V.

Weiterhin umfasst diese Vereinbarung auch die Erstattung der Kosten und besonderen Aufwände, die den Ärzten durch die Teilnahme an Feldtests und wissenschaftlichen Evaluationen entstehen.

§ 1 Vereinbarungsgegenstand

(1) Diese Vereinbarung regelt die Erstattung der Kosten, die der Vertragsarztpraxis durch die Einführung und den Wirkbetrieb der Telematikinfrastuktur entstehen. Dies umfasst:

- das Versichertenstammdatenmanagement,
- den Basisdienst QES,
- den sicheren Internetzugang sowie
- die Fachanwendung Notfalldatenmanagement,
- die Fachanwendung elektronischer Medikationsplan und
- das sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 291b Absatz 1e SGB V.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass diese Kostenerstattung auch die Anschaffung der in § 2 genannten, durch die gematik zugelassenen Komponenten sowie die in § 3 aufgeführten Finanzierungstatbestände umfasst.

(2) Als Vertragsarztpraxis im Sinne dieser Vereinbarung gelten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V soweit eine eigene Betriebsstättennummer nach der Richtlinie der KBV nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern vergeben wurde. Als Vertragsarztpraxis gelten auch

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

die Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Absatz 1c Satz 1 SGB V sowie die Notfalldienstpraxen nach § 75 Absatz 1b SGB V.

- (3) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die im Rahmen dieser Vereinbarung finanzierte Ausstattung für weitere Anwendungen genutzt wird. Sofern die Einführung weiterer Anwendungen der Telematikinfrastruktur einen Austausch, eine Anpassung oder eine Ergänzung bereits finanzierter Ausstattung erfordert, ist über die damit verbundenen Kosten und die Kostenübernahme gesondert zu verhandeln. Die Vertragspartner sind sich einig, dass davon unberührt für die in § 291a Absatz 3 Satz 1 SGB V und § 291 Absatz 2b Satz 1 SGB V benannten Anwendungen kein über diese Vereinbarung hinausgehender Anspruch auf Ausstattung und Finanzierung von stationären und mobilen Kartenterminals besteht.
- (4) Vertragsärzte, die gleichzeitig über eine vertragszahnärztliche Zulassung verfügen, rechnen nach den Regelungen der vertragszahnärztlichen Versorgung ab.
- (5) Die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte und Einrichtungen, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllen, rechnen ab dem 1. Januar 2019 nach den Regelungen der Vereinbarung „zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung und des Betriebs der Telematikinfrastruktur gem. §291a Abs. 7a SGB V“ zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ab.

Dieses sind:

- Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1-3 SGB V
- psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V
- sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V
- medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V
- Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V
- Leistungsbereiche des ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115 b SGB V
- Ermächtigungsambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte (§ 116 SGB V, § 4 Abs. 1 BMV-Ä, §§ 31, 31a Abs. 1 Ärzte-ZV)
- Notfallambulanzen gem. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 2 Abs. 2 Ziff. 4 BMV-Ä
- Einrichtungen zur Erbringung von ambulanten Leistungen bei Unterversorgung nach § 116a SGB V

Oben genannte Einrichtungen, die sich vor dem 1. Januar 2019 bereits mit den erforderlichen Komponenten gemäß § 2 Abs. 1 ausgestattet haben und Anspruch auf die Auszahlung der Erstausstattungs pauschalen gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung erwirkt haben, erhalten die Betriebskostenpauschalen gemäß Anlage 2 bis zum 31. Dezember 2020.

- (6) Die KBV teilt dem GKV-Spitzenverband einmalig bis zum 30. Juni 2019 die gem. § 1 Abs. 5 bis zum 31. März 2019 ausgestatteten Einrichtungen mit. Diese Mitteilung beinhaltet folgende Angaben:
 - Organisationsform der Einrichtung
 - Betriebsstättennummer
 - Name der Institution nebst Anschrift
 - Tag des ersten VS DM-Abgleichs

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

- Anzahl der Komponenten (Konnektoren, Kartenterminals, mobile Kartenterminals, SMC-B, HBA)

§ 2 Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 1 Absatz 1 für die Vertragsarztpraxis folgende Komponenten notwendig sind
 - a. Online-Anbindung an die zentrale Telematikinfrastruktur mittels VPN-Zugangsdienst,
 - b. Konnektor mit nachrüstbarer QES-Funktion sowie den nachrüstbaren Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan, inklusive zugehöriger gSMC-K Smartcard,
 - c. Stationäre eHealth-Kartenterminals, inklusive zugehöriger gSMC-KT Smartcards und ggf. Switch-Funktionalität,
 - d. SMC-B Smartcard (Praxisausweis),
 - e. Mobiles Kartenterminal, inklusive zugehöriger SMC-B Smartcard,
 - f. HBA Smartcard,sofern Ansprüche gemäß § 6 i. V. m. der Anlage 2 und ggf. zuzüglich der Anlage 5 dieser Vereinbarung bestehen.
- (2) Sofern in Vertragsarztpraxen die Anforderungen der gematik an die spezifizierten Leistungsdaten der SMC-B nicht erfüllt werden, verhandeln die Vertragspartner ergänzend zu den in Absatz 1 genannten Komponenten eine Ersatzlösung (z. B. HSM-B oder eine andere technische Lösung).
- (3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass zur Herstellung der Funktionsfähigkeit der Komponenten nach Absatz 1 Aufwendungen/Kosten
 - a. für die Installation der Komponenten nach Absatz 1 sowie die Schulungen bzw. Einweisungen in der Vertragsarztpraxis,
 - b. für die Ausfallzeiten der Vertragsarztpraxis aufgrund der Einrichtung der Komponenten und Schulungen bzw. Einweisungen nach Absatz 3 lit. a. und c.,
 - c. für die Implementierung, insbesondere der Konnektor-Funktionen ggf. erweitert um die Funktionalitäten Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan, in das Praxisverwaltungssystem und
 - d. für die patientenbezogene Herstellung der Funktionsfähigkeit der Komponenten nach Absatz 1 und den Online-Abgleich der Versichertenstammdaten gemäß § 291 Absatz 2b Satz 3 SGB V und § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V, das Notfalldatenmanagement gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V und des elektronischen Medikationsplans gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB Ventstehen.
- (4) Die Erstattung der Kosten nach den Absätzen 1 und 3 erfolgt gemäß § 6 i. V. m. der Anlage 2 ggf. zuzüglich der Anlage 5.

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

§ 3 Betriebskosten

- (1) Die Kosten, die der Vertragsarztpraxis im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur mit den Komponenten nach § 2 Absatz 1 in der Vertragsarztpraxis entstehen (Betriebskosten), umfassen:
 - a. Zugang zur Telematikinfrastruktur mittels VPN-Zugangsdienst,
 - b. Betrieb des Konnektors, inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-K,
 - c. Betrieb der stationären eHealth-Kartenterminals, inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-KT Smartcards,
 - d. Betrieb der mobilen Kartenterminals, inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration,
 - e. sofern vorhanden, Erhalt der Funktionsfähigkeit des HSM-B oder der jeweiligen technischen Lösung,
 - f. Erhalt der Funktionsfähigkeit der SMC-B-Smartcards,
 - g. Erhalt der Funktionsfähigkeit der HBA-Smartcards.
- (2) Die Erstattung der Kosten nach Absatz 1 erfolgt gemäß § 7 i. V. m. der Anlage 2 ggf. zuzüglich der Anlage 5 dieser Vereinbarung.

§ 4 Dienstleister

- (1) Für die Anbindung der Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur kann die Vertragsarztpraxis professionelle endnutzernahe Dienstleister beauftragen.
- (2) Alternativ hat jede Vertragsarztpraxis die Möglichkeit, statt der Beauftragung eines endnutzernahen Dienstleisters nach Absatz 1, die Komponenten und Dienstleistungen gemäß § 2 und § 3 dieser Vereinbarung selbst zu beschaffen. In diesem Fall ist die Vertragsarztpraxis für die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Komponenten verantwortlich.

§ 5 Abrechnungsbedingungen

- (1) Die Kostenerstattungen nach dieser Vereinbarung erfolgen aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen.
- (2) Anspruch auf die Erstattung der Kosten für die erforderliche Ausstattung gemäß § 2 und der für die Nutzung der Telematikinfrastruktur relevanten Betriebskosten gemäß § 3 hat jede Vertragsarztpraxis, solange sie an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und die gesetzlich vorgeschriebene Anwendung gemäß § 291 Absatz 2b Satz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte nutzt. Ab Betriebsbereitschaft der Komponenten besteht Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Fachanwendung elektronischer Medikationsplan und/oder Notfalldatenmanagement, sofern die Vertragsarztpraxis diese Leistungen für die Versicherten vorhält. Die Vertragsarztpraxis erhält entsprechend dem geltend gemachten Ausstattungsanspruch Pauschalen gemäß der Anlage 2 ggf. zuzüglich der Anlagen 5 und ggf. 6 dieser Vereinbarung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 295 Absatz 4 SGB V. Der Anspruch auf Zahlung der

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Pauschalen kann ausschließlich über die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung geltend gemacht werden. Die Abrechnung der Kosten ist in den §§ 6, 6a und 7 geregelt. Der Abrechnungsweg ist in den §§ 8, 8a und 9 geregelt.

- (2a) Jede Vertragsarztpraxis gemäß § 1 Absatz 2 dieser Vereinbarung hat abweichend von den Regelungen in Absatz 2 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Ausstattung und den laufenden Betrieb im Rahmen der Nutzung eines sicheren Verfahrens zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß den Regelungen der Anlage 8. Vertragsärzte auf die die Regelungen gemäß § 1 Absatz 4 und Absatz 5 dieser Vereinbarung zutreffen, haben keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten nach Satz 1. Der Abrechnungsweg ist in § 9 geregelt.
- (3) Die Abwicklung der Finanzierung erfolgt bei KV-übergreifenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die jeweilige zuständige Kassenärztliche Vereinigung.
- (4) Sofern für die Umsätze aus dieser Vereinbarung eine Umsatzsteuerpflicht durch eine finanzgerichtliche Entscheidung festgestellt wird, erhöhen sich für die betroffenen Vertragsarztpraxen die Pauschalen gemäß der Anlage 2 und/oder Anlage 5 und/oder ggf. Anlage 6 und/oder Anlage 8 entsprechend, sofern die Umsatzsteuerpflicht nicht durch eine Vorsteuerabzugsberechtigung der betroffenen Vertragsarztpraxis ausgeglichen werden kann.

§ 6 Abrechnung der Pauschalen für die erforderliche Ausstattung

- (1) Die Kosten der Ausstattung der Vertragsarztpraxis gemäß § 2 Absatz 1 lit. b., c. und e. werden durch Zahlung einer einmaligen Erstausstattungs pauschale gemäß den Anlagen 1 und 2 sowie bei Update des Konnektors auf die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan auch durch Zahlung der Pauschalen gemäß der Anlage 5 dieser Vereinbarung erstattet. Der Umfang der Ausstattung, für die ein Anspruch auf Erstattung der Kosten besteht, ist abhängig von der Anzahl der Vertragsärzte sowie der Anzahl der Betriebsstättenfälle gemäß § 21 Absatz 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt in der Vertragsarztpraxis entsprechend der Staffelung gemäß der Anlage 1 dieser Vereinbarung. Sofern durch Änderungen der Anzahl der Vertragsärzte in der Vertragsarztpraxis der Anspruch auf Erstattung zusätzlicher Komponenten entsteht, wird die Differenz der bereits erstatteten Pauschalen zu den Pauschalen des zusätzlichen Erstattungsanspruchs entsprechend der Anlage 2 dieser Vereinbarung vergütet.
- a. Als Betriebsstättenfall mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt zählen die Betriebsstättenfälle, in denen mindestens eine der Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01320, 01321, 03000, 03030, 04000, 04030, 05210 bis 05212, 06210 bis 06212, 07210 bis 07212, 08210 bis 08212, 09210 bis 09212, 10210 bis 10212, 11210 bis 11212, 12210, 13210 bis 13212, 13290 bis 13292, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13640 bis 13642, 13690 bis 13692, 14210 bis 14211, 15210 bis 15212, 16210 bis 16212, 17210, 18210 bis 18212, 19210, 20210 bis 20212, 21210 bis 21215, 22210 bis 22212, 23210 bis 23214, 24210 bis 24212, 25210, 25211, 25214, 26210 bis 26212, 27210 bis 27212, 30700 abgerechnet wurde.

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

- (2) Ein Anspruch auf Erstattung eines/von mobilen Kartenterminals gemäß § 2 Absatz 1 lit. e. durch Zahlung einer einmaligen Pauschale je mobilem Kartenterminal entsteht:
- a. je Vertragsarzt mit einem Tätigkeitsumfang von mindestens 0,5 gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid, der im Vorquartal und/oder im aktuellen Quartal nachweislich mindestens drei Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01418, 01721 und 05230 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes durchgeführt und abgerechnet hat oder den Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Absatz 1 SGB V, welcher den Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) entspricht, nachweist
- und
- b. je ausgelagerter Praxisstätte, die bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung angezeigt ist.
- (3) Die Kosten gemäß § 2 Absatz 1 lit. a. und Absatz 3 werden durch Zahlung einer einmaligen Pauschale je Vertragsarztpraxis gemäß der Anlage 2 sowie bei Update auf die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan auch durch Zahlung der Pauschalen gemäß der Anlage 5 dieser Vereinbarung erstattet.
- (4) Der Anspruch auf Zahlung der Pauschalen nach den Absätzen 1 bis 3 entsteht in dem Quartal der erstmaligen Nutzung der Anwendung gemäß § 291 Absatz 2b Satz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte sowie bei Update auf die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und/oder elektronischer Medikationsplan ab dem Zeitpunkt der Betriebsbereitschaft.
- (5) unbesetzt
- (6) Soweit die Komponenten gemäß § 2 in der Vertragsarztpraxis bereits verfügbar sind oder weiter genutzt werden können, entfällt der Anspruch gemäß den Absätzen 1 bis 4. Vertragsarztpraxen, die sich im Rahmen eines Feldtests mit Konnektoren mit den Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan ausgestattet haben, haben Anspruch auf die Finanzierung eines Updates gemäß der Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 sofern die Komponenten aus dem Feldtest zum Ende des Feldtests keine nebenbestimmungsfreie Wirkbetriebszulassung erhalten haben oder spätestens sechs Monate nach Ende des Feldtests keine solche erhalten.
- (7) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung prüft die Anspruchsberechtigung der Vertragsarztpraxis gemäß dieser Vereinbarung.
- (8) Die Kosten, die im Zusammenhang mit der Ausstattung für das sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 291b Absatz 1e SGB V und der Versendung des eArztbriefes entstehen werden nach den Regelungen der Anlage 8 § 2 Absatz 2 erstattet. Absatz 7 gilt entsprechend.

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

§ 6a Abrechnung der Pauschalen nach Anlage 6

Im Zusammenhang mit der Wirkbetriebszulassung der Konnektoren mit den Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan nach den Vorgaben der gematik, werden sogenannte Feldtests durchgeführt. Vertragspraxen, die an einem Feldtest teilnehmen, können die entsprechenden Pauschalen der Anlage 6 abrechnen. Mit der Teilnahme an einem Feldtest ist die Teilnahme an der feldtestbegleitenden wissenschaftlichen Evaluation verbunden.

§ 7 Abrechnung der Betriebskosten

- (1) Die Betriebskosten der Vertragsarztpraxis gemäß § 3 Absatz 1 lit. a. bis e. werden durch Zahlung einer Betriebskostenpauschale gemäß der Anlage 2 ggf. zuzüglich des Zuschlags der Anlage 5 dieser Vereinbarung quartalsweise erstattet.
- (2) Die Betriebskosten der Vertragsarztpraxis gemäß § 3 Absatz 1 lit. f. werden durch Zahlung einer Betriebskostenpauschale gemäß der Anlage 2 dieser Vereinbarung quartalsweise je SMC-B-Smartcard gemäß § 2 Absatz 1 lit. d. und e. erstattet.
- (3) Die Betriebskosten der Vertragsarztpraxis gemäß § 3 Absatz 1 lit. g. werden durch Zahlung einer Betriebskostenpauschale gemäß der Anlage 2 dieser Vereinbarung quartalsweise je HBA-Smartcard erstattet.
- (4) Ein Anspruch auf Zahlung der Betriebskostenpauschalen nach Absatz 1 bis 3 besteht ab dem Quartal der erstmaligen Nutzung der Anwendung gemäß § 291 Absatz 2b Satz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte. Der Anspruch endet im Quartal der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Vertragsarztpraxis.
- (5) Die Pauschalen nach den Absätzen 1 bis 3 reduzieren sich im ersten Quartal der Nutzung um ein Drittel für jeden vollen Monat, in dem die Anwendung gemäß § 291 Abs. 2b Satz 1 SGB V noch nicht genutzt wurde. Hiervon ausgenommen sind die Zuschläge zu der Betriebskostenpauschalen im Zusammenhang mit den Updates auf Fachanwendungen gemäß der Anlage 5.
- (6) Die Betriebskosten, die im Zusammenhang mit der Nutzung des sicheren Verfahrens zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 291b Absatz 1e SGB V und der Versendung des eArztbriefes entstehen werden nach den Regelungen der Anlage 8 § 2 Absatz 1 erstattet.

§ 8 Abrechnungsprozess für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2018

- (1) Die KBV errechnet auf Grundlage der von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldeten
 - Anzahl der Vertragsarztpraxen in ihrem KV-Bezirk gemäß der Staffelung der Anlage 1 zum Stichtag 31. März 2017 und
 - Anzahl der Vertragsärzte und der ausgelagerten Praxisstätten in ihrem KV-Bezirk mit Anspruch auf ein mobiles Kartenterminal gemäß § 6 Absatz 2 i. V. m. der Anlage 2 quartalsweise

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

den anzunehmenden Finanzierungsbedarf für die Erstausrüstung i. V. m. § 6 je Kassenärztlicher Vereinigung für den Zeitraum vom 1. Juli 2017 bis zum 31. Dezember 2018 sowie die anzunehmenden Betriebskosten i. V. m. § 7 für den Zeitraum vom 1. Juli 2017 bis zum 31. Dezember 2018.

Die anzunehmenden Betriebskosten werden für das 3. Quartal 2017 bis zum 4. Quartal 2018 für das jeweils erste Quartal der Nutzung um den Faktor 0,5 i. S. d. § 7 Absatz 4 gekürzt.

Hierfür wird von einem Ausstattungsgrad von

- 15 Prozent für das 3. Quartal 2017
- 30 Prozent für das 4. Quartal 2017
- 30 Prozent für das 1. Quartal 2018
- 53 Prozent für das 2. Quartal 2018
- 76 Prozent für das 3. Quartal 2018 und
- 100 Prozent ab dem 4. Quartal 2018

ausgegangen.

- (2) Die detaillierte Zusammenstellung der Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen des anzunehmenden Finanzierungsbedarfs sowie der anzunehmenden Betriebskosten werden dem GKV-Spitzenverband von der KBV mit der Rechnungsstellung nach Absatz 3 übermittelt.
- (3) Der GKV-Spitzenverband leistet nach Rechnungsstellung durch die KBV bis zum 30. September 2017 Abschlagszahlungen in Höhe des anzunehmenden Finanzierungsbedarfes und der anzunehmenden Betriebskosten für das 3. und 4. Quartal 2017 nach Absatz 1.

Die Rechnungsstellung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband für das 1. bis 4. Quartal 2018 erfolgt bis zum 28. Februar 2018. Der GKV-Spitzenverband leistet nach Rechnungsstellung Abschlagszahlungen in Höhe des anzunehmenden Finanzierungsbedarfes und der anzunehmenden Betriebskosten nach Absatz 1 für das

- 1. und 2. Quartal 2018 bis zum 15. Mai 2018,
 - 3. Quartal 2018 bis zum 15. August 2018,
 - 4. Quartal 2018 bis zum 15. Februar 2019.
- (4) Die KBV leistet in Abhängigkeit der vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Zahlungen, spätestens 10 Werkzeuge nach Zahlungseingang, Zahlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend dem Anspruch gemäß Absatz 1.
 - (5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen melden der KBV bis zum 31. Januar 2019 die Anzahl der im Zeitraum 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2018 quartalsweise tatsächlich an die Vertragsarztpraxen ausgezahlten Pauschalen gemäß der Anlagen 2, 5 und 6 sowie das insgesamt ausgezahlte Finanzvolumen.
 - (6) Die KBV teilt dem GKV-Spitzenverband bis zum 28. Februar 2019 die Differenz der vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen für das 3. Quartal 2017 bis 3. Quartal 2018 gemäß Absatz 3 und der gemäß Absatz 5 gemeldeten Beträge mit. Dies erfolgt mittels einer detaillierten Aufstellung je Kassenärztlicher Vereinigung anhand der in den Anlagen 2, 5 und 6 dargestellten Pauschalen.
 - Sofern die Summe aller Abschlagszahlungen des GKV-Spitzenverbandes die Gesamtforderungen aller Kassenärztlichen Vereinigungen überschreitet,

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

erfolgt bis zum 30. April 2019 eine Zahlung in Höhe der Überschreitung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband.

- Sofern die Summe aller Abschlagszahlungen des GKV-Spitzenverbandes die Gesamtforderungen aller Kassenärztlichen Vereinigungen unterschreitet, erfolgt bis zum 30. April 2019 eine Zahlung in Höhe der Unterschreitung durch den GKV-Spitzenverband an die KBV.

Die Differenzbeträge werden zwischen der KBV und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ausgeglichen.

- (6a) Für die geleisteten Abschlagszahlungen des 4. Quartals 2018 gilt § 9 Absatz 6 bis 8 entsprechend.
- (7) Die zahlungsbegründenden Unterlagen sind stichprobenhaft zu prüfen. Die Details regelt die Anlage 4.

§ 8a Abrechnungsprozess für die Förderung der Teilnahme an einem Feldtest nach Anlage 6

- (1) Spätestens zwei Wochen nachdem die gematik die Parteien über den Eingang eines Zulassungsantrages eines Konnektorherstellers informiert hat, stellt die KBV dem GKV-Spitzenverband für den Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eine Rechnung auf Basis der sich aus der Anzahl der Teilnehmer des Feldtests und den Förderpauschalen der Anlage 6 ergebenden Beträge.
- (2) Der GKV-Spitzenverband zahlt diese Beträge nach Prüfung im Rahmen der quartalsweisen Abschlagszahlungen zu den in § 9 Absatz 4 benannten Zeitpunkten an die KBV aus. Eine Auszahlung im jeweiligen Quartal setzt voraus, dass die Rechnung der KBV dem GKV-Spitzenverband spätestens zum Beginn des jeweiligen Quartals (erster Tag des ersten Monats im Quartal) zugegangen ist.
- (3) Die KBV leitet die nach Absatz 2 vom GKV-Spitzenverband überwiesenen Beträge spätestens 2 Wochen nach Zahlungseingang an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung weiter.
- (4) § 8 Absatz 6 und § 9 Absatz 7 gelten entsprechend.

§ 9 Abrechnungsprozess für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2019

- (1) Der GKV-Spitzenverband leistet für das Kalenderjahr 2019 nach Rechnungsstellung quartalsweise Abschlagszahlungen in Höhe der anzunehmenden Betriebskosten des 1. Quartals 2019 nach § 8 Absatz 1 zuzüglich 1,25 Prozent des Finanzierungsbedarfes (3. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018) für die Erstausrüstung nach § 8 Absatz 1 (ohne Berücksichtigung der Betriebskosten) zur Abdeckung/Finanzierung kostenrelevanter Praxisveränderungen sowie der Ausstattung von Neupraxen. Für die Finanzierung der Aufwendungen/Kosten für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan erhöhen sich die Abschlagszahlungen nach Satz 1. Die Erhöhung der Abschlagszahlungen nach Satz 1 wird zu Beginn des ersten Feldtestes zwischen den Vertragspartnern festgelegt.
- (2) Die Höhe der quartalsweisen Abschlagszahlungen für die Kalenderjahre ab dem Jahr 2020 stimmen die Vertragspartner bis spätestens zum 31. Oktober des jewei-

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

ligen Vorjahres, erstmals zum 31. Oktober 2019, ab. Sofern unterjährig Anpassungen oder Erweiterungen an den Finanzierungsregelungen in dieser Vereinbarung vorgenommen werden, stimmen sich die Vertragspartner über eine ggf. notwendige Anpassung der Abschlagszahlungen nach Satz 1 ab.

- (3) Die Rechnungsstellung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband erfolgt für die Abschlagszahlungen des abzurechnenden Kalenderjahres bis spätestens zum 30. November des jeweils vorherigen Kalenderjahres.
- (4) Die Abschlagszahlungen sind vom GKV-Spitzenverband
 - für das 1. Quartal bis zum 15. Februar des aktuellen Kalenderjahres,
 - für das 2. Quartal bis zum 15. Mai des aktuellen Kalenderjahres,
 - für das 3. Quartal bis zum 15. August des aktuellen Kalenderjahres und
 - für das 4. Quartal bis zum 15. November des aktuellen Kalenderjahres an die KBV zu leisten.
- (5) Die KBV leitet die vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Zahlungen
 - für das 1. Quartal bis zum 28. Februar des aktuellen Kalenderjahres,
 - für das 2. Quartal bis zum 31. Mai des aktuellen Kalenderjahres,
 - für das 3. Quartal bis zum 31. August des aktuellen Kalenderjahres und
 - für das 4. Quartal bis zum 30. November des aktuellen Kalenderjahres an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter.
- (6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen der KBV bis zum 31. Januar eines Kalenderjahres, erstmals zum 31. Januar 2020, die Anzahl und das damit verbundene ausgezahlte Finanzvolumen der im vorherigen Kalenderjahr tatsächlich an die Vertragsarztpraxen ausgezahlten
 - Pauschalen gemäß der Anlagen 2 und 5 mit dem jeweiligen Bezugsquartal (Quartal in dem der Anspruch entstanden ist),
 - Erstattungen kostenrelevanter Praxisveränderungen und
 - Erstattungen gemäß Anlage 6,
 - Erstattungen gemäß Anlage 8 § 2 Absätze 1 und 2,sowie das insgesamt ausgezahlte Finanzvolumen mit.
- (7) Die KBV teilt dem GKV-Spitzenverband bis zum 20. Februar eines Kalenderjahres erstmals zum 20. Februar 2020 die Differenz der vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen gemäß Absatz 1 bzw. ab dem 20. Februar 2021 gemäß Absatz 2 und der gemäß Absatz 6 gemeldeten insgesamt ausgezahlten Finanzvolumina mit. Die Meldung nach Satz 1 erfolgt gemäß den detaillierten Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 6. Bei der Ermittlung der Differenz nach Satz 1 für das Kalenderjahr 2019 sind zusätzlich die vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen für das 4. Quartal 2018 sowie die Abschlagszahlung gemäß § 9a zu berücksichtigen.
 - Sofern die Summe aller quartalsweisen Abschlagszahlungen die Gesamtforderungen aller Kassenärztlichen Vereinigungen überschreitet, erfolgt bis zum 30. April eines Kalenderjahres, erstmals zum 30. April 2020, eine Zahlung in Höhe der Überschreitung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband.
 - Sofern die Summe aller quartalsweisen Abschlagszahlungen die Gesamtforderungen aller Kassenärztlichen Vereinigungen unterschreitet, erfolgt bis

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

zum 30. April eines Kalenderjahres, erstmals zum 30. April 2020, eine Zahlung in Höhe der Unterschreitung durch den GKV-Spitzenverband an die KBV.

Die Differenzbeträge werden zwischen der KBV und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ausgeglichen.

- (8) Die Regelung gemäß § 8 Absatz 7 gilt entsprechend.
- (9) Abweichend von den Regelungen in Absatz 1 bis 8 erfolgt die Rechnungslegung für die Pauschalen für die Versendung und den Empfang von eArztbriefen gemäß Anlage 8 § 2 Absatz 3 im Formblatt 3, Kontenart 400 - ärztliche Behandlung -, Ebene 6. Die Finanzierung dieser Pauschalen erfolgt auch außerhalb der Gesamtvergütung.

§ 9a Abrechnungsprozess für eine zusätzliche Abschlagszahlung 2019

- (1) Der GKV-Spitzenverband leistet für das Kalenderjahr 2019 nach Rechnungsstellung eine zusätzliche Abschlagszahlung in Höhe der sich aus § 8 Absatz 6 ergebenden Differenz.
- (2) Die Rechnungsstellung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband erfolgt bis spätestens zum 18. April 2019.
- (3) Die Abschlagszahlung ist vom GKV-Spitzenverband bis zum 30. April 2019 an die KBV zu leisten.
- (4) Die Abschlagszahlungen gemäß § 9 Absatz 1 i. V. m. § 9 Absatz 4 für das zweite, dritte und vierte Quartal 2019 entfallen.
- (5) Die KBV leitet die vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleistete Zahlung bis zum 10. Mai 2019 an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter.
- (6) Die Spitzabrechnung erfolgt nach § 9 Absatz 7.
- (7) § 8 Absatz 7 gilt entsprechend.

§ 9b Abrechnungsprozess für eine zusätzliche Abschlagszahlung 2020

- (1) Der GKV-Spitzenverband leistet für das Kalenderjahr 2020 nach Rechnungsstellung eine zusätzliche Abschlagszahlung in Höhe der sich aus § 9 Absatz 7 ergebenden Differenz.
- (2) Die Rechnungsstellung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband erfolgt bis spätestens zum 18. April 2020.
- (3) Die Abschlagszahlung ist vom GKV-Spitzenverband bis zum 30. April 2019 an die KBV zu leisten.
- (4) Die Abschlagszahlungen gemäß § 9 Absatz 1 i. V. m. § 9 Absatz 4 für das zweite, dritte und vierte Quartal 2020 entfallen.
- (5) Die KBV leitet die vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleistete Zahlung bis zum 10. Mai 2020 an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter.
- (6) Die Spitzabrechnung erfolgt nach § 9 Absatz 7.

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

(7) § 8 Absatz 7 gilt entsprechend.

§ 10 Inkrafttreten und Anpassung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2018 in Kraft und gilt bis zum 31. März 2022. Die Vertragspartner sind sich einig, dass spätestens im April 2021 erneute Verhandlungen aufgenommen werden, um die Betriebsbereitschaft der technischen Komponenten zum Anschluss der Vertragsarztpraxen an die Telematikinfrastruktur sicherzustellen.
- (2) Wenn sich neue Erkenntnisse über die Entwicklung der Marktpreise oder andere signifikante Veränderungen ergeben, nehmen die Vertragspartner umgehend Verhandlungen zur Anpassung dieser Vereinbarung auf.
- (3) Sofern sich die Notwendigkeit ergibt, die unter § 2 Absatz 1 genannten Komponenten oder die in § 3 genannten Betriebskosten aufgrund von Änderungen der Anforderungen der Telematikinfrastruktur, insbesondere aufgrund von Änderungen des Datenschutzes oder der Datensicherheit, auszutauschen, zu ändern oder zu ergänzen, sind zur Finanzierung der daraus entstehenden Kosten umgehend Verhandlungen der Vertragspartner aufzunehmen.

§ 11 Kündigung

- (1) Dieser Vertrag kann von der KBV und dem GKV-Spitzenverband insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Monate zum Schluss eines Kalenderjahres. Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief zu erfolgen. Im Fall der Kündigung gelten die Inhalte der gekündigten Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.
- (2) Der die Kündigung aussprechende Vertragspartner hat das Bundesschiedsamt über die Kündigung unverzüglich durch eingeschriebenen Brief zu unterrichten.

§ 12 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll eine Bestimmung gelten, die dem in zulässiger Weise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

Protokollnotiz

1. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die mobilen Szenarien insbesondere für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan, welche momentan durch die gematik spezifiziert werden, aktuell kein Bestandteil dieser Vereinbarung sind. Sobald die hierfür notwendigen Komponenten spezifiziert sind, nehmen die Vertragspartner Verhandlungen über die Finanzierung der daraus entstehenden Kosten auf.
2. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die sich aus § 8 Absatz 6, 1. Spiegelstrich, ergebene Differenz mit der in § 9a geregelten zusätzlichen Abschlagszahlung 2019

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

sowie der in § 8a geregelten Beträge für mögliche Feldtests mit Beginn im Kalenderjahr 2019 aufgerechnet wird. Die in § 8a geregelte Rechnungsstellung entfällt hierdurch für das Kalenderjahr 2019. Durch die Aufrechnung erfolgen keine tatsächlichen Zahlungsflüsse zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband sowie der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen.

3. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass Einrichtungen gemäß § 1 Abs. 5, die ein Vertragsverhältnis zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur vor dem 1. Januar 2019 abgeschlossen haben, aber erst im Jahr 2019 ausgestattet wurden, die Aufwände für Erstausrüstung und Betriebskosten von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bis 31.12.2020 ausgezahlt bekommen.
4. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die sich aus § 9 Absatz 7, 1. Spiegelstrich, ergebene Differenz mit der in § 9b geregelten zusätzlichen Abschlagszahlung 2020 mit Beginn im Kalenderjahr 2020 aufgerechnet wird. Durch die Aufrechnung erfolgen keine tatsächlichen Zahlungsflüsse zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband sowie der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen.

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Anlage 1: Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit

- (1) Die in § 2 Absatz 1 lit. b. bis d. definierte Ausstattung der Vertragsarztpraxis, für die ein Anspruch auf Erstattung gemäß § 6 i. V. m. der Anlage 2 dieser Vereinbarung besteht, ist in Abhängigkeit von der Anzahl Ärzte in der Vertragsarztpraxis wie in der Tabelle des Absatz 2 gestaffelt.
- (2) Für die Ermittlung der Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis ist deren Tätigkeitsumfang gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid (kumuliertes Vollzeitäquivalent) maßgeblich. Maßgeblich ist die Größe der Vertragsarztpraxis am letzten Tag des jeweiligen Quartals.

Komponenten	Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis (kumuliertes Vollzeitäquivalent)		
	<= 3 Ärzte	> 3 bis <= 6 Ärzte	> 6 Ärzte
Konnektor inklusive gSMC-K	1	1	1
Stationäres Kartenterminal, inklusive gSMC-KT	1	2	3
SMC-B (Konnektor)	1	1	1

- (3) Ab dem Quartal, in dem ein Konnektor mit den Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan in der Vertragsarztpraxis betriebsbereit ist, besteht für jede Vertragsarztpraxis, in Abhängigkeit der Anzahl der Betriebsstättenfälle gemäß Absatz 4, Anspruch auf weitere stationäre Kartenterminals, die über den Anspruch aus den Absätzen 1 und 2 hinausgehen.
- (4) Für die Ermittlung der stationären Kartenterminals nach Absatz 3 ist die jeweilige durchschnittliche Anzahl der Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt gemäß § 6 Absatz 1a der Quartale 3 und 4 des Jahres 2016 und der Quartale 1 und 2 des Jahres 2017 maßgeblich. Für Vertragsarztpraxen, die nach dem 31. März 2015 zugelassen wurden, gilt mindestens der Fachgruppendurchschnitt der vorgenannten Quartale.

Anzahl der Betriebsstättenfälle	Anzahl der Kartenterminals (zusätzlich zu den Absätzen 1 und 2)
In Vertragsarztpraxen je angefangene 625 Betriebsstättenfälle	1

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Anlage 2: Pauschalen für die Erstattung der Kosten

- (1) Diese Anlage ist anzuwenden, wenn eine Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur angebunden ist. Sofern eine Anspruchsberechtigung für die Erstattung der Kosten gemäß den Inhalten dieser Vereinbarung besteht, werden der Vertragsarztpraxis von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Pauschalen gemäß Absatz 2 und 3 erstattet.
- (2) Die Höhe der Pauschale für die Erstausrüstung ist abhängig vom Quartal der erstmaligen Nutzung der Anwendung gemäß § 291 Absatz 2b Satz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte und von der Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis. Für die Ermittlung der Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis ist deren Tätigkeitsumfang gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid (kumuliertes Vollzeitäquivalent) maßgeblich. Maßgeblich ist die Größe der Vertragsarztpraxis am letzten Tag des jeweiligen Quartals. Die Anspruchsvoraussetzungen sind insbesondere in § 6 Absatz 1 geregelt.

Die Pauschale für die Erstausrüstung basiert auf einem Konnektorpreis in Höhe von 2.620,00 Euro brutto im 3. Quartal 2017. In den Folgequartalen bis einschließlich dem 4. Quartal 2018 wird ausgehend vom Startpreis nach Satz 5 ein um jeweils 10% reduzierter Konnektorpreis bei der Berechnung der Pauschalen berücksichtigt.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale in Abhängigkeit von			
	Quartal der erstmaligen Nutzung	Anzahl Ärzte in der Vertragsarztpraxis (kumuliertes Vollzeitäquivalent)		
		≤ 3	> 3 bis ≤ 6	> 6
Pauschale für die Erstausrüstung gemäß § 2 Absatz 1 lit. b) bis c) i. V. m. § 6 Absatz 1, einmalig	im 3. Quartal 2017	3.055,00 €	3.490,00 €	3.925,00 €
	im 4. Quartal 2017	2.793,00 €	3.228,00 €	3.663,00 €
	im 1. Quartal 2018	2.557,20 €	2.992,20 €	3.427,20 €
	im 2. Quartal 2018	2.344,98 €	2.779,98 €	3.214,98 €
	im 3. Quartal 2018	2.154,00 €	2.589,00 €	3.024,00 €
	ab 4. Quartal 2018	1.982,00 €	2.417,00 €	2.852,00 €
	ab 1. Quartal 2020	1.549,00 €	2.084,00 €	2.619,00 €

Bis zum 31.12.2019 haben Vertragsarztpraxen mit mehr als 3 Vertragsärzten (kumuliertes Vollzeitäquivalent) zusätzlich zu den vorgenannten Pauschalen Anspruch auf einen einmalig abrechenbaren Komplexitätszuschlag, welcher sich für Vertragsarztpraxen mit mehr als 6 Ärzten (kumuliertes Vollzeitäquivalent) verdoppelt. Dieser Anspruch gilt rückwirkend auch für Praxen, die bereits die Pauschale für die Erstausrüstung gemäß § 2 Absatz 1 lit. b) bis d) i. V. m. § 6 Absatz 1 erhalten haben.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale in Abhängigkeit von der Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis (kumuliertes Vollzeitäquivalent)	
	> 3 bis ≤ 6	> 6
Komplexitätszuschlag, einmalig	230,00 €	460,00 €

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

- (3) Die Höhe der nachfolgenden Pauschalen ist unabhängig von der Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis. Die Anspruchsvoraussetzungen sind insbesondere in § 6 Absatz 2 bis 4 und § 7 Absatz 2 bis 4 geregelt.

Bezeichnung der Pauschale		Höhe der Pauschale
Pauschale für die Betriebskosten gemäß § 3 Absatz 1 lit. a. bis e. i. V. m. § 7 Absatz 1, quartalsweise,	bis einschließlich 2. Quartal 2018	298,00 €
	ab 3. Quartal 2018	248,00 €
Pauschale für die Erstausrüstung mit einem mobilen Kartenterminal gemäß § 2 Absatz 1 lit. e. i. V. m. § 6 Absatz 2, einmalig je mobilem Kartenterminal		350,00 €
Pauschale für die Aufwendungen/Kosten gemäß § 2 Absatz 1 lit. a. und Absatz 3 („TI-Startpauschale“) i. V. m. § 6 Absatz 3, einmalig je Vertragsarztpraxis		900,00 €
Pauschale für die Betriebskosten einer SMC-B Smartcard gemäß § 3 Absatz 1 lit. f. i. V. m. § 7 Absatz 2, quartalsweise je SMC-B-Smartcard		23,25 €
Pauschale für die Betriebskosten einer HBA-Smartcard gemäß § 3 Absatz 1 lit. g. i. V. m. § 7 Absatz 3, quartalsweise je HBA-Smartcard		11,63 €

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Anlage 3: - nicht besetzt -

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Anlage 4: Stichprobenprüfungen

- (1) Die Parteien sind sich darüber einig, dass zahlungsbegründende Unterlagen stichprobenhaft geprüft werden. Hierzu übermittelt die KBV dem GKV-Spitzenverband für die zurückliegende Abrechnungsperiode (Kalenderjahr) eine Aufstellung der ausgestatteten Vertragsarztpraxen gemäß § 1 dieser Vereinbarung in pseudonymisierter Form bis zum 28. Februar des Folgejahres jeweils auf der Grundlage der von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Daten. Die Aufstellung hat zwischen folgenden Fallkonstellationen zu unterscheiden:
- a. in dieser Abrechnungsperiode liegende vollständige Neuausstattung von Vertragsarztpraxen mit über drei Vertragsärzten (kumulierten Vollzeitäquivalent) gemäß Anlage 1 Absatz 2, aufgeteilt nach Vertragsarztpraxen mit drei bis sechs Vertragsärzten und Vertragsarztpraxen mit über sechs Vertragsärzten,
 - b. in dieser Abrechnungsperiode liegende Teilausstattungen (z. B. durch Schaffung der Voraussetzungen für das Notfalldatenmanagement oder den elektronischen Medikationsplan) von Vertragsarztpraxen mit über drei Vertragsärzten (kumuliertes Vollzeitäquivalent) gemäß Anlage 1 Absatz 2, aufgeteilt nach Vertragsarztpraxen mit drei bis sechs Vertragsärzten und Vertragsarztpraxen mit über sechs Vertragsärzten sowie
 - c. in dieser Abrechnungsperiode liegende Vertragsarztpraxen mit Ärzten, die Anspruch auf ein mobiles Kartenterminal haben und die mit mindestens einem mobilen Kartenterminal ausgestattet wurden.
- (2) Der GKV-Spitzenverband wählt bis jeweils zum 31. März eines Jahres – erstmalig zum 31. März 2019 - pro Kassenärztlicher Vereinigung aus jeder Fallkonstellation nach Absatz 1 jeweils einen Fall aus. Die Auswahl der Fälle beschränkt sich in einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die anspruchsberechtigten Vertragsarztpraxen, die einer in Absatz 1 benannten Fallkonstellation zuzuordnen sind. Die KBV übermittelt die Auswahl an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung.
- (3) Zu den gemäß Abs. 2 vom GKV-Spitzenverband ausgewählten Prüffällen hat die KBV bis zum 31. Mai des auf die Abrechnungsperiode folgenden Jahres die von den Kassenärztlichen Vereinigungen für die in Absatz 1 benannten Fallkonstellationen zur Verfügung gestellten Unterlagen an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln:
- zu Absatz 1 lit. a)
- pseudonymisierte Arzt-/Betriebsstättennummer,
 - formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über den Monat der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur,
 - formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über die in der Praxis gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid tätigen Vertragsärzte mit Angabe des Tätigkeitsumfanges zum Zeitpunkt der Ausstattung.
- zu Absatz 1 lit. b)
- pseudonymisierte Arzt-/Betriebsstättennummer,
 - formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über den Monat der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur,

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

- formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über die in der Praxis gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid tätigen Vertragsärzte mit Angabe des Tätigkeitsumfanges zum Zeitpunkt der Ausstattung,
- formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über die durchschnittliche Anzahl der Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt gemäß Anlage 1 Absatz 4 in Clustern:
 - o <= 310 Betriebsstättenfälle
 - o <= 625 Betriebsstättenfälle
 - o <= 935 Betriebsstättenfälle
 - o <= 1250 Betriebsstättenfälle
 - o usw.

zu Absatz 1 lit. c)

- pseudonymisierte Arzt-/Betriebsstättennummer,
 - formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über den Monat der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur,
 - formlose Bestätigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung über mindestens 3 Besuchsfälle je Vertragsarzt mit einem Tätigkeitsumfang von mindestens 0,5 gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid im Vorquartal und/oder im aktuellen Quartal oder formlose Bestätigung über den Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Absatz 1 SGB V, welcher den Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 119b Absatz 2 SGB V entspricht.
- (4) Sofern im Rahmen der Prüfungen Unstimmigkeiten mit der Folge zu hoher Erstattungen festgestellt werden, ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, die Prüfungen auf maximal 50 Vertragsarztpraxen der von der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung zu der betroffenen Fallgruppe nach Absatz 1 übermittelten Fälle auszuweiten. Sollten bei dieser Prüfung weitere Unstimmigkeiten mit der Folge zu hoher Erstattungen festgestellt werden, verständigen sich die Vertragspartner über das weitere Vorgehen.
- (5) Gegebenenfalls festgestellte Überzahlungen sind von der KBV an den GKV-Spitzenverband zurückzuzahlen. Der GKV-Spitzenverband ist zur Aufrechnung berechtigt. Gegebenenfalls zu gering ausgezahlte Pauschalen können von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung über die KBV vom GKV-Spitzenverband nachgefordert werden.

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Anlage 5: Pauschalen für die Erstattung der Kosten für die Nutzung der Telematikinfrastruktur inklusive der Fachanwendungen

- (1) Diese Anlage ist anzuwenden, wenn ein Konnektor vorgehalten und bei Bedarf genutzt wird, der zusätzlich zu den Funktionalitäten des ersten Wirkbetriebs der Telematikinfrastruktur (Versichertenstammdatenmanagement, sicherer Internetzugang und nachrüstbarerem Basisdienst QES) über die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und/oder elektronischer Medikationsplan verfügt. Sofern eine Anspruchsberechtigung für die Erstattung der Kosten gemäß den Inhalten dieser Vereinbarung besteht, werden der Vertragsarztpraxis von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Pauschalen gemäß den Absätzen 2 und 3 erstattet.
- (2) Ergänzend zu den Pauschalen der Anlage 2 dieser Vereinbarung können die folgenden Pauschalen in dem Quartal geltend gemacht werden, in dem die Anwendung gemäß § 291 Absatz 2b Satz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte genutzt wird und mindestens ein Modul für eine Fachanwendung (Notfalldatenmanagement oder elektronischer Medikationsplan) in der Vertragsarztpraxis betriebsbereit ist.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
NFDM/eMP-Pauschale gemäß § 2 Abs. 1 lit. b) i.V.m. § 2 Abs. 3 lit. a) bis d), einmalig je Vertragsarztpraxis	530,00 €
Zuschlag zur Pauschale für die Betriebskosten gemäß Anlage 2 Absatz 3, quartalsweise je Vertragsarztpraxis	4,50 €
Zusatzpauschale NFDM/eMP je angefangene 625 Betriebsstättenfälle gemäß Anlage 1 Absatz 4 (berechnungsfähig vom 01.10.2019 bis 30.09.2020)	60,00 €

- (3) Der Anspruch auf weitere stationäre Kartenterminals für die Nutzung der Fachanwendungen bestimmt sich nach der Anzahl der Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt gemäß Anlage 1 Absatz 4.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
Pauschale je stationärem Kartenterminal	535,00 €

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Anlage 6: Förderung der Teilnahme an einem Feldtest und/oder einer wissenschaftlichen Evaluation

- (1) Im Zusammenhang mit der Wirkbetriebszulassung der Konnektoren mit den Modulen für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan nach den Vorgaben der gematik werden Feldtests durchgeführt. Ab Beginn des Feldtests rechnen die teilnehmenden Vertragsarztpraxen die Pauschalen der Anlage 2 zuzüglich der Anlage 5 ab. Die Teilnahme an einem Feldtest ist unter Angabe der entsprechenden Betriebsstättennummer(n) sowie einer Abschrift des zu Grunde liegenden Vertrages mit dem Konnektorhersteller der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen. Die Anzahl der Vertragsarztpraxen, die an dem Feldtest teilnehmen, ist begrenzt auf die durch die gematik festgelegte Höchstgrenze an Teilnehmern des entsprechenden Feldtests.
- (2) Für den besonderen Aufwand, der durch die Teilnahme an einem Feldtest entsteht, erhalten die teilnehmenden Vertragsarztpraxen bezogen auf die teilnehmende(n) Betriebsstätte(n) eine zusätzliche Förderung. Der besondere Aufwand besteht aus:
- a. Kosten für die Durchführung des Feldtestes inkl. der Beibringung aller dafür benötigten zusätzlichen Komponenten (insbesondere Konnektorupdate, einschließlich Installation und Anpassung des Praxisverwaltungssystems),
 - b. Schulung und Einweisung in die neuen Komponenten und Fachanwendungen sowie den Feldtestablauf,
 - c. Teilnahme an den vorgesehenen Befragungen und Übermittlung von Informationen entsprechend der Auflagen für die Wirkbetriebszulassung bzw. den Feldtest durch die gematik und
 - d. Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluation im Rahmen der Feldtests.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
Hersteller-Förderpauschale Feldtest für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan für die Aufwände des Herstellers des Konnektors (lit. a. und b.), einmalig je Vertragsarztpraxis	10.000 €
Arzt-Förderpauschale Feldtest für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan für die Aufwände in der Vertragsarztpraxis (lit. c. und d.), einmalig je Vertragsarztpraxis	4.500 €

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt nach Vorliegen der Bestätigungen über die Teilnahme an dem Feldtest und der wissenschaftlichen Evaluation.

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Anlage 7: - nicht besetzt -

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)**Anlage 8:****Regelungen über die Erstattung der Kosten zum Anschluss einer Vertragsarztpraxis an einen sicheren Dienst zur Übermittlung medizinischer Dokumente und Übermittlung von eArztbriefen****Präambel**

Diese Anlage trifft Regelungen zur Erstattung der Kosten, die für die Ausstattung sowie für den laufenden Betrieb im Rahmen der Nutzung eines sicheren Verfahrens zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 291b Absatz 1e SGB V (KOM-LE) in Verbindung mit der Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der KBV-Richtlinie elektronischer Brief (eArztbrief) in der jeweils aktuellen Fassung (§ 291f SGB V) entstehen.

Die Vertragspartner stimmen überein, dass die in dieser Anlage geregelten technische Ausstattung für die gerichtete Kommunikation, insbesondere für die Versendung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, in der vertragsärztlichen und sektorübergreifenden Versorgung genutzt wird, sofern keine technischen oder organisatorischen Gründe dagegenstehen.

§ 1 Gegenstand

Zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 291b Absatz 1e SGB V (KOM-LE) inklusive der Übermittlung elektronische Briefe (eArztbrief) sind die folgenden genannten Komponenten in der Vertragsarztpraxis notwendig:

- eHealth-Konnektor mit den Fachanwendungen Notfalldatenmanagement, elektronischer Medikationsplan und der qualifizierten elektronischen Signatur (QES),
- Dienst für die sichere Übermittlung medizinischer Dokumente (KOM-LE), inkl. Aufwände für die Inbetriebnahme sowie den Betrieb inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration,
- Implementierung der notwendigen Funktionalitäten in das Praxisverwaltungssystem sowie den Betrieb inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration.

§ 2 Kostenerstattung

- (1) Jede Vertragsarztpraxis hat gemäß den Regelungen in § 1 Absätze 2, 4 und 5 dieser Vereinbarung Anspruch auf 23,40 Euro pro Quartal.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
KOM-LE-Betriebskostenpauschale je Vertragsarztpraxis, quartalsweise	23,40 Euro

- (2) Sofern die Vertragsarztpraxis die notwendigen Komponenten für die Funktionsfähigkeit des sicheren Dienstes gemäß § 1 Absatz 1 installiert hat, besteht der Anspruch auf eine Einrichtungspauschale. Die Funktionsfähigkeit nach Satz 1 ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
KOM-LE/eArztbrief-Einrichtungspauschale, einmalig je Vertragsarztpraxis	100 Euro

- (3) Für die Übermittlung von eArztbriefen zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sind die Regelungen der Richtlinie elektronischer Brief der KBV in der jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen. Für das Versenden und Empfangen eines solchen eArztbriefes erhalten Ärzte folgende Vergütungen, sofern dadurch jeweils der Versand durch Post-, Boten- oder Kurierdienste sowie per Fax entfällt und daher hierfür nicht zusätzlich Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes abgerechnet werden:

Pauschale	Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
86900	eArztbrief-Versandpauschale, je versendetem eArztbrief	0,28 Euro
86901	eArztbrief-Empfangspauschale, je empfangenen eArztbrief	0,27 Euro

Der gemeinsame Höchstwert für die Pauschalen 86900 und 86901 beträgt je Arzt 23,40 Euro im Quartal. Die Abrechnung erfolgt gemäß § 9 Absatz 9.

Protokollnotizen

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband überprüfen jährlich erstmals zum 30. Juni 2021, den Ausschöpfungsgrad der gemeinsamen Höchstwerte der Pauschalen 86900 und 86901 anhand der vorliegenden Abrechnungsdaten.
2. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Kosten in Höhe von 1.500 Euro für die Vertragsarztpraxen, die an dem Feldtest zur Testung des sicheren Verfahrens zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 291b Absatz 1e SGB V in Verbindung mit der Übermittlung elektronische Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V teilnehmen über die gematik ausgezahlt werden. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Feldtests zur Testung des sicheren Verfahrens zur Übermittlung medizinischer Dokumente spätestens im Jahr 2020 begonnen werden sollten und, dass die Teilnahme an einem solchen Feldtest für jede Vertragsarztpraxis nur einmal möglich sein sollte. Die Vertragspartner wirken darauf hin, dass in der gematik die entsprechenden Beschlüsse dazu gefasst werden.

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

– einerseits –

und

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

– andererseits –

schließen als Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die nachstehende

**Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren
zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V
vom 21. Oktober 2016 in der Fassung vom 27. Juli 2020***

(Anlage 31b BMV-Ä)**Inhaltsverzeichnis**

§ 1 Vertragsgegenstand	3
§ 2 Bestimmungen zum Datenschutz	3
§ 3 Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde	4
§ 4 Anforderungen an den Vertragsarzt.....	4
§ 5 Anforderungen an den Videodienstanbieter.....	4
§ 6 Weiterentwicklung	6
§ 7 Salvatorische Klausel	6
§ 8 Inkrafttreten und Kündigung	6
Protokollnotizen.....	6
Anlage 1: Technische Anforderungen an die apparative Ausstattung der Arztpraxis	8
Anlage 2: Bescheinigung des Videodienstanbieters über die erforderlichen Nachweise gemäß § 5 Absatz 2	9

(Anlage 31b BMV-Ä)**§ 1 Vertragsgegenstand**

- (1) Diese Vereinbarung regelt die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Durchführung von Videosprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit sowie die Anforderungen an die technische Umsetzung. Die Erbringung von Videosprechstunden wird gemäß § 291g SGB V definiert als synchrone Kommunikation zwischen einem Vertragsarzt und einem Patienten über die dem Patienten zur Verfügung stehende technische Ausstattung, ggf. unter Assistenz, z. B. durch eine Bezugsperson, im Sinne einer Online-Videosprechstunde in Echtzeit, die der Vertragsarzt dem Patienten anbieten kann. Als Videodiensteanbieter werden Unternehmen bezeichnet, die Vertragsärzten Dienste zur Durchführung von Videosprechstunden gemäß Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 anbieten.
- (2) Als Videosprechstunde gilt auch die Kommunikation nach Absatz 1 Satz 2, die zwischen einem Vertragsarzt und einem pflegebedürftigen Patienten unter Beteiligung einer Pflegekraft oder mehreren Pflegekräften, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind (z. B. in einer Pflegeeinrichtung oder in der Häuslichkeit des Patienten), durchgeführt wird.
- (3) Für ärztliche Fallkonferenzen und Fallbesprechungen mit anderen Ärzten oder Pflegekräften, die gemäß den Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes als Videofallkonferenz durchgeführt werden können, gelten die Anforderungen an den hierfür zu nutzenden Videodienst nach dieser Vereinbarung entsprechend.

§ 2 Bestimmungen zum Datenschutz

- (1) Der Videodiensteanbieter und der Vertragsarzt haben für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten die rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten, die sich insbesondere aus den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) und – soweit anwendbar – des Zehnten Sozialgesetzbuchs (SGB X) ergeben. Bei der konkreten Umsetzung kann sich der Vertragsarzt an den „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung orientieren.
- (2) Im Hinblick auf die Sicherheit der Verarbeitung der Daten hat der Vertragsarzt in seinen Räumlichkeiten und IT-Systemen zu gewährleisten, dass die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen eingehalten werden.
- (3) Der Videodiensteanbieter ist verantwortlich für die Daten, die bei der Verwendung seines Dienstes verarbeitet werden.
- (4) Die Übertragung der Videosprechstunde soll über eine Peer-to-Peer-Verbindung zwischen Vertragsarzt und Patienten oder der Pflegekraft, ohne Nutzung eines zentralen Servers, erfolgen. Bei einem Abweichen von einem Peer-to-Peer-Verfahren ist der Videodiensteanbieter verpflichtet, durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen ein angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten.
- (5) Der Videodiensteanbieter muss gewährleisten, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem Stand der

(Anlage 31b BMV-Ä)

Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind. Der Stand der Technik ergibt sich insbesondere aus der Technischen Richtlinie 02102 des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik in der jeweils aktuell gültigen Fassung.

- (6) Sämtliche Inhalte der Videosprechstunde dürfen durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden können. Die Metadaten/technischen Verbindungsdaten müssen nach spätestens drei Monaten gelöscht werden und dürfen nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt werden. Die Weitergabe der Daten ist untersagt.
- (7) Die Verarbeitung von Daten auch im Auftrag darf nur im Inland, in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem diesem nach § 35 Absatz 7 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gleichgestellten Staat, oder, sofern ein Angemessenheitsbeschluss gemäß Artikel 45 der Verordnung (EU) 2016/679 vorliegt, in einem Drittstaat erfolgen.

§ 3 Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde

Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde für alle Teilnehmer freiwillig ist. Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden. Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen. Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

§ 4 Anforderungen an den Vertragsarzt

- (1) Die apparative Ausstattung umfasst einen Bildschirm, eine Kamera, ein Mikrofon und einen Lautsprecher. Deren Funktionalitäten können auch vollständig oder teilweise in einem Gerät vereint sein. Die elektronische Datenübertragung sowie der Bildschirm und die Kamera müssen die in Anlage 1 definierten Standards erfüllen und die Kommunikation mit dem Patienten ermöglichen.
- (2) Der Vertragsarzt informiert den Patienten über die Videosprechstunde entsprechend den Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde gemäß § 3 und holt eine Einwilligung des Patienten in die Datenverarbeitung des genutzten Videodienstanbieters ein, die die Anforderungen des Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a i. V. m. Artikel 7 DS-GVO erfüllt.
- (3) Die Videosprechstunde darf nur von einem Vertragsarzt durchgeführt werden.
- (4) Der Vertragsarzt darf für die Videosprechstunde ausschließlich gemäß § 5 zertifizierte Videodienstanbieter nutzen.

§ 5 Anforderungen an den Videodienstanbieter

- (1) Der für die Videosprechstunde genutzte Videodienstanbieter bzw. Videodienst

(Anlage 31b BMV-Ä)

muss neben den Anforderungen des § 2 die folgenden Anforderungen erfüllen:

1. Der Vertragsarzt muss sich für den Videodienst registrieren.
 2. Der Videodienst darf einen Zweitzugang für das Praxispersonal vorhalten. Dieser darf ausschließlich zu organisatorischen Zwecken im Zusammenhang mit der Videosprechstunde genutzt werden. Mit dem Zweitzugang darf keine Videosprechstunde durchgeführt werden.
 3. Patienten und Pflegekräfte müssen den Videodienst nutzen können, ohne sich vorher registrieren zu müssen. Der Klarname des Patienten bzw. der Pflegekräfte soll für den Vertragsarzt erkennbar sein.
 4. Die eingesetzte Software muss bei Schwankungen der Verbindungsqualität bezüglich der Ton- und Bildqualität adaptiv sein.
 5. Die Nutzungsbedingungen müssen vollständig in deutscher Sprache und ohne vorherige Anmeldung online abrufbar sein.
 6. Das Schalten von Werbung im Rahmen der Videosprechstunde ist untersagt.
 7. Der Videodienstanbieter muss eine aktuelle Bescheinigung nach Anlage 2 beim GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung schriftlich vorgelegt haben.
- (2) Der Videodienstanbieter muss gemäß den Buchstaben a) und b) den Nachweis führen, dass er bzw. der angebotene Videodienst die Anforderungen an die Gewährleistung der Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten gemäß § 2 erfüllt. Zudem muss der Videodienstanbieter gemäß Buchstabe c) den Nachweis führen, dass er bzw. der angebotene Videodienst die inhaltlichen Anforderungen gemäß Absatz 1 erfüllt.

Diese Nachweise werden erbracht durch:

a) Informationstechniksicherheit:

1. ein Zertifikat des Bundesamtes für die Sicherheit in der Informationstechnik oder
2. ein Zertifikat einer vom Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik anerkannten Prüfstelle oder
3. ein Zertifikat über die Informationstechniksicherheit von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) für die Ausstellung des Zertifikats akkreditierten Stelle.

b) Datenschutz:

1. ein produktbezogenes Zertifikat, das von einer unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörde vergeben wird oder
2. ein produktbezogenes Zertifikat einer von einer Datenschutzaufsichtsbehörde anerkannten Stelle oder eines entsprechend anerkannten Sachverständigen oder
3. ein produktbezogenes Zertifikat nach EuroPriSe (European Privacy Seal) oder
4. ein produktbezogenes Zertifikat über den Datenschutz von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) für die Ausstellung des Zertifikats akkreditierten Stelle.

(Anlage 31b BMV-Ä)

c) Inhalte:

Der Videodienstanbieter hat durch eine Eigenerklärung gemäß Anlage 2 nachzuweisen, dass der Videodienst die inhaltlichen Anforderungen gemäß § 5 Absatz 1 erfüllt.

- (3) Der Videodienstanbieter muss dem Vertragsarzt zum Vertragsabschluss das Vorliegen der Nachweise nach Absatz 2 über die Ausstellung einer Bescheinigung nach Anlage 2 bestätigen.
- (4) Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung führen auf ihren Webseiten ein Verzeichnis der Videodienstanbieter, die eine Bescheinigung nach Anlage 2 vorgelegt haben. Diese Bescheinigung ist zum Ende der Laufzeit der Nachweise erneut vorzulegen.
- (5) Videodienstanbieter, die dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. September 2020 die Bescheinigung über die Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 2 zur Aufnahme in das Verzeichnis der Videodienstanbieter vorgelegt haben, können ihren Videodienst bis zum Laufzeitende der Nachweise weiter anbieten. Absatz 4 gilt entsprechend.

§ 6 Weiterentwicklung

Sofern sich aus den Erfahrungen mit den Videodiensten nach dieser Vereinbarung der Bedarf zur Anpassung ergibt, nehmen die Vereinbarungspartner die Verhandlungen wieder auf.

§ 7 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll eine Bestimmung gelten, die zulässiger Weise dem am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

§ 8 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Oktober 2016 in Kraft und gilt auf unbestimmte Zeit.
- (2) Vergütungen von Leistungen aufgrund dieser Vereinbarung erfolgen nach den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ab dem 1. Juli 2017.
- (3) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende ordentlich gekündigt werden. Im Fall der Kündigung gelten die Inhalte der gekündigten Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.

Protokollnotizen

1. Die Vertragspartner sind sich einig, diese Vereinbarung im Rahmen der durch Gesetzesvorhaben geplanten Weiterentwicklung der Videosprechstunde und der Videofalkonferenzen und weiterer verwandter Anwendungen kontinuierlich auf

(Anlage 31b BMV-Ä)

Anpassungsbedarf hin zu überprüfen. Sobald sich dieser ergibt, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen zur Anpassung dieser Vereinbarung zum Bundesmantelvertrag-Ärzte auf.

2. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Nachweise gemäß § 5 Absatz 2 dieser Vereinbarung bei ggf. erfolgenden Anpassungen vorerst ihre Gültigkeit behalten und neue Nachweise aufgrund veränderter Anforderungen durch die Videodienstanbieter mit einer Karenzzeit beizubringen sind. Etwaige Karenzzeiten werden zwischen den Vertragspartnern vereinbart.

(Anlage 31b BMV-Ä)

Anlage 1: Technische Anforderungen an die apparative Ausstattung der Arztpraxis

Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass zur Durchführung der Videosprechstunde mindestens folgende Voraussetzungen gegeben sein müssen:

- Kamera
- Bildschirm (Monitor, Display etc.):
 - Bildschirmdiagonale: mindestens 3 Zoll
 - Auflösung: mindestens: 640x480 px
- Bandbreite: Mindestens 2000 kbit/s im Download
- Mikrofon
- Tonwiedergabeeinheit

(Anlage 31b BMV-Ä)**Anlage 2: Bescheinigung des Videodiensteanbieters über die erforderlichen Nachweise gemäß § 5 Absatz 2**

Unser Videodienst _____ erfüllt die Anforderungen nach § 5 Absatz 2 der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte. Wir sind wie folgt erfolgreich überprüft worden:

a) Informationstechniksicherheit:

- Zertifikat des Bundesamtes für die Sicherheit in der Informationstechnik
- Zertifikat einer vom Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik anerkannten Prüfstelle
- Zertifikat über die Informationstechniksicherheit von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditierten Stelle.

Titel und Nummer des Nachweises: _____

Zertifizierende Stelle: _____

Laufzeit des Nachweises: _____

b) Datenschutz:

- Produktbezogenes Zertifikat, das von einer unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörde vergeben wird
- Produktbezogenes Zertifikat einer von einer Datenschutzaufsichtsbehörde anerkannten Stelle oder eines entsprechend anerkannten Sachverständigen
- Produktbezogenes Zertifikat nach EuroPriSe (European Privacy Seal)
- Produktbezogenes Zertifikat über den Datenschutz von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditierten Stelle

Titel und Nummer des Nachweises: _____

Zertifizierende Stelle: _____

Laufzeit des Nachweises: _____

c) Inhalte:

Im nachfolgend aufgeführten Fragenbogen ist durch den Videodiensteanbieter die Erfüllung der Anforderungen nach § 5 Absatz 1 zu erklären. Der Videodiensteanbieter bestätigt die Erfüllung der Anforderungen durch Kennzeichnung in der Spalte „Zutreffend“.

(Anlage 31b BMV-Ä)

Nr.	Anforderung	Zutreffend	Nicht zutreffend
1.	Die Nutzung des Videodienstes erfordert für den Vertragsarzt eine Registrierung.		
2a.	Der Videodienst beinhaltet die Möglichkeit eines Zweitzugangs für das Praxispersonal.		
2b.	<i>Falls zutreffend bei 2a:</i> Der Videodienstanbieter weist das Praxispersonal und den Patienten darauf hin, dass dieser Zweitzugang ausschließlich zu organisatorischen Zwecken im Zusammenhang mit der Videosprechstunde genutzt und mit diesem keine Videosprechstunde durchgeführt werden darf.		
3.	Patienten und Pflegekräfte können den Videodienst nutzen, ohne sich vorher registrieren zu müssen.		
4.	Der Videodienst ist bei Schwankungen der Verbindungsqualität bezüglich der Ton- und Bildqualität adaptiv.		
5.	Die Nutzungsbedingungen für den Videodienst liegen vollständig in deutscher Sprache vor und sind auch ohne vorherige Anmeldung online abrufbar.		
6.	Der Videodienst enthält keine Form von Werbung im Rahmen der Videosprechstunde.		

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Anbieters

Ansprechpartner

Kontaktdaten

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

– einerseits –

und

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

– andererseits –

schließen als Anlage 4b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die nachstehende

**Vereinbarung über die Authentifizierung von Versicherten bei der
ausschließlichen Fernbehandlung**

vom 16.09.2019

(Anlage 4b BMV-Ä)**§ 1 Vertragsgegenstand**

Die nachstehenden Regelungen dienen der Authentifizierung von Versicherten bei der ausschließlichen Fernbehandlung gegenüber dem Arzt sowie der Erhebung der für die Abrechnung und für die Versorgung erforderlichen Versichertendaten durch den Arzt.

§ 2 Übergangsregelung für die Videosprechstunde

- (1) Für die Videosprechstunde nach Anlage 31b BMV-Ä prüft der Arzt bei einer ausschließlichen Fernbehandlung die Identität des Versicherten anhand der per Videotelefonie vorgelegten elektronischen Gesundheitskarte; Punkt 1.2 des Anhangs 1 der Anlage 4a BMV-Ä findet Anwendung. Der Arzt erhebt die in Punkt 2.5 des Anhangs 1 der Anlage 4a BMV-Ä genannten Daten einschließlich der Versichertennummer und nutzt diese für die Abrechnung. Der Versicherte bestätigt mündlich das Bestehen des Versicherungsschutzes. Punkt 1.3. des Anhangs 1 der Anlage 4a BMV-Ä findet keine Anwendung.
- (2) Absatz 1 findet keine Anwendung, wenn der Arzt einen ihm bereits bekannten Versicherten, für den im laufenden Quartal oder im Vorquartal die Prüfung des Leistungsanspruchs nach Nummer 1 des Anhangs 1 zur Anlage 4a erfolgt ist, behandelt und der Versicherte angibt, dass keine Änderung eingetreten ist. In diesem Fall ist der Arzt berechtigt, die für die Übertragung vorgesehenen Versichertenstammdaten auf der Grundlage der Patientendatei zu übernehmen.
- (3) Kann im weiteren Verlauf des Quartals die elektronische Gesundheitskarte verwendet werden, ist die Abrechnung in den Fällen des Absatzes 1 und 2 entsprechend Punkt 2.7 des Anhangs 1 der Anlage 4a BMV-Ä auf Basis von deren Daten zu erstellen.

§ 3 Schlussbestimmungen

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2019 in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres gekündigt werden. Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.
- (2) Die Partner dieser Vereinbarung verpflichten sich, die vereinbarten Vorschriften auf ihre Praktikabilität hin regelmäßig zu überprüfen und erforderlichenfalls einvernehmlich anzupassen.

Protokollnotizen

1. Der GKV-Spitzenverband und die KBV streben an, weitere vertraglichen Grundlagen zu schaffen, um eine verlässliche Authentifizierung bei allen Anwendungsfeldern der ausschließlichen Fernbehandlung zu schaffen. Dies umfasst auch die Prüfung des Versicherungsstatus.
2. Darüber hinaus werden die Vertragspartner eine Lösung vereinbaren, die eine verlässliche und aufwandsarme Übertragung der für die Abrechnung sowie die Verordnung und Veranlassung von Leistungen notwendigen Daten ermöglicht.

(Anlage 4b BMV-Ä)

Berlin, den 16.09.2019

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

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin

**Versorgung i.R. des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch
Mammographie-Screening (Anlage 9.2 BMV-Ä)**

Anhang 13: Organisation und Durchführung von Online-Bildkonferenzen

Werden die multidisziplinären Fallkonferenzen nach § 13 in Form einer Online-Bildkonferenz durchgeführt, müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt werden:

1. Die Verantwortung für die Organisation und Durchführung trägt der Programmverantwortliche Arzt.
2. Die Genehmigung zur Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen in Form von Online-Bildkonferenzen erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung. Der Referenzzentrumsleiter gibt hierzu nach Prüfung der Voraussetzungen nach der Nummer 6 eine Empfehlung ab.
3. Der Programmverantwortliche Arzt hat als Voraussetzung die erfolgreiche Zertifizierung nachzuweisen.
4. Der Programmverantwortliche Arzt hat einem ärztlichen Mitarbeiter des Referenzzentrums die Teilnahme an den Online-Bildkonferenzen zu ermöglichen.
5. Der Programmverantwortliche Arzt hat die Erfüllung der technischen und organisatorischen Voraussetzungen in seinen Räumlichkeiten sicherzustellen. Diese bestimmt die Kooperationsgemeinschaft in Protokollen, die nach Genehmigung durch den Beirat der Kooperationsgemeinschaft veröffentlicht werden.
6. Jeder Teilnehmer, der an einer Online-Bildkonferenz teilnehmen will, muss die Erfüllung der technischen Voraussetzungen in seinen Räumlichkeiten gegenüber dem Programmverantwortlichen Arzt erklären. Diese bestimmt die Kooperationsgemeinschaft in Protokollen, die nach Genehmigung durch den Beirat der Kooperationsgemeinschaft veröffentlicht werden.“

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

– einerseits –

und

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

– andererseits –

schließen aufgrund der Ausbreitung der Infektionen mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Ergänzung der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung – Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 Bundesmantelvertrag – Ärzte) die nachstehenden

Sonderregelungen zur Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund von SARS-CoV-2

vom 23. März 2020*

*in Krafttreten am 23. März 2020 – Gültigkeit bis 30. Juni 2020

(Psychotherapie-Sonderregelungen aufgrund von SARS-CoV-2)

§ 1 Durchführung von Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie über Video

- (1) Abweichend von § 17 Absatz 2 Psychotherapie-Vereinbarung ist vom 23. März 2020 bis zum 30. Juni 2020 der unmittelbare persönliche Kontakt zwischen Therapeutin oder Therapeut und der Versicherten oder dem Versicherten für Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung grundsätzlich erforderlich; Abweichungen von diesem Grundsatz sind für besondere Ausnahmefälle und unter besonderer Beachtung der berufsrechtlichen Sorgfaltspflichten zulässig.
- (2) Abweichend von § 17 Absatz 3 Nummer 1 Psychotherapie-Vereinbarung ist vom 23. März 2020 bis zum 30. Juni 2020 der unmittelbare persönliche Kontakt zwischen Therapeutin oder Therapeut und der Versicherten oder dem Versicherten für Psychotherapeutische Sprechstunden nach § 11 Psychotherapie-Richtlinie nicht erforderlich; Psychotherapeutische Sprechstunden nach § 11 Psychotherapie-Richtlinie können im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden.
- (3) Abweichend von § 17 Absatz 3 Nummer 2 Psychotherapie-Vereinbarung ist vom 23. März 2020 bis zum 30. Juni 2020 der unmittelbare persönliche Kontakt zwischen Therapeutin oder Therapeut und der Versicherten oder dem Versicherten für probatorische Sitzungen nach § 12 Psychotherapie-Richtlinie nicht erforderlich; Probatorische Sitzungen nach § 12 Psychotherapie-Richtlinie können im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden.
- (4) § 17 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung bleibt unberührt; für die Durchführung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde sind die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä zu erfüllen.

§ 2 Umwandlung von Gruppen- in Einzelleistungen

¹In Rahmen einer genehmigten Gruppentherapie oder im Rahmen einer genehmigten Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie können vom 23. März 2020 bis zum 30. Juni 2020 Therapieeinheiten der Gruppentherapie im Verhältnis von 100 Minuten Gruppenbehandlung zu 50 Minuten Einzelbehandlung ohne gesonderte Antragstellung gegenüber der Krankenkasse als Therapieeinheiten der Einzeltherapie durchgeführt und abgerechnet werden. ²Der Krankenkasse ist eine formlose Anzeige zu übersenden. ³Hierbei hat das beantragte Psychotherapieverfahren dem durchgeführten Psychotherapieverfahren in der Einzelbehandlung zu entsprechen.

§ 3 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 23. März 2020 in Kraft; sie tritt mit Wirkung zum 30. Juni 2020 außer Kraft.

§ 4 Kündigung

Eine Kündigung dieser Vereinbarung ist mit einer Frist von 1 Monat jeweils zum Ende eines Monats möglich.

(Psychotherapie-Sonderregelungen aufgrund von SARS-CoV-2)

Protokollnotizen

Die Partner dieser Vereinbarung werden spätestens zum 31. Mai 2020 prüfen, ob eine Verlängerung der Regelungen dieser Vereinbarung erforderlich sind.

Berlin, den 23.03.2020

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

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin

Vereinbarung

zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Stand: 1. Januar 2019

Zwischen

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

und

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung K.d.ö.R., Berlin

wird auf der Grundlage von § 291 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 291a Abs. 1-5a SGB V die nachfolgende Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte als Bestandteil des Bundesmantelvertrages getroffen.

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Vertragsgegenstand	3
§ 2 Vertragsgrundsätze	3
§ 3 Elektronische Gesundheitskarte	3
§ 4 - unbesetzt.....	4
§ 5 - unbesetzt.....	4
§ 6 Ausstattung der Arztpraxen zur Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte	4
§ 7 Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte	4
§ 8 Schlussbestimmungen.....	4
Protokollnotizen	4
Anhang 1 – Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte	6
Anhang 2 – Anlage, Pflege und Löschung des Notfalldatensatzes (NFD) auf der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V ...	9
Anhang 3 – Anlage, Pflege und Löschung des Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V .	12

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)

§ 1 Vertragsgegenstand

Die nachstehenden Regelungen dienen der Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte. Sie dienen ferner der Beschreibung des Inhaltes der elektronischen Gesundheitskarte und regeln deren Verwendung in der Arztpraxis. Die Einzelheiten werden in Anlagen geregelt, die als Bestandteil dieses Vertrages vereinbart werden.

§ 2 Vertragsgrundsätze

- (1) Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nehmen ihre Aufgabe der Einführung und Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte sowie der Schaffung der erforderlichen Telematikinfrastruktur gemäß § 291 a Abs. 7 SGB V durch die Gesellschaft für Telematik (gematik) nach § 291b SGB V wahr, die die Regelungen zur Telematikinfrastruktur trifft sowie deren Aufbau und Betrieb übernimmt.
- (2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereitet in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Ausstattung der Ärzte mit den für die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlichen technischen Komponenten vor.
- (3) Die Partner dieser Vereinbarung werden gemeinsam die erforderlichen Maßnahmen abstimmen und koordinieren, um gegenüber der Öffentlichkeit, den Versicherten und den Ärzten die Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte sicherzustellen.

§ 3 Elektronische Gesundheitskarte

- (1) Die elektronische Gesundheitskarte enthält neben der Unterschrift und einem Lichtbild des Versicherten in einer für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke geeigneten Form, die in § 291 Abs. 2 und 2a i. V. m. § 291a Abs. 2 und 3 SGB V genannten Daten. Die Gestaltung und die technischen Eigenschaften der elektronischen Gesundheitskarte haben den geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen.
- (2) Vor der Erstausgabe der elektronischen Gesundheitskarte an die Versicherten ist jede Krankenkasse verpflichtet, die gematik zu beauftragen, eine Personalisierungsvalidierung gemäß den geltenden gematik-Vorgaben durchzuführen. Diese Verpflichtung gilt auch, wenn die Krankenkasse den Kartenpersonalisierer wechselt.
- (3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt durch entsprechende Zertifizierungsverfahren sicher, dass elektronische Gesundheitskarten, welche die Personalisierungsvalidierung bestanden haben, von den Praxisverwaltungssystemen akzeptiert werden.

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)

§ 4 - unbesetzt

§ 5 - unbesetzt

§ 6 Ausstattung der Arztpraxen zur Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte sind die Ärzte mit der von der gematik geforderten Infrastruktur auszustatten. Die Dokumentation für die technischen Komponenten der Arztpraxis besteht aus mehreren technischen Spezifikationen, ergänzenden Dokumenten und organisatorischen Festlegungen.

Die Spezifikationen beschreiben den Aufbau und die Funktionsweise der Komponenten. Ergänzende Dokumente definieren die in den Spezifikationen beschriebenen Verfahren sowie die Handhabung.

Die zuvor genannten Spezifikationen der elektronischen Gesundheitskarte sind in der jeweils gültigen Fassung (unter www.gematik.de) Bestandteil dieses Vertrages.

§ 7 Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Das Nähere der Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte wird in Anhang 1 zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 8 Schlussbestimmungen

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2013 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte vom 22.04.2008 außer Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.
- (2) Die Partner dieser Vereinbarung verpflichten sich, die vereinbarten Vorschriften auf ihre Praktikabilität hin regelmäßig zu überprüfen und erforderlichenfalls einvernehmlich anzupassen. Im Zusammenhang mit der beabsichtigten Ausweitung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur, insbesondere um weitere Anwendungen nach § 291a SGB V, verpflichten sich die Vertragspartner kontinuierlich für weitere Anwendungen Regelungen unter Berücksichtigung einer ausreichenden Vorlaufzeit für die Umsetzung zeitnah zu vereinbaren.
- (3) Bevor Beschlüsse zur Verschiebung von Teilen der Versichertenstammdaten in den geschützten Bereich der eGK festgelegt werden, treffen die Vertragspartner, falls erforderlich, zeitlich befristete Übergangsregelungen vor dem Hintergrund der Ausstattungsquote der onlinefähigen TI-Komponenten in den Arztpraxen.

Protokollnotizen

1. Bei den Anpassungen zum nächsten Schema der Versichertenstammdaten (VSD) in der gematik stellen die Vertragspartner sicher, dass die Felder „Besondere Personengruppe“ und „DMP-Kennzeichen“ immer zweistellig im VSD vorhanden sind. Dies bedeutet, dass die einstelligen Werte der Felder mit führender „0“ aufgefüllt werden, sowie dass in Fällen ohne DMP-Kennzeichnung und/oder ohne Besondere Personengruppe der Wert „00“ hinterlegt wird. Bereits ausgegebene elektronische Gesundheitskarten, die auf anderen Schemaversionen basieren, werden aus diesem Grund nicht ausgetauscht, aber ggf.

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)

auf die neue Schemaversion aktualisiert, sofern eine Aktualisierung aus einem fachlichen Grund (z. B. Namens- oder Anschriftenänderung) erforderlich ist.

2. Zum 01.07.2018 werden die o. g. Felder bereits in den Praxisverwaltungssystemen (PVS) gemäß der Vorgaben in Nummer 1 in zweistellige Felder transformiert, in allen weiterverarbeitenden Prozessen berücksichtigt und auch in den Abrechnungsdaten an die Krankenkassen übertragen.
3. Die Krankenkassen verzichten aufgrund der Anpassung der Regelungen zur Bedruckung des Statusfeldes zum 01.07.2018 bei Bedruckungsfehlern in diesem Feld auf Maßnahmen zulasten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, der KVen oder der KBV sowie auf die Durchführung von außerordentlichen Kontrollprüfungen in Bezug auf das Statusfeld im Zeitraum 01.07.2018 bis 30.09.2018.

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)

Anhang 1 – Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte**1. Prüfung des Leistungsanspruchs des Versicherten gegenüber der Krankenkasse und Aktualisierung der Versichertenstammdaten**

- 1.1. Der Versicherte ist verpflichtet, bei jedem Arztbesuch die elektronische Gesundheitskarte vorzulegen.
- 1.2. Der Arzt ist verpflichtet, die Identität des Versicherten zu prüfen.
Die Identität des Versicherten ist anhand der auf der elektronischen Gesundheitskarte aufgetragenen Identitätsdaten (Lichtbild (soweit vorhanden), Unterschrift, Name, Vorname, Geburtsdatum) zu prüfen.
- 1.3. Von dem Zeitpunkt an, ab dem alle notwendigen technischen Komponenten in der Arztpraxis installiert sind, erfolgt die Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkasse des Versicherten durch Nutzung der Dienste nach § 291 Abs. 2b SGB V. § 291 Abs. 2b Satz 14 und 15 bleiben hiervon unberührt.
- 1.4. Werden dem Arzt im Rahmen der Nutzung der Dienste nach § 291 Abs. 2b SGB V geänderte Versichertenstammdaten bereitgestellt, nimmt er eine Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte vor und übernimmt diese anschließend in sein Praxisverwaltungssystem.
- 1.5. 1.4 gilt nicht, sofern die übernommenen Daten nicht den Felddefinitionen und Ausprägungen in Nummer 2.2.1 der Technischen Anlage dieser Vereinbarung der jeweils gültigen Fassung(en) entsprechen. In diesen Fällen sind die Daten nach 2.5 für die Abrechnung zu verwenden.

2. Nichtvorlage / ungültige Karte

- 2.1. Kann bei einer Arzt-/Patientenbegegnung im Behandlungsfall die Identität des Versicherten nicht bestätigt werden, oder kann bei einer Arzt-/Patientenbegegnung eine gültige elektronische Gesundheitskarte nicht vorgelegt werden, kann der Arzt nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen, die jedoch zurückzuzahlen ist, wenn dem Arzt bis zum Ende des Quartals eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige elektronische Gesundheitskarte oder ein anderer gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt wird. Veranlasste Leistungen kann der Arzt in derartigen Fällen ohne Angabe der Kassenzugehörigkeit mit dem Vermerk "ohne Versicherungsnachweis" privat verordnen.
Der Arzt ist verpflichtet, im Falle eines Verdachts auf Missbrauch die zuständige Krankenkasse zu informieren.
- 2.2. Wenn die elektronische Gesundheitskarte bereits einmal im betreffenden Quartal dem Arzt vorgelegen hat, sie aber bei einer späteren Arzt-/Patientenbegegnung nicht verwendet werden kann, ist der Arzt berechtigt, die für die Übertragung vorgesehenen Daten aus der mit der elektronischen Gesundheitskarte erstellten Patientenstammdatei durch Verwendung eines zertifizierten Praxisverwaltungssystems für die unmittelbar notwendige Ausstellung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung zu verwenden.
- 2.3. Kann bei einer Notfallbehandlung, die mit einem Abrechnungsschein nach Vordruckmuster 19 abgerechnet wird, die elektronische Gesundheitskarte nicht vorgelegt werden, oder ist sie ungültig, ist die Abrechnung im Ersatzverfahren

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)

nach Nr. 2.5 aufgrund der Angaben des Versicherten oder der Angaben anderer Auskunftspersonen durchzuführen. 1.3. findet keine Anwendung.

- 2.4. Kann bei der ersten Arzt-/Patientenbegegnung im Quartal die elektronische Gesundheitskarte nicht verwendet werden, kommt ein Ersatzverfahren zur Anwendung und 1.3 findet keine Anwendung. Die elektronische Gesundheitskarte kann nicht verwendet werden, wenn
- 2.4.1. der Arzt noch nicht am VSDM nach 1.3 teilnimmt und der Versicherte darauf hinweist, dass sich die zuständige Krankenkasse, die Versichertenart oder die Besondere Personengruppe geändert hat, die Karte dies aber noch nicht berücksichtigt,
 - 2.4.2. die Karte defekt ist,
 - 2.4.3. eine für das Einlesen der Karte erforderliche Komponente defekt ist oder,
 - 2.4.4. die Karte nicht benutzt werden kann, da für Haus- und Heimbefuche kein entsprechendes Gerät zur Verfügung steht und keine bereits in der Arztpraxis mit den Daten der elektronischen Gesundheitskarte vorgefertigten Formulare verwendet werden können.

Datenangaben im Ersatzverfahren

- 2.5. Im Ersatzverfahren sind – auf Grund von Unterlagen in der Patientendatei oder von Angaben des Versicherten – folgende Daten zu erheben:
- 2.5.1. die Bezeichnung der Krankenkasse,
 - 2.5.2. der Name und Vorname und das Geburtsdatum des Versicherten,
 - 2.5.3. die Versichertenart,
 - 2.5.4. die Postleitzahl des Wohnortes und
 - 2.5.5. nach Möglichkeit auch die Krankenversicherungsnummer.
- Diese Daten sind bei der Abrechnung und der Ausstellung von Vordrucken anzugeben.
- 2.6. Im Ersatzverfahren hat der Versicherte durch seine Unterschrift das Bestehen des Versicherungsschutzes auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) zu bestätigen. Dies gilt nicht für Vordruckmuster 19, sofern es im Notfalldienst verwendet wird.
- 2.7. Kann im weiteren Verlauf des Quartals die elektronische Gesundheitskarte verwendet werden, ist auf Basis von deren Daten eine Abrechnung zu erstellen.

3. Auftrags- und Konsiliaruntersuchung

Im Falle einer Behandlung ohne Arzt-Patienten-Kontakt (z. B. Laborüberweisung) werden die Versichertendaten aus dem Personalienfeld des Auftrages für die Abrechnung übernommen. 1.1. bis 1.3. findet keine Anwendung.

4. Datenübernahme ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

Behandelt der Arzt einen ihm bereits bekannten Versicherten ohne persönlichen Kontakt (z. B. telefonische Konsultation, telemedizinische Arzt-Patientenkontakte), ist er berechtigt, die für die Übertragung vorgesehenen Versichertenstammdaten auf der Grundlage der Patientendatei zu übernehmen. In diesen Fällen findet 1.1. bis 1.3. keine Anwendung.

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)

5. Mobile Lesegeräte

Bei der Nutzung von mobilen Lesegeräten (z. B. ärztliche Haus- und Heimbesuche, Arzt in genehmigter ausgelagerter Betriebsstätte) werden die Versichertendaten von der elektronischen Gesundheitskarte eingelesen und später in das Praxisverwaltungssystem des Arztes übertragen. 1.3. findet keine Anwendung. Die mobilen Lesegeräte haben den geltenden Vorgaben der gematik zu entsprechen.

Für mobile Lesegeräte, die durch die gematik mit der Ausprägung „VSDM“ zugelassen wurden und die Ausdrücke erzeugen, können die Angaben im Personalienfeld unverändert weiterverarbeitet werden.

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)

Anhang 2 – Anlage, Pflege und Löschung des Notfalldatensatzes (NFD) auf der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V**1. Voraussetzungen für den NFD**

- 1.1 Der Arzt erstellt oder aktualisiert für den Versicherten einen NFD, überträgt oder löscht den jeweils aktuellen Datensatz auf der eGK und erläutert dies dem Versicherten, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
 - 1.1.1 der Versicherte wünscht die Erstellung, Aktualisierung oder Löschung eines NFD. Der Arzt entspricht dem Wunsch des Versicherten, wenn dies aus Sicht des Arztes medizinisch für die Notfallversorgung erforderlich ist. Eine solche medizinische Erforderlichkeit kann insbesondere in den in Anlage 1 des Anhangs 2 beschriebenen Fällen vorliegen,
 - 1.1.2 der Versicherte eine elektronische Gesundheitskarte, die den Spezifikationen der gematik nach der Generation 2 oder höher entspricht, vorlegt und in die Erstellung oder Aktualisierung des NFD einwilligt und
 - 1.1.3 in der Arztpraxis die erforderlichen technischen Komponenten vorhanden sind. Dies sind insbesondere ein Konnektor, ein stationäres Kartenterminal, ein PVS jeweils gemäß des Releases 2.1 der gematik oder höher sowie ein elektronischer Heilberufsausweis der Generation 2 oder höher.

2. Auswahl der Daten für den NFD

- 2.1 Bei der Erstellung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes hat der Arzt diejenigen Daten einzubeziehen, die er selbst erhoben hat. Erhobene Daten von anderen Ärzten sind einzubeziehen, sofern diese dem Arzt vorliegen (z. B. durch einen Arztbrief). Eine gesonderte Diagnostik, die ausschließlich dem Zweck der Erstellung und/oder Aktualisierung eines Notfalldatensatzes dient, ist nicht zulässig.
- 2.2 Der Versicherte kann sein Einverständnis auf die Aufnahme von einzelnen Daten beschränken. Die ausgenommenen Daten dürfen nicht in den NFD aufgenommen werden.
- 2.3 Macht der Versicherte von seinem Recht nach 2.2 Gebrauch, kann der Arzt die Erstellung oder Aktualisierung des Notfalldatensatzes verweigern, wenn die Nichtaufnahme der Daten die Aussagekraft des Notfalldatensatzes aus Sicht des Arztes einschränken würde.

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)

Anlage 1 - Fragen zur Entscheidung über die medizinische Erforderlichkeit eines Notfalldatensatzes

Zur Klärung der medizinischen Erforderlichkeit eines NFD können Fragen insbesondere zu folgenden Krankheitsbildern und/oder medizinischen Sachverhalten gestellt werden:

- Haben Sie sich in der Vergangenheit bereits in stationärer Behandlung befunden? (Ausnahme normale Entbindung)
- Besteht oder bestanden eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?
 - Herz/Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündungen, hoher oder niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen
 - Gefäße: Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Aortenaneurysma
 - Atemwege/Lunge: chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tuberkulose, Lungenblähung, Schlafapnoe, Stimmband-/Zwerchfelllähmung
 - Chronische Lebererkrankung(en)
 - Chronische Nierenerkrankung(en)
 - Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Engstelle, chronisch-entzündliche Darmerkrankung
 - Stoffwechsel: Zuckerkrankheit, Gicht
 - Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion
 - Skelettsystem: Gelenkerkrankungen, Bandscheibenvorfall
 - Nerven/Gemüt: Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmung(en), Depression(en), Psychose(n)
 - Augen: Grüner Star, Grauer Star, Blindheit, künstlicher Augenersatz
 - Blut: Gerinnungsstörung(en), chronische Erkrankung(en) der weißen oder roten Blutkörperchen
 - Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankungen
 - Schwerhörigkeit: Haben Sie ein Hörgerät?
 - Schwerere Formen von Allergien (nicht z.B. Heuschnupfen)
 - Sind Sie schwanger?
 - Haben oder hatten Sie eine bösartige Erkrankung? (Krebs)
 - Bestehen weitere Einschränkungen im täglichen Leben? (z. B. Schwerbehinderung gemäß Schwerbehindertengesetz)
- Werden Medikamente eingenommen?
 - Haben Sie Notfallmedikamente?
 - Nehmen Sie regelmäßig/dauerhaft Medikamente ein und haben keinen Medikationsplan?

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)

- Weitere ggf. notfallrelevante Aspekte:
 - Besteht eine Weglaufgefährdung?
 - Besteht eine Kommunikationsstörung?

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)

Anhang 3 – Anlage, Pflege und Löschung des Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V**1. Voraussetzungen für den elektronischen Medikationsplan (eMP)**

- 1.1 Der Arzt erstellt oder aktualisiert für den Versicherten einen Medikationsplan, überträgt oder löscht den jeweils aktuellen Datensatz auf der eGK und erläutert dies dem Versicherten, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
 - 1.1.1 Erfüllung der Voraussetzungen für eine Erstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 29a BMV-Ä.
 - 1.1.2 Vorlage einer elektronischen Gesundheitskarte durch den Versicherten, die den Spezifikationen der gematik nach der Generation 2 oder höher entspricht, und Einwilligung des Versicherten in die Erstellung oder Aktualisierung des eMP.
 - 1.1.3 Vorhandensein der erforderlichen technischen Komponenten in der Arztpraxis. Dies sind insbesondere ein Konnektor, ein stationäres Kartenterminal, ein PVS jeweils gemäß des Releases 2.1 der gematik oder höher.

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

- einerseits -

und

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

- andererseits -

schließen eine befristete Vereinbarung zur Verwendung der eGK
bei telefonischen Kontakten und Kontakten im Rahmen einer Videosprechstunde
während der Covid-19-Pandemie

Artikel 1

Regelung zur Verwendung der eGK bei einem telefonischen Kontakt oder einem Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde

Bei einem telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt (GOPen 01435, 01433 und 01434), bei einem Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä sowie bei Abrechnung der GOPen 01430 und 01820 nach einem telefonischen Kontakt gilt die folgende befristete Regelung für die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK):

Die Übertragung der Versichertenstammdaten aus der Patientendatei ist zulässig, wenn im Zeitraum vom 1. Oktober 2018 bis 31. März 2020 mindestens in einem Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorgelegen hat und eine Prüfung des Leistungsanspruchs nach Nummer 1 des Anhangs 1 zur Anlage 4a erfolgt ist. Die Regelungen in Anhang 1 Nummer 1.1. bis 1.3 sowie 2.1 der Anlage 4a BMV-Ä sowie § 2 Abs. 1 und 2 der Anlage 4b BMV-Ä finden in diesen Fällen keine Anwendung. Der Versicherte bestätigt mündlich, dass keine Änderungen eingetreten sind. Die Versichertenstammdaten sollen vollständig übernommen werden. Sofern eine vollständige Übernahme nicht möglich ist oder Änderungen eingetreten sind, sind folgende Daten zu übernehmen bzw. zu erfassen:

- die Krankenkasse (Institutionskennzeichen),
- der Name und Vorname und das Geburtsdatum des Versicherten,
- die Versichertenart,
- die Postleitzahl des Wohnortes und
- nach Möglichkeit auch die Krankenversicherungsnummer.

Artikel 2

Befristung

- (1) Diese Vereinbarung ist befristet. Sie endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum 30.06.2020. Die Vertragspartner werden spätestens einen Monat vor Ablauf der Vereinbarung prüfen, ob eine Verlängerung erforderlich ist.
- (2) Die Vertragspartner werden die Vereinbarung unbeschadet der Befristung nach Absatz 1 aufheben, sobald die durch den Coronavirus geschaffene besondere Situation nicht mehr besteht.

Artikel 3
Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.04.2020 in Kraft.

Berlin, den 06.04.2020

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

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin