

## Unterrichtung

durch die Bundesregierung

### **Bericht des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung**

#### Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Zusammenfassung</b> .....	4
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	5
<b>1 Einleitung</b> .....	6
<b>2 Telemedizinische Kontrolle von ICD- und CRT-Geräten</b> .....	6
2.1 Vergütung im Zeitraum vom 1. April 2016 bis 30. September 2017 ..	6
2.2 Vergütung ab dem 1. Oktober 2017 .....	7
2.3 Entwicklung von Leistungsmenge und Leistungsbedarf .....	7
2.4 Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V vom 14.12.2016 .....	9
2.5 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten .....	9
2.6 Telemonitoring mithilfe von aktiven kardialen implantierbaren Aggregaten bei ventrikulärer Tachyarrhythmie sowie Herzinsuffizienz .....	9
<b>3 Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen</b> ....	9
3.1 Beratungsstand bis zum 31. Oktober 2016 .....	9
3.2 Beschlussfassung zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen .....	10
3.3 Entwicklung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen vom 2. bis 4. Quartal 2017 .....	10

	Seite
<b>4 Telemedizinische Videosprechstunde .....</b>	<b>11</b>
4.1 Beratungsstand vom 31. Oktober 2016.....	11
4.2 Beschlussfassung zur telemedizinischen Videosprechstunde.....	11
4.3 Entwicklung der telemedizinischen Videosprechstunde vom 2. bis 4. Quartal 2017.....	13
4.4 Zertifizierte Softwareanbieter .....	13
<b>5 Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe vom 8. Dezember 2017 .....</b>	<b>14</b>
<b>6 Anwendungen auf der elektronische Gesundheitskarte.....</b>	<b>14</b>
6.1 Notfalldatenmanagement, Beschlussfassung vom 19. Dezember 2017.....	14
6.2 Beratungen zum elektronischen Medikationsplan .....	15
6.3 Beratungen zur elektronischen Patientenakte .....	15
<b>7 Ausblick und weiteres Vorgehen .....</b>	<b>15</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>16</b>

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1:	Telemedizinische Kontrollen von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und/oder CRT: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro .....	7
Tabelle 2:	Leistungen zur Kontrolle von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren: Anteil telemedizinischer Kontrollen an allen Kontrollen von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren in Prozent .....	9
Tabelle 3:	Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach Abschnitt 34.8 EBM: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro .....	11
Tabelle 4:	Telemedizinische Videosprechstunde: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro.....	13

## Zusammenfassung

Der Bewertungsausschuss legt hiermit dem Bundesministerium für Gesundheit den zweiten Bericht gemäß § 87 Absatz 2a Satz 15 SGB V über den Stand der Beratungen zur telemedizinischen Leistungserbringung vor. Der Bericht umfasst den Zeitraum von November 2016 bis Oktober 2018.

In diesem Zeitraum wurde in den Gremien des Bewertungsausschusses intensiv zur Thematik der telemedizinischen ärztlichen Leistungen und zur Umsetzung der Vorgaben aus dem E-Health-Gesetz beraten.

Seit 1. April 2016 wird die Erbringung der telemedizinischen Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators und eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 wurde die Bewertung dieser Leistungen modifiziert mit dem Ziel, dem unterschiedlichen Aufwand bei der Funktionsanalyse von Herzschrittmachern, Kardioverttern bzw. Defibrillatoren und von implantierten Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie Rechnung zu tragen, wobei die telemedizinischen Funktionsanalysen bisher noch in eher geringem Umfang erbracht werden.

Weiterhin nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sind Elemente des Telemonitorings.

Seit 1. April 2017 wird die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen im EBM 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.

Ebenfalls zum 1. April 2017 wurde die Videosprechstunde zur Verlaufskontrolle von Erkrankungen in den EBM aufgenommen, sofern eine Erstbegutachtung durch dieselbe Arztpraxis z.B. in einem der beiden Vorquartale im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist. Die Videosprechstunde kann von einer Vielzahl von Facharztgruppen in einem definierten Indikationsspektrum durchgeführt werden. Videosprechstunden können erfolgen zur visuellen Verlaufskontrolle von Operationswunden, sonstigen Wunden, Dermatosen, zur visuellen Beurteilung von Bewegungsstörungen, auch nervaler Genese, zur Beurteilung der Stimme und des Sprechens und zur anästhesiologischen, postoperativen Verlaufskontrolle.

Vergütet werden zum einen die Kosten, die durch die Nutzung eines Videoanbieters entstehen. Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde sind Bestandteil von Versicherten- und Grundpauschalen, es sei denn, dass im Behandlungs- oder Arztfall kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. In diesen Fällen erfolgt die Vergütung über eine gesonderte Leistung.

Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen und telemedizinische Videosprechstunden wurden im beobachteten Zeitraum vom 1. April 2017 bis zum 31. Dezember 2017 noch nicht in nennenswertem Umfang erbracht, wobei die technischen Voraussetzungen für eine telemedizinische Leistungserbringung zum 1. April 2017 nur in geringem Umfang vorhanden waren. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

Für die Übermittlung elektronischer Briefe wurde mit der Richtlinie vom 8. Dezember 2017 eine Übergangsregelung bis längstens zum 30. Juni 2019 vereinbart, die wie bisher eine Zahlung von insgesamt 55 Cent für jeden elektronisch übermittelten Brief vorsieht.

Als eine Anwendung auf der elektronischen Gesundheitskarte wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2018 Vereinbarungen zum Notfalldatenmanagement getroffen, die jedoch auf Grund der bisher noch fehlenden technischen Voraussetzungen derzeit noch nicht abgerechnet werden können.

Zu weiteren Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte finden derzeit in den Gremien des Bewertungsausschusses Beratungen zum elektronischen Medikationsplan und zur elektronischen Patientenakte inklusive elektronischem Patientenfach statt.

Nach dem Zeitpunkt der Berichtslegung soll in den Gremien des Bewertungsausschusses unter anderem geprüft werden, inwiefern Videosprechstunden in weiteren Versorgungskontexten zum Einsatz kommen können.

**Abkürzungsverzeichnis**

AG	Arbeitsgruppe
BA	Bewertungsausschuss
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
CRT	implantierbares Schrittmacher-System zur kardialen Resynchronisationstherapie
CRT-D	CRT-Schrittmacher mit Defibrillator-Funktion
CRT-P	CRT-Schrittmacher ohne Defibrillator-Funktion
EBA	Erweiterter Bewertungsausschuss
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eGK	elektronische Gesundheitskarte
ePA	elektronische Patientenakte
ePF	elektronisches Patientenfach
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD	Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
PVS	Praxisverwaltungssystem
QES	qualifizierte elektronische Signatur
TI	Telematikinfrastruktur
VHitG	Verband der Hersteller für IT-Lösungen im Gesundheitswesen e. V.
VPN	virtuelles privates Netzwerk

## 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 Bewertungsausschuss 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 Bewertungsausschuss erfassten und bearbeiteten Leistungen dargestellt wird. Entsprechend wurde im Bericht des Bewertungsausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit vom 31. Oktober 2016 über den Stand der Beratungen im Zeitraum von 2012 bis Oktober 2016 berichtet.

Im vorliegenden Bericht wird der Stand der Beratungen zur Prüfung telemedizinischer Anwendungen im Zeitraum vom November 2016 bis Oktober 2018 leistungsbezogen aufgeführt.

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

In Kapitel 2 werden die Vergütungsregelungen telemedizinischer Kontrollen von ICD- und CRT-Geräten im Zeitraum vom 1. April 2016 bis 30. September 2017 und ihre Modifikation ab dem 1. Oktober 2017 dargestellt. Daran anschließend wird über die Vereinbarung zu technischen und organisatorischen Voraussetzungen für eine telemedizinische Funktionsanalyse berichtet.

In Kapitel 3 und 4 folgen die Darstellung der Vergütungsregelungen des radiologischen Telekonsils und der Videosprechstunde. In den Kapiteln 2 bis 4 werden zudem Zahlen zur bisherigen Abrechnungshäufigkeit der neu geschaffenen telemedizinischen Leistungen 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 Notfalldatenmanagement und den aktuell stattfindenden Beratungen zum elektronischen Medikationsplan und zur elektronischen Patientenakte.

Der Bericht schließt mit einem Ausblick auf das weitere Vorgehen.

## 2 Telemedizinische Kontrolle von ICD- und CRT-Geräten

### 2.1 Vergütung im Zeitraum vom 1. April 2016 bis 30. September 2017

Die Überprüfung des EBM auf die Möglichkeit einer telemedizinischen Leistungserbringung hat ergeben, dass die Funktionsanalyse von Defibrillatoren und implantierten Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Systeme) nach den bestehenden Gebührenordnungspositionen 04418 und 13552 auch telemedizinisch erbracht werden kann.

Aus diesem Grund wurden mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 42. Sitzung am 15. Dezember 2015 mit Wirkung zum 1. April 2016 die Abschnitte 4.4.1 (Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie) und 13.3.5 (Kardiologische Gebührenordnungspositionen) ergänzt um die Gebührenordnungspositionen 04417 und 13554 zur telemedizinischen Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie bei Kindern und Erwachsenen. Zudem wurde eine Gebührenordnungsposition 01438 in den Abschnitt 1.4 EBM für eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Zusammenhang mit einer telemedizinischen Funktionsanalyse aufgenommen:

- GOP 01438 Telefonische Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04417 oder 13554 (88 Punkte)
- GOP 04417 Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT bei Kindern (511 Punkte)
- GOP 13554 Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT bei Erwachsenen (279 Punkte)

## 2.2 Vergütung ab dem 1. Oktober 2017

Mit dem Beschluss des BA in seiner 397. Sitzung wurden mit Wirkung zum Oktober 2017 die bisherigen Gebührenordnungspositionen 04417, 04418, 13552 und 13554 gestrichen und im Kapitel 4 und 13 jeweils drei neue Gebührenordnungspositionen für die konventionelle Funktionsanalyse (04411, 04413, 04415 bzw. 13571, 13573, 13575) und jeweils zwei neue Gebührenordnungspositionen für die telemedizinische Funktionsanalyse (04414, 04416 bzw. 13574, 13576) aufgenommen. Durch den Beschluss wurden die bisherigen Leistungen

für Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen 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 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)
- GOP 01438 Telefonische Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04414, 04416, 13574 oder 13576

Mit dem Beschluss des BA in seiner 406. Sitzung wurde mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 eine Angleichung der Gebührenordnungsposition 01438 an die geänderten Gebührenordnungspositionen aus dem vorher genannten Beschluss vorgenommen.

## 2.3 Entwicklung von Leistungsmenge und Leistungsbedarf

In der Tabelle 1 werden die Kennzahlen Abrechnungshäufigkeit sowie Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung bundesweit differenziert nach Gebührenordnungspositionen für Leistungen zur telemedizinischen Kontrolle von Kardioverters bzw. Defibrillatoren und CRT-Geräten für Kinder und Erwachsene sowie die telefonischen Kontaktaufnahmen im Zusammenhang mit diesen Leistungen für die Quartale 2/2016 bis 4/2017 berichtet.

Tabelle 1

### Telemedizinische Kontrollen von Kardioverters bzw. Defibrillatoren und/oder CRT: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro

Kennzahl	GOP	Beschreibung	2/2016	3/2016	4/2016	1/2017	2/2017	3/2017	4/2017
Abrechnungshäufigkeit	01438	Telefonische Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der GOP 04417 oder 13554	738	746	548	429	576	692	479
	04417	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT	105 <sup>1</sup>	7	7	1	5	4	0
	04414	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator	–	–	–	–	–	–	5
	04416	Telemedizinische Kontrolle CRT	–	–	–	–	–	–	0
	13554	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT	3.541	3.966	3.785	3.153	3.682	3.837	24
	13574	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator	–	–	–	–	–	–	2.643
	13576	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator	–	–	–	–	–	–	1.440

<sup>1</sup> Für das Quartal 2/2016 unplausibel hohe Zahl an telemedizinischen Schrittmacherkontrollen bei Kindern.

Kennzahl	GOP	Beschreibung	2/2016	3/2016	4/2016	1/2017	2/2017	3/2017	4/2017
Leistungsbedarf in Euro	01438	Telefonische Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der GOP 04417 oder 13554	6.797	6.868	5.050	3.978	5.340	6.415	4.442
	04417	Telemedizinische Kontrolle Kardioveter bzw. Defibrillator und/oder CRT	5.600	373	373	54	269	215	0
	04414	Telemedizinische Kontrolle Kardioveter bzw. Defibrillator	–	–	–	–	–	–	338
	04416	Telemedizinische Kontrolle CRT	–	–	–	–	–	–	0
	13554	Telemedizinische Kontrolle Kardioveter bzw. Defibrillator und/oder CRT	103.366	115.777	110.563	92.711	108.263	112.715	705
	13574	Telemedizinische Kontrolle Kardioveter bzw. Defibrillator	–	–	–	–	–	–	97.393
	13576	Telemedizinische Kontrolle Kardioveter bzw. Defibrillator	–	–	–	–	–	–	65.310

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

In Tabelle 2 wird eine weitere Kennzahl zum Anteil telemedizinischer Kontrollen von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und/oder CRT an allen Kontrollen von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und CRT berichtet.

Tabelle 2

**Leistungen zur Kontrolle von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren: Anteil telemedizinischer Kontrollen an allen Kontrollen von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren in Prozent**

Kennzahl	GOP	Beschreibung	2/2016	3/2016	4/2016	1/2017	2/2017	3/2017	4/2017
			<b>Anteil in Prozent</b>						
Anteil an allen Kontrollen (GOPen 04417 und 04418)	04417	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT	19,4 <sup>2</sup>	1,9	1,7	0,2	1,2	1,1	
Anteil an allen Kontrollen (GOPen 04411, 04413, 04414, 04415, 04416)	04414 und 04416	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter / Defibrillator und telemedizinische Kontrolle CRT							1,2
Anteil an allen Kontrollen (GOPen 13552 und 13554)	13554	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT	1,2	1,4	1,3	1,1	1,3	1,4	
Anteil an allen Kontrollen (GOPen 13571, 13573, 13574, 13575, 13576)	13574 und 13576	Telemedizinische Kontrolle Kardioverter / Defibrillator und telemedizinische Kontrolle CRT							1,4

Die Analyse der Abrechnungsdaten zeigt, dass die Funktionsanalyse von Defibrillatoren und implantierten Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Systeme) derzeit noch in geringem Umfang telemedizinisch erbracht wird. Aus den bisher vorliegenden Zahlen lässt sich keine Zunahme der Abrechnungshäufigkeit telemedizinischer Funktionsanalysen im Zeitverlauf erkennen.

<sup>2</sup> Für das Quartal 2/2016 unplausibel hohe Zahl an telemedizinischen Schrittmacherkontrollen bei Kindern.



## **2.4 Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V vom 14.12.2016**

Mit der Einführung der neuen Gebührenordnungspositionen in den EBM wurde das Ziel verbunden, eine Vereinbarung zu technischen und organisatorischen Voraussetzungen für eine telemedizinische Funktionsanalyse zu schließen. Diese Vereinbarung wurde am 14. Dezember 2016 als Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) getroffen. Sie regelt allgemeingültige Voraussetzungen wie die Anforderungen an den Vertragsarzt, Verfahren zur Datenübertragung, zum Datenschutz, zur Datensicherheit und zur Intraoperabilität für eine telemedizinische Durchführung von Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

In den Anhängen zu dieser Vereinbarung werden die spezifischen Voraussetzungen für eine telemedizinische Durchführung zur jeweiligen Anwendung (hier zur telemedizinischen Funktionsanalyse von implantierbaren Defibrillatoren und CRT-Systemen) konkretisiert. Die Vereinbarung mit Anhang wird als Anlage übermittelt.

## **2.5 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten**

Zur Kontrolle von kardialen Rhythmusimplantaten ist die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen neu gefasst worden. Sie tritt am 1. Oktober 2018 in Kraft und ersetzt die bisherige Vereinbarung zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers von 2006. Die Neufassung der Vereinbarung war auf Grund der im Kapitel 2.1 und 2.2 dargestellten Neuregelung der Abrechnungssystematik für die Kontrolle von Schrittmachersystemen im EBM notwendig geworden.

Nach der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung erhalten künftig ausschließlich Kardiologen und Kinderkardiologen eine Genehmigung für alle Leistungen. Bislang bekamen auch fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt Kardiologie eine Genehmigung. Neu ist auch, dass künftig alle Genehmigungsinhaber mindestens 20 Fortbildungspunkte im Fach Kardiologie in jeweils 24 Monaten nachweisen müssen. Zudem wird eine stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation eingeführt. Ab 2019 sollen dazu jährlich 15 Prozent der Genehmigungsinhaber die Dokumentationen zu 20 abgerechneten Fällen einreichen. Für Ärzte, die bereits über eine Genehmigung nach der alten QS-Vereinbarung verfügen und die Leistungen regelmäßig abgerechnet haben, wurde eine Übergangsregelung vereinbart.

Die Vereinbarung wird als Anlage übermittelt.

## **2.6 Telemonitoring mithilfe von aktiven kardialen implantierbaren Aggregaten bei ventrikulärer Tachyarrhythmie sowie Herzinsuffizienz**

Da sich im Rahmen der Beratungen zur telemedizinischen Funktionsanalyse von aktiven kardialen implantierbaren Aggregaten die Hinweise darauf verstärkten, dass es sich beim Telemonitoring um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handeln könnte, wurden im Rahmen der beschlossenen Anpassungen des EBM keine Leistungen zum Telemonitoring in den EBM aufgenommen. Um das Telemonitoring einer Nutzenbewertung durch den G-BA zuzuführen, hat der GKV-Spitzenverband am 21. Januar 2016 einen Antrag beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestellt, der am 21. April 2016 angenommen wurde. Am 23. Juni 2016 wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom G-BA mit einer Bewertung des Telemonitoring mithilfe von aktiven kardialen implantierbaren Aggregaten, zum einen zur Behandlung ventrikulärer Tachyarrhythmien sowie zum anderen bei Herzinsuffizienz, beauftragt.

Das IQWiG hat hierzu am 21. Februar 2018 den Abschlussbericht in der Version V1.1 veröffentlicht und am 4. Juli 2018 durch die Version V1.2 ersetzt.<sup>3</sup>

Der G-BA hat bisher noch keinen Beschluss zum Telemonitoring gefasst.

## **3. Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen**

### **3.1 Beratungsstand bis zum 31. Oktober 2016**

Der Prüfauftrag, die Ergebnisse der Prüfung, die Vereinbarung über die Anforderungen zu den technischen Verfahren gemäß der Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Beratungsverlauf wurden im Bericht des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung vom 31. Oktober 2016 dargestellt.

<sup>3</sup> [https://www.iqwig.de/download/N16-02\\_Telemonitoring-mithilfe-von-aktiven-kardialen-implantierbaren-Aggregaten\\_Abschlussbericht\\_V1-2.pdf](https://www.iqwig.de/download/N16-02_Telemonitoring-mithilfe-von-aktiven-kardialen-implantierbaren-Aggregaten_Abschlussbericht_V1-2.pdf), aufgerufen am 25.9.2018

### 3.2 Beschlussfassung zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen

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

- GOP 34800 Beauftragung konsiliarische Befundbeurteilung (91 Punkte) <sup>4</sup>
- 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 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.

### 3.3 Entwicklung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen vom 2. bis 4. Quartal 2017

In Tabelle 3 werden die Kennzahlen Abrechnungshäufigkeit sowie Leistungsbedarf in Euro differenziert nach Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 EBM für die Quartale 2/2017 bis 4/2017 berichtet.

Tabelle 3

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

Kennzahl	GOP	Beschreibung	2/2017	3/2017	4/2017
Abrechnungshäufigkeit	34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	17	137	142
	34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	0	0	1
	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	0	1	6
	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	2	1	1

<sup>4</sup> 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.

Kennzahl	GOP	Beschreibung	2/2017	3/2017	4/2017
Leistungsbedarf in Euro	34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung <sup>5</sup>	163	318	263
	34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	0	0	12
	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	0	29	174
	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	82	41	41

Die Konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen wird derzeit noch nicht in nennenswertem Umfang beauftragt und abgerechnet.

#### 4 Telemedizinische Videosprechstunde

##### 4.1 Beratungsstand vom 31. Oktober 2016

Der Prüfauftrag, die Ergebnisse der Prüfung, die Vereinbarung über die Anforderungen zu den technischen Verfahren gemäß der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Beratungsverlauf wurden im Bericht des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung vom 31. Oktober 2016 dargestellt.

##### 4.2 Beschlussfassung zur telemedizinischen Videosprechstunde

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017 wurde der Kontakt zwischen Arzt und Patient im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) als anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab neu aufgenommen. Zudem wurde eine Regelung aufgenommen, dass bei bestimmten Gebührenordnungspositionen, deren Berechnung mindestens drei oder mehr persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzen, ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen kann.

Folgende Leistungen wurden 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)

Die ärztliche Leistung zur Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde wurde über die Versicherten- und Grundpauschalen als anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 abgebildet bzw. über die Gebührenordnungsposition 01439, sofern im Behandlungs- oder Arztfall kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet.

Für die Vergütung von Kosten, die durch die Nutzung eines Videodienstanbieters entstehen, wurde die Gebührenordnungsposition 01450 als Zuschlag im Zusammenhang mit den in der Leistungslegende genannten Gebührenordnungspositionen eingeführt. Die Gebührenordnungsposition 01450 kann je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde berechnet werden, sofern die Kontaktaufnahme durch den Patienten zum Zweck mindestens einer der im obligaten Leistungsinhalt genannten Anlässe erfolgt.

<sup>5</sup> 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.

Für die Gebührenordnungsposition 01450 wird ein Punktzahlvolumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 01450 erbrachten Leistungen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für das Punktzahlvolumen für die Gebührenordnungsposition 01450 beträgt 1.899 Punkte je abrechnendem Vertragsarzt.

Folgende Vertragsärzte dürfen ab 1. April 2017 Videosprechstunden durchführen und abrechnen:

- Hausärzte
- Kinder- und Jugendärzte
- Anästhesisten
- Augenärzte
- Chirurgen
- Hals-Nasen-Ohrenärzte
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen
- Neurologen, Nervenärzte und Neurochirurgen
- Orthopäden
- Gynäkologen
- Dermatologen
- Fachärzte für Innere Medizin
- Psychiater
- Urologen
- Phoniater und Pädaudiologen
- Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
- Strahlentherapeuten

Bei folgenden Anlässen kann die Videosprechstunde eingesetzt werden:

- visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde
- visuelle Verlaufskontrolle einer/von akuten, chronischen und/oder offenen Wunde(n)
- visuelle Verlaufskontrolle einer/von Dermato(n)se(n), auch nach strahlentherapeutischer Behandlung
- visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen/-störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, auch nervaler Genese, als Verlaufskontrolle
- Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und/oder der Sprache als Verlaufskontrolle
- anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle.

Der Bewertungsausschuss überprüft gemäß § 87 Absatz 2 Satz 2 SGB V, inwiefern Videosprechstunden in weiteren Versorgungskontexten zum Einsatz kommen können.

Die Vergütung der Gebührenordnungsposition 01439 erfolgt im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 01450 wird extrabudgetär vergütet.

### 4.3 Entwicklung der telemedizinischen Videosprechstunde vom 2. bis 4. Quartal 2017

In Tabelle 4 werden die Kennzahlen Abrechnungshäufigkeit sowie Leistungsbedarf in Euro differenziert nach Gebührenordnungspositionen für Leistungen zur telemedizinischen Videosprechstunde für die Quartale 2/2017 bis 4/2017 berichtet.

Tabelle 4

#### Telemedizinische Videosprechstunde: Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in Euro

Kennzahl	GOP	Beschreibung	2/2017	3/2017	4/2017
Abrechnungshäufigkeit	01439	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	0	30	68
	01450	Zuschlag Videosprechstunde	6	279	349
Leistungsbedarf in Euro	01439	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	0	278	630
	01450	Zuschlag Videosprechstunde	25	978	883

Videosprechstunden wurden im 2. Quartal 2017 noch sehr selten abgerechnet. Auch im 3. Quartal spielten sie noch kaum eine Rolle. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass es anfangs keine zertifizierten Software-Anbieter gab. Erst im 3. Quartal 2017 wurden die ersten Anbieter für Videosprechstunden-Software zertifiziert.

### 4.4 Zertifizierte Softwareanbieter

Derzeit sind 9 Software-Anbieter zertifiziert. Fast alle Zertifizierungen erfolgten über die Datenschutz cert GmbH, lediglich La-Well Systems GmbH wurde über die TÜV Informationstechnik GmbH zertifiziert.

Name des zertifizierten Produkts	Name des Videodiensteanbieters
arztkonsultation.de – Die Online Seh- und Sprechstunde	arztkonsultation GmbH i. G.
Deutsche Arzt AG	sprechstunde.online
Doccura – Ihre Online-Videosprechstunde	Bayerische TelemedAllianz UG
Doktor-Online.org Videosprechstunde von tomedo	Zollsoft GmbH
eIVI – elektronische Visite	La-Well Systems GmbH
Patientus Online Videosprechstunde	Patientus GmbH
WoMBA Videosprechstunde	WoMBA GmbH
www.viomed.de	Facharzt-Sofort-GmbH
www.xpertyme.com, www.medityme.com	XPERTyme GmbH

## 5 Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe vom 8. Dezember 2017

Zur Übermittlung elektronischer Arztbriefe in der vertragsärztlichen Versorgung ist die KBV-Richtlinie angepasst worden. Die in dieser Richtlinie beschriebene Übermittlung von elektronischen Briefen gilt ab dem 1. Januar 2018. Vergütet werden die eArztbriefe wie bisher, wenn die in der Richtlinie genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

Die Übergangsregelung war unter anderem notwendig geworden, weil die speziellen Dienste zur Übermittlung der eArztbriefe in der Telematikinfrastruktur noch nicht wie ursprünglich geplant zur Verfügung stehen. Durch das Anpassen der Richtlinie sowie die Einführung einer Vergütungsvereinbarung soll eine Unterbrechung der Übermittlung und Abrechnung elektronischer Briefe in den vertragsärztlichen Praxen vermieden werden.

Die Vergütungsvereinbarung endet spätestens am 30. Juni 2019 oder sobald die speziellen Dienste zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang wird auch die Richtlinie entsprechend angepasst

Ab dem 1. Januar 2018 zahlen die Krankenkassen weiterhin insgesamt 55 Cent für jeden elektronisch übermittelten Brief, wenn der Papierversand entfällt und die Übertragung entsprechend der Richtlinie erfolgt. Unter anderem müssen die Ärzte die Briefe mit dem Heilberufsausweis qualifiziert elektronisch signieren.

Kostenpauschale	Bezeichnung	Vergütung
86900	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	0,28 €
86901	Empfangen eines elektronischen Briefes	0,27 €

Für das Versenden eines elektronischen Briefes nach den Regelungen dieser Anlage sind die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht berechnungsfähig.

## 6 Anwendungen auf der elektronische Gesundheitskarte

### 6.1 Notfalldatenmanagement, Beschlussfassung vom 19. Dezember 2017

Mit Beschluss des 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)

Durch die Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01640 werden die Tätigkeiten einer Vertragsarztpraxis im Zusammenhang mit der erstmaligen Anlage eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), der Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten enthält, sowie eine diesbezügliche Aufklärung und Beratung und die Übertragung des Notfalldatensatzes auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) dieses Patienten vergütet.

**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 auf die Notwendigkeit eines Notfalldatensatzes ohne anschließende Anlage oder die Überprüfung und ggf. Aktualisierung eines Notfalldatensatzes, die erstmalige Anlage oder Löschung eines Notfalldatensatzes mit ausschließlichen Eintragungen von Kommunikationsdaten oder freiwilligen Zusatzinformationen auf Wunsch des Patienten sowie die Übertragung des in der Vertragsarztpraxis bestehenden Notfalldatensatzes bei einem Austausch bzw. Verlust der eGK des Patienten vergütet.

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

Eine Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01640, 01641 und 01642 ist nur möglich, sofern die Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur 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.

Als Besonderheit ist bei der Einführung des Notfalldatenmanagements damit zu rechnen, dass die GOPen 01640, 01641 und 01642 zwar schon ab 1. Januar 2018 Gültigkeit besitzen, aber auf Grund der fehlenden technischen Voraussetzungen noch nicht abgerechnet werden können. Mit einer Abrechnung in nennenswertem Umfang ist voraussichtlich ab Januar 2019 zu rechnen.

## **6.2 Beratungen zum elektronischen Medikationsplan**

Gemäß § 31a Absatz 3 Satz 4 SGB V ist der elektronische Medikationsplan ab dem 1. Januar 2019 auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu speichern, sofern der Versicherte dies wünscht. Dementsprechend wird in den Gremien des Bewertungsausschusses derzeit darüber beraten, die Übertragung des Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten in den fakultativen Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 01630 aufzunehmen.

## **6.3 Beratungen zur elektronischen Patientenakte**

Gemäß § 291a Absatz 5c SGB V hat die gematik bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen für die elektronische Patientenakte (ePA) und das elektronische Patientenfach (ePF) zu schaffen.

Über sich in dem Zusammenhang ergebende Regelungsbedarfe in der vertragsärztlichen Versorgung wird in den Gremien des BA beraten.

## **7 Ausblick und weiteres Vorgehen**

In den entscheidungserheblichen Gründen zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017 zur Videosprechstunde ist folgendes ausgeführt: „Der Bewertungsausschuss überprüft gemäß § 87 Absatz 2 Satz 2 SGB V, inwiefern Videosprechstunden in weiteren Versorgungskontexten zum Einsatz kommen können.“ Eine Überprüfung ist bisher noch nicht erfolgt, sie soll nach der Berichtslegung erfolgen. Hierbei ist auch die zwischenzeitlich erfolgte Lockerung des Fernbehandlungsverbots zu beachten.

**Anhang**

- Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V vom 14. Dezember 2016 enthält in Anhang 1 Regelungen zur telemedizinischen Funktionsanalyse von implantierbaren Defibrillatoren und CRT-Systemen
- Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe vom 8. Dezember 2017
- 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
- Anlage 32 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) enthält in Anlage 7 die Übergangsregelung zur Vergütung des eArztbriefes
- Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte Stand: 1. Januar 2018 zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) K. d. ö. R., Berlin und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung K. d. ö. R., Berlin
- enthält in Anhang 2 die Regelungen zu Anlage, Pflege und Löschung des Notfalldatensatzes.
- Anlage 31a BMV-Ä (radiologisches Telekonsil)
- Anlage 31b BMV-Ä (Videosprechstunde)
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten



**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 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die nachstehende

**Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der ver-  
tragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Abs. 2a  
Satz 7 SGB V**

**vom 14.12.2016**

---

**(Anlage 31 BMV-Ä)****§ 1****Zweck des Vertrages**

- (1) Die nachstehende Vereinbarung regelt die allgemeingültigen Voraussetzungen für eine telemedizinische Durchführung von Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. In den Anhängen zu dieser Vereinbarung werden die spezifischen Voraussetzungen für eine telemedizinische Durchführung zur jeweiligen Anwendung konkretisiert.
- (2) Die Regelungen dieser Vereinbarung gelten, sofern sich aus den Anhängen dieser Vereinbarung nichts anderes ergibt.

**§ 2****Anforderungen an den Vertragsarzt**

- (1) Im Rahmen der telemedizinischen Versorgung hat der behandelnde Vertragsarzt sicherzustellen, dass
1. die Indikation zur Behandlung des Patienten für eine telemedizinische Unterstützung gemäß dem Anwendungsbereich des jeweiligen Anhangs zur Vereinbarung besteht,
  2. der Patient die Voraussetzungen, einschließlich infrastruktureller Voraussetzungen, für eine telemedizinische Unterstützung gemäß dem Anwendungsbereich des jeweiligen Anhangs zur Vereinbarung erfüllt,
  3. der Patient geistig und körperlich in der Lage ist, an der telemedizinischen Versorgung, sofern erforderlich, aktiv mitzuwirken und,
  4. sofern erforderlich, der Patient für den Anwendungsbereich des jeweiligen Anhangs zur Vereinbarung notwendigen Zustimmungen bzw. Einverständniserklärungen für die telemedizinische Versorgung erteilt hat.
- (2) Eine telemedizinische Durchführung vertragsärztlicher Leistungen kann nur umgesetzt werden, wenn ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt regelmäßig und in angemessener Weise gemäß den Anforderungen des Anwendungsbereichs des jeweiligen Anhangs zur Vereinbarung erfolgt.
- (3) Die Erbringung telemedizinischer Leistungen setzt eine Genehmigung oder Anzeige gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung entsprechend eines Anhangs zur Vereinbarung zu dem jeweiligen Anwendungsbereich voraus.

---

**(Anlage 31 BMV-Ä)**

- (4) Sofern in dem Anwendungsbereich des jeweiligen Anhangs zur Vereinbarung für Praxismitarbeiter bei der telemedizinischen Unterstützung (eine) weiterführende Qualifikation(en) gefordert ist (sind), muss der telemedizinisch tätige Vertragsarzt sicherstellen, dass für die mit telemedizinischen Aufgaben betrauten Praxismitarbeiter diese Qualifikation(en) vorliegt(en).

**§ 3****Verfahren zur Datenübertragung**

- (1) Für den Anwendungsbereich des jeweiligen Anhangs zur Vereinbarung dürfen grundsätzlich nur Verfahren zur Datenübertragung genutzt werden, die entweder als sogenannte sichere Verfahren im Sinne des § 291b Abs. 1e SGB V oder aber als weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens gemäß § 291b Abs. 1b SGB V i. V. m. § 291a Abs. 7 Satz 3 von der gematik bestätigt wurden.

- (2) Solange Verfahren zur Datenübertragung für den Anwendungsbereich des jeweiligen Anhangs nicht entsprechend Absatz 1 realisiert werden können, muss der Anbieter übergangsweise den Nachweis führen, dass er die Anforderungen an die Gewährleistung der Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten nach 1. und 2. erfüllt.

Diese Nachweise können erbracht werden durch:

1. Informationssicherheit:

- a) ein Zertifikat des Bundesamtes für die Sicherheit in der Informationstechnik oder
- b) ein Zertifikat über die technische Sicherheit von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkKS) akkreditierten Stelle.

2. Datenschutz:

- a) ein Gütesiegel, das von einer unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörde vergeben bzw. anerkannt wurde oder
- b) ein Datenschutzzertifikat von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkKS) akkreditierten Stelle.

- (3) Inhaltliche Anforderungen des Anwendungsbereichs sind einzuhalten sofern sie in dem jeweiligen Anhang ausgewiesen sind. Die Einhaltung wird nachgewiesen durch:

**(Anlage 31 BMV-Ä)**

1. entweder ein Zertifikat oder Gutachten oder Vergleichbare Bestätigung von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditierten Stelle oder
  2. durch eine entsprechende Bestätigung einer in dem jeweiligen Anhang benannte Stelle.
- (4) Die Übergangsfrist endet 6 Monate nachdem ein entsprechender Dienst, bzw. Verfahren gemäß Absatz 1 zur Verfügung steht. Sollten Teile der Datenübertragung eines Anwendungsbereichs bereits gemäß Absatz 1 in der Telematikinfrastruktur realisiert werden können, so gilt die Übergangsfrist von 6 Monaten für diese Teile entsprechend.

**§ 4  
Datenschutz**

- (1) Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Rahmen telemedizinischer Anwendungen gelten die allgemeinen rechtlichen Rahmenbedingungen. Insbesondere ist eine schriftliche Einwilligung des Patienten in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Anwendungsbereich des jeweiligen Anhangs zur Vereinbarung erforderlich, die die Anforderungen des § 4a BDSG erfüllt.
- (2) Gemäß § 5 BDSG ist den bei der Datenverarbeitung beschäftigten Personen untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen (Datengeheimnis). Diese Personen sind bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit auf das Datengeheimnis zu verpflichten. Das Datengeheimnis besteht auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit fort.

**§ 5  
Datensicherheit**

- (1) Für die Datensicherheit sind die im Folgenden unter Nr. 1. bis 9. genannten Ziele einzuhalten:
1. Vertraulichkeit: Die Vertraulichkeit der erhobenen, gespeicherten, übermittelten oder sonst verarbeiteten Daten ist zu gewährleisten
  2. Authentizität (Zurechenbarkeit): Der Urheber bzw. der Verantwortliche für patientenbezogene Daten sowie der Auslöser eines Verarbeitungsvorganges müssen jederzeit eindeutig feststellbar sein.
  3. Integrität: Personenbezogene Daten müssen während der Phase der Verarbei-

---

**(Anlage 31 BMV-Ä)**

- tung unversehrt, vollständig, gültig und widerspruchsfrei bleiben.
4. Verfügbarkeit: Personenbezogene Daten müssen zeitgerecht zur Verfügung stehen und im vorgegebenen Zeitrahmen verarbeitet werden. In dem jeweiligen Anwendungsbereich in den Anhängen sind ggf. für die benannten telemedizinischen Unterstützungen die zulässigen systembedingten Übertragungszeiten sowie die zulässigen Reaktionszeiten für die telemedizinische Praxis festgehalten.
  5. Revisionsfähigkeit: Verarbeitungsprozesse müssen lückenlos nachvollzogen werden können, gemäß 2. muss auch die Person erfasst werden, die eine Verarbeitung der Daten vornimmt.
  6. Validität: Personenbezogene Daten müssen in der für den Nutzungszweck angemessenen Qualität ggf. entsprechend den Vorgaben in dem jeweiligen Anwendungsbereich in den Anhängen verarbeitet werden.
  7. Rechtssicherheit: Für jeden Verarbeitungsvorgang und dessen Ergebnis ist der Verursacher bzw. Verantwortliche beweiskräftig nachweispflichtig.
  8. Nicht-Abstreitbarkeit von Datenübermittlungen: Sender und Empfänger müssen sicher sein, dass gesendete bzw. empfangene Dokumente den gewünschten Empfänger erreichen bzw. empfangene Dokumente vom gewünschten Sender gesendet werden. Insbesondere muss sichergestellt werden, dass bei Leistungen die in dem jeweiligen Anwendungsbereich in den Anhängen festgelegten Kontrollen beim Ausbleiben bzw. bei der Fehlübermittlung von Daten eingehalten werden.
  9. Nutzungsfestlegung: Die für die Telemedizin verwendeten medizinischen Datenverarbeitungssysteme müssen es ermöglichen, für jedes patientenbezogene Dokument den Nutzerkreis und abgestufte Nutzerrechte festzulegen und ggf. Nutzungsausschlüsse zu definieren.
- (2) Die zur Erreichung der in Absatz 1 1. bis 9. beschriebenen Ziele mindestens erforderlichen Maßnahmen werden soweit zutreffend für den Anwendungsbereich des jeweiligen Anhangs detailliert dargestellt.

### **§ 6 Interoperabilitätsstandards**

Die verwendeten Komponenten haben die in den Anwendungsbereichen des jeweiligen Anhangs zur Vereinbarung ausgeführten Standards und Interoperabilitätsvorgaben zu entsprechen.

---

**(Anlage 31 BMV-Ä)****§ 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 dem zulässiger Weise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

**§ 8  
Inkrafttreten**

Die Vereinbarung tritt am 01. Januar 2017 in Kraft.

**§ 9  
Kündigung**

Dieser Vertrag kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Monate zum Ende eines Kalenderjahres. Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief zu erfolgen.

Berlin, den 14.12.2016

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

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin

---

**(Anlage 31 BMV-Ä)****Protokollnotiz**

1. Zudem sind sich die Vertragspartner einig, dass es sich bei einer Bestätigung nach § 291a Abs. 7 Satz 3 SGB V - wie in § 3 dieser Vereinbarung aufgeführt - um eine Bestätigung für eine eigenständige Anwendung handeln muss.
2. Die Vertragspartner überprüfen bis zum 31. Dezember 2017, inwiefern in dieser Vereinbarung zu konkretisieren ist, dass sich die Server der Hersteller in Staaten innerhalb der EU oder in anderen Staaten, in denen ein angemessenes Datenschutzniveau festgestellt wurde, befinden müssen.

(Anlage 31 BMV-Ä)

Anhang 1: Telemedizinische Funktionsanalyse von implantierbaren Defibrillatoren und CRT-Systemen:

Lfd. Nr.	Anwendungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren- Kardioverter, CRT-Systeme
		1.1
		Funktionsanalyse
1	Gebührenordnungspositionen	04417, 13554
2	<b>Grundlegender Datenfluss</b>	
3	<p>Ggf. Kontaktaufnahme nach Funktionsanalyse</p> <p>Patient in seiner Häuslichkeit, ausgestattet mit einem Transmitter</p> <p>Durchführung der Funktionsanalyse</p> <p>Datenübertragung zur Funktionsanalyse</p> <p>Arztpraxis</p> <p>Server des Telemedizinanbieters (i.d.R. des Herstellers)</p>	
4	<b>Datenflüsse</b>	Die zur Funktionsanalyse notwendigen Daten werden vom Gerät zum Transmitter und von dort zum Server des Telemedizinanbieters (i.d.R. des Herstellers) übertragen. Der behandelnde Arzt hat webbasiert Zugriff auf die Daten seiner Patienten und kann diese ggf. in seine Praxisverwaltungssoftware importieren.
5	<b>Patienten und Arztkontakte</b>	
6	<b>Indikation / Eignung des Patienten</b>	Patient mit einem implantierten Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT-P bzw. CRT-D-System
7	<b>Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt</b>	Erfolgt mindestens einmal im Krankheitsfall bei einem Vertragsarzt mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V gemäß der ersten Abrechnungsanmerkung zur Gebührenordnungsposition 04417, bzw. 13554



**(Anlage 31 BMV-Ä)**

8	<b>Einwilligung des Patienten</b>	Der Patient muss in die telemedizinische Funktionsanalyse einwilligen. Er ist vor Erteilung der Einwilligung insbesondere auf den vorgesehenen Zweck der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung und die Freiwilligkeit der Einwilligung hinzuweisen. Die Einwilligung muss sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten beziehen und bedarf der Schriftform. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt werden, ist sie besonders hervorzuheben.
9	<b>Genehmigung und Genehmigungsverfahren</b>	
10	<b>Genehmigungspflicht</b>	Erfolgt gemäß der zweiten Abrechnungsanmerkung zur Gebührenordnungsposition 04417 bzw. Gebührenordnungsposition 13554
11	<b>Allgemeine Anforderung an kryptographische Verfahren</b>	
12	<b>Anforderung an kryptographische Verfahren zur Sicherstellung der Vertraulichkeit und Authentizität</b>	Die Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (z.B. TR-3116-1 oder TR-2102) in ihrer jeweils gültigen Fassung sind einzuhalten.
13	<b>Datenschutz und Datensicherheitsanforderungen für Hersteller (Konformität wird gemäß Nr. 9 bzw. Nr. 10 nachgewiesen)</b>	
14	<b>Vertraulichkeit</b>	Die Übertragung vom Patienten über den Transmitter bis zum Server muss pseudonymisiert oder verschlüsselt erfolgen. Dabei sind die Vorgaben gemäß 12 zu beachten. Die Zuordnung der Daten zum Patienten auf dem Server darf nur für die berechnete Arztpraxis möglich sein.
15	<b>Authentizität (Zurechenbarkeit)</b>	Zurechenbarkeit des Kardioverters bzw. Defibrillators und der CRT-P-/CRT-D-Systeme und des Transmitters zum Patienten muss immer eindeutig sein.
16	<b>Integrität (Daten müssen unverändert sein)</b>	Die Übertragung der vom Transmitter erhobenen Messwerte muss authentizitäts- und integritätsgeschützt erfolgen.
17	<b>Verfügbarkeit</b>	Die zur Datenübertragung erforderlichen Server des Herstellers sind zu 98% der Zeit verfügbar, gemittelt über das Kalenderjahr. Bei Ausfall der Server oder Unterbrechung der Datenübertragung dürfen keine Daten zwischen Patient und Telemedizinanbieter unwiederbringlich verloren gehen.

**(Anlage 31 BMV-Ä)**

18	<b>Revisionsfähigkeit</b>	Veränderungen der übertragenen Daten des Patienten auf dem Server müssen ausgeschlossen sein. Sofern vorhanden, müssen Anmerkungen der Berechtigten historisiert werden.
19	<b>Validität</b>	keine Vorgabe
20	<b>Rechtssicherheit</b>	keine Vorgabe (Der Hersteller hat keine langfristigen Dokumentationspflichten zu erfüllen.)
21	<b>Datenübermittlung</b>	Das Telemedizinssystem ist in der Lage, den Anwender auf versäumte Übertragungen aufmerksam zu machen.
22	<b>Nutzungsfestlegung</b>	Die Daten dürfen nur zur Überwachung der Funktion von Kardioverttern bzw. Defibrillatoren und CRT-P-/CRT-D-Systemen durch die berechtigte Arztpraxis erstellt und verwendet werden. Soweit der Einsatz des Telemedizinssystems eine Verwendung, Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personen-beziehbarer Daten vorsieht, muss sichergestellt sein, dass diese allein zum Zwecke der Behandlung der Patientin oder des Patienten erfolgen und eine Nutzung ohne Zugriff Dritter, insbesondere der Hersteller, möglich ist. Auf diese Daten hat ausschließlich der behandelnde Arzt Zugriff. Es muss möglich sein, für die einzelnen Personen in der berechtigten Arztpraxis jeweils einen eindeutigen Login mit ggf. unterschiedlichen Berechtigungsstufen zu vergeben.
23	<b>Datenschutz und -sicherheitsanforderungen in der Arztpraxis</b>	
24	<b>Vertraulichkeit</b>	Es sind die jeweils aktuellen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis zu beachten.
25	<b>Authentizität (Zurechenbarkeit)</b>	Zugriffe auf die Anwendung des Telemedizinanbieters müssen eindeutig einem berechtigten Mitarbeiter der Arztpraxis zugeordnet werden können.
26	<b>Integrität</b>	kein Regelungsbedarf
27	<b>Verfügbarkeit</b>	wird durch Hersteller gewährleistet
28	<b>Revisionsfähigkeit</b>	Die Dokumentation der abgerufenen Daten obliegt der Arztpraxis.
29	<b>Validität</b>	kein Regelungsbedarf
30	<b>Rechtssicherheit</b>	kein Regelungsbedarf
31	<b>Datenübermittlung</b>	kein Regelungsbedarf

**(Anlage 31 BMV-Ä)**

32	<b>Nutzungsfestlegung</b>	Die Daten dürfen nur zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und CRT-P-/CRT-D-Systemen durch die behandelnde Praxis erstellt und verwendet werden.
33	<b>Anforderungen an die Datenhaltung und Datenübertragung für Hersteller</b>	
34	<b>Standards</b>	Bei der Absicherung der Datenübertragung müssen die Vorgaben unter 12 beachtet werden.
35	<b>Interoperabilität</b>	Den Herstellern wird empfohlen bis zum 1. Januar 2018 eine einheitliche Exportschnittstelle zu definieren. Die einheitliche Exportschnittstelle soll sich nach dem in IEEE 11073-10103 vereinbarten Standard richten. Diese ist bis zum 1. Januar 2020 von den Herstellern in die jeweiligen Systeme zu implementieren.
36	<b>Anforderungen an die Datenhaltung und Datenübertragung für Arztpraxen</b>	
37	<b>Standards</b>	Es sind die jeweils aktuellen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis zu beachten. Insbesondere hinsichtlich der Anforderungen an den Virenschutz, die Firewall und die weiteren Vorgaben zur Absicherung der IT-Infrastruktur der Arztpraxis.



**K**assenärztliche  
**B**undesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

***Richtlinie über die Übermittlung  
elektronischer Briefe in der  
vertragsärztlichen Versorgung  
gemäß § 291f SGB V***

*Richtlinie Elektronischer Brief*

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Version: 10.0

Datum: 8. Dezember 2017

Richtlinie Elektronischer Brief  
V 10.0

Kassenärztliche Bundesvereinigung

The logo of the Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) is a red square with the white letters "KBV" inside.

## Inhalt

<b>1</b>	<b><u>PRÄAMBEL</u></b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b><u>EINFÜHRUNG UND UMSETZUNG</u></b>	<b>4</b>
2.1	Geltungsdauer .....	4
2.2	Übergangsregelung für die Verwendung von sicheren Übermittlungsverfahren nach § 291b Abs. 1e SGB V .....	4
2.3	Datenschutz und Datensicherheit .....	4
<b>3</b>	<b><u>ANFORDERUNGEN AN DEN VERTRAGSARZT UND DIE VERTRAGSARZTPRAXIS</u></b>	<b>5</b>
3.1	Technische Anforderungen.....	5
3.2	Organisatorische Anforderungen.....	5
<b>4</b>	<b><u>ANFORDERUNGEN AN DEN KOMMUNIKATIONSDIENST</u></b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b><u>ANFORDERUNGEN AN DAS PRAXISVERWALTUNGSSYSTEM</u></b>	<b>6</b>
5.1	Inhaltliche Struktur des elektronischen Briefes.....	7
5.2	Abrechnungsunterstützung .....	7
5.3	Nachweis über die Nutzung von Diensten zur Übertragung des elektronischen Briefes .....	7
<b>6</b>	<b><u>ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG</u></b>	<b>7</b>
6.1	Abrechnungsvoraussetzungen.....	7
6.2	Regelungen zur Vermeidung von nicht bedarfsgerechten Mengenausweitungen .....	7
<b>7</b>	<b><u>INKRAFTTRETEN</u></b>	<b>8</b>
	Anlage: Regelungen zur Vermeidung von nicht bedarfsgerechten Mengenausweitungen .....	9

Richtlinie Elektronischer Brief  
V 10.0

Kassenärztliche Bundesvereinigung



## 1 Präambel

Die Richtlinie nach § 291f Abs. 2 SGB V regelt die notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung der Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung.

Im Hinblick auf eine zukunftsorientierte nachhaltige Förderung und Verbreitung des elektronischen Briefes müssen vor allem die Kompatibilität mit der Telematikinfrastruktur (TI) als auch ein systemneutraler Austausch elektronischer Briefe gewährleistet sein. Insbesondere um eine möglichst verlustfreie Weiterführung der elektronischen Kommunikation zu ermöglichen, sobald dem Vertragsarzt<sup>1</sup> Dienste nach § 291b Abs. 1e SGB V zur Verfügung stehen, wird die Nutzung von Netzen vorgegeben, welche an die TI angebunden sind.

Die Integration des Kommunikationsdienstes in das Praxisverwaltungssystem vermeidet Medienbrüche, macht dadurch Funktionalitäten benutzerfreundlicher und steigert schließlich die Attraktivität und Akzeptanz des elektronischen Briefverkehrs erheblich.

Die Festlegung von Struktur und Inhalt des Arztbriefes basiert auf der VHitG-Spezifikation, die verschiedene Strukturierungslevel ermöglicht. Darüber hinaus ist der Inhalt als Datei im Format PDF/A als signier-, les- und archivierbare Variante für den Arzt zur Verfügung zu stellen.

---

<sup>1</sup> Die nachstehende Bezeichnung „Vertragsarzt“ wird einheitlich und neutral für Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Vertragspsychotherapeuten und Vertragspsychotherapeutinnen verwendet.

Richtlinie Elektronischer Brief  
V 10.0

Kassenärztliche Bundesvereinigung



## 2 Einführung und Umsetzung

### 2.1 Geltungsdauer

Die in dieser Richtlinie beschriebene Übermittlung von elektronischen Briefen gilt ab dem 1. Januar 2018. Sobald dem Vertragsarzt durch die gematik zugelassene sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente über die TI nach § 291b Abs. 1e SGB V zur Verfügung<sup>2</sup> stehen, sind diese zu nutzen (vgl. Kapitel 2.2). Die Richtlinie ist in diesem Zusammenhang entsprechend anzupassen.

### 2.2 Übergangsregelung für die Verwendung von sicheren Übermittlungsverfahren nach § 291b Abs. 1e SGB V

Ab Verfügbarkeit des ersten sicheren Kommunikationsdienstes nach § 291b Abs. 1e SGB V in der TI besteht für die Vertragsärzte und die Hersteller der zertifizierten Systeme eine Übergangsfrist für die Anbindung eines solchen Kommunikationsdienstes. Die Übergangsfrist beträgt 6 Monate. Nach Ende der Übergangsfrist dürfen für die Übermittlung von elektronischen Briefen nach dieser Richtlinie nur noch solche Systeme genutzt werden, die einen sicheren Kommunikationsdienst nach § 291b Abs. 1e SGB V verwenden.

Für Systeme, die durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für die Übermittlung von elektronischen Arztbriefen bereits zertifiziert sind (Zertifizierungsthema „eArztbrief“), muss innerhalb der Übergangsfrist ein Nachweis erbracht werden, dass die Anbindung eines entsprechenden durch die gematik zugelassen Kommunikationsdienstes nach § 291b Abs. 1e SGB V erfolgt ist. Wird dieser Nachweis durch den Hersteller des zertifizierten Systems nicht erbracht, wird die Zulassung für das Zertifizierungsthema „eArztbrief“ entzogen. Der Entzug der Zulassung erfolgt stichtagsbezogen am letzten Tag der Übergangsfrist.

### 2.3 Datenschutz und Datensicherheit

Die Hersteller und der anwendende Vertragsarzt haben für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten im Zusammenhang mit der Übermittlung des elektronischen Briefes die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten zu beachten, die sich aus den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des SGB V sowie des SGB X ableiten. Diese werden durch diese Richtlinie für die Übermittlung des elektronischen Briefes konkretisiert.

Im Hinblick auf die Datensicherheit gelten die folgenden Grundsätze:

Anforderung	Maßnahme
Vertraulichkeit	Die Vertraulichkeit der erhobenen, gespeicherten, übermittelten oder sonst verarbeiteten Daten ist zu gewährleisten.
Authentizität (Zurechenbarkeit)	Der Urheber bzw. der Verantwortliche für patientenbezogene Daten sowie der Auslöser eines

<sup>2</sup> Verfügbarkeit ist in diesem Zusammenhang definiert als Zeitpunkt der nebenbestimmungsfreien Zulassung eines ersten Dienstes nach § 291b Abs. 1e durch die gematik.

Richtlinie Elektronischer Brief  
V 10.0

Kassenärztliche Bundesvereinigung



Anforderung	Maßnahme
	Verarbeitungsvorganges müssen jederzeit eindeutig feststellbar sein.
Integrität	Personenbezogene Daten müssen während der Phase der Verarbeitung unversehrt, vollständig, gültig und widerspruchsfrei bleiben.
Verfügbarkeit	Personenbezogene Daten müssen zeitgerecht zur Verfügung stehen und im angemessenen Zeitrahmen verarbeitet werden.
Revisionsfähigkeit	Verarbeitungsprozesse müssen lückenlos nachvollzogen werden können, es muss auch die Person erfasst werden, die eine Verarbeitung der Daten vornimmt.
Rechtssicherheit	Für jeden Verarbeitungsvorgang und dessen Ergebnis ist der Verursacher bzw. Verantwortliche beweiskräftig nachweislichpflichtig.
Nicht-Abstreitbarkeit von Datenübermittlungen	Sender und Empfänger müssen sicher sein, dass gesendete bzw. empfangene Dokumente den gewünschten Empfänger erreichen bzw. empfangende Dokumente vom gewünschten Sender gesendet werden. Das Senden bzw. Empfangen darf nicht abgestritten werden.
Nutzungsfestlegung	Für die im elektronischen Brief verwendeten medizinischen Datenverarbeitungssysteme muss die Möglichkeit bestehen, für jedes patientenbezogene Dokument den Nutzerkreis und abgestufte Nutzerrechte festzulegen und ggf. Nutzungsausschlüsse zu definieren.

### 3 Anforderungen an den Vertragsarzt und die Vertragsarztpraxis

#### 3.1 Technische Anforderungen

Zur Übermittlung von elektronischen Briefen in der vertragsärztlichen Versorgung hat der Vertragsarzt ausschließlich dafür nach Kapitel 5 zertifizierte Programme zu verwenden.

Als datenschutzkonformer Transportweg für die Übermittlung eines elektronischen Briefes durch den Vertragsarzt anhand der zertifizierten Programme und Dienste ist ein virtuelles privates Netzwerk (virtual private network; VPN) zu verwenden.

Hierzu dürfen nur Netze verwendet werden, die an die TI angebunden sind. Sobald dem Vertragsarzt durch die gematik zugelassene sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente über die TI nach § 291b Abs. 1e SGB V zur Verfügung stehen, sind diese – unter Beachtung der Übergangsregelung nach 2.2 – zu nutzen.

Der Vertragsarzt muss den elektronischen Brief mit einer qualifizierten elektronischen Signatur, die mit einem elektronischen Heilberufsausweis nach § 291a Abs. 5 Satz 5 erzeugt wurde, versenden.

#### 3.2 Organisatorische Anforderungen

Im Zusammenhang mit der Übermittlung des elektronischen Briefes stellt der Vertragsarzt die Umsetzung der „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht,



Richtlinie Elektronischer Brief  
V 10.0

Kassenärztliche Bundesvereinigung



Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ der Bundesärztekammer und der KBV in der Fassung vom 23. Mai 2014 sicher.

#### **4 Anforderungen an den Kommunikationsdienst**

1. Der zur Übertragung des elektronischen Briefes genutzte Dienst (gerichteter Kommunikationsdienst) muss den folgenden Anforderungen genügen:
  - a. Der Inhalt der Nachricht muss vor der Übermittlung verschlüsselt werden. Meta-Informationen, die den korrekten Versand der Nachricht ermöglichen oder steuern, z. B. Informationen zu Absender und Empfänger, sind nicht als Inhalt nach Satz 1 zu verstehen. Der Kommunikationsdienst muss durch eine elektronische Signatur sicherstellen, dass die Inhalte auf dem Transportweg nicht unbemerkt verändert werden können. Für Verschlüsselung und Signatur muss ein geeignetes asymmetrisches oder hybrides Verfahren verwendet werden, das vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) empfohlen wird. Verschlüsselung und Signatur müssen auf dem Computer bzw. innerhalb des Praxisnetzwerkes des Absenders erfolgen. Die Entschlüsselung darf nur durch den intendierten Empfänger möglich sein. Die Schlüssel zur Ver- und Entschlüsselung und Signatur müssen auf dem Computer des Arztes bzw. innerhalb des Praxisnetzwerkes erzeugt und gespeichert werden. Eine zentrale Erzeugung und Verteilung von Schlüsseln ist ausgeschlossen. Es hat eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung zu erfolgen.
  - b. Der Kommunikationsdienst muss eine eindeutige Identifizierung des Absenders und Empfängers gewährleisten. Dazu muss jeder Benutzer jede Adresse eindeutig einer Person oder einer medizinischen Einrichtung zuordnen können, z. B. mittels eines sicheren Adressverzeichnisses, in das jeder Nutzer Einsicht hat. Alle Informationen, die notwendig sind, um eine Nachricht an einen Teilnehmer zu senden, müssen diesem Verzeichnisdienst entnommen werden können, wobei die Integrität des Verzeichnisdienstes gewährleistet sein muss. Der Kommunikationsdienst darf insbesondere nicht erfordern, dass Sender und Empfänger im Voraus gegenseitig Informationen zur Identifizierung oder Verschlüsselung austauschen müssen.
2. Die gematik soll gemäß § 291b Abs. 1e SGB V sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente über die TI in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit festlegen. Sobald diese Verfahren zur Verfügung stehen, sind diese – unter Beachtung der Übergangsregelung nach 2.2 – zu nutzen.

#### **5 Anforderungen an das Praxisverwaltungssystem**

Die KBV bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines Praxisverwaltungssystems für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen, dass sein System die in dieser Richtlinie enthaltenen Vorgaben erfüllt (§ 291f Abs. 3 SGB V). Die KBV zertifiziert das Praxisverwaltungssystem des Anbieters nach Satz 1 nach den in dieser Richtlinie definierten Anforderungen. Die Einzelheiten bezüglich der

Richtlinie Elektronischer Brief  
V 10.0

Kassenärztliche Bundesvereinigung



technischen Anforderungen legt die KBV in der „Zertifizierungsrichtlinie der KBV“ fest. Die KBV veröffentlicht auf ihrer Internetseite eine Liste der Hersteller mit nach dieser Richtlinie bestätigten Praxisverwaltungssystemen.

## 5.1 Inhaltliche Struktur des elektronischen Briefes

Der übermittelte elektronische Brief muss sowohl eine Datei im Format PDF/A als auch eine XML-Datei gemäß dem „*Implementierungsleitfaden ‚Arztbrief‘ auf Basis der HL7 Clinical Document Architecture, Release 2, für das deutsche Gesundheitswesen*“, Version 1.50, Stand: 12.05.2006, vorgelegt vom VHitG, Dokumenten-OID: 1.2.276.0.76.3.1.13.7.5, umfassen.

Das PDF-Dokument muss alle zum Arztbrief gehörenden Informationen enthalten. Die XML-Datei darf sich auf die Informationen zum Patient und zur Absenderorganisation beschränken; der *body* darf leer sein, wenn der eigentliche Inhalt des Briefes im Format PDF/A ist. Es sind patientenrelevante Daten enthalten.

Der Vertragsarzt muss den elektronischen Brief mit einer qualifizierten elektronischen Signatur, die mit einem elektronischen Heilberufsausweis nach § 291a Abs. 5 Satz 5 erzeugt wurde, versenden.

## 5.2 Abrechnungsunterstützung

Das Praxisverwaltungssystem muss den Arzt bei der Abrechnung versandter und empfangener elektronischer Briefe unterstützen.

## 5.3 Nachweis über die Nutzung von Diensten zur Übertragung des elektronischen Briefes

Das Praxisverwaltungssystem muss einen Nachweis über die Nutzung von Kommunikationsdiensten nach Kapitel 4 zur Übertragung des elektronischen Briefes erbringen.

## 6 Abrechnung und Vergütung

Die Partner der Bundesmantelverträge vereinbaren die Abrechnung und Vergütung.

### 6.1 Abrechnungsvoraussetzungen

Der Vertragsarzt erklärt mit der Quartalsabrechnung, dass er die in den Punkten 3.1 und 3.2 dieser Richtlinie genannten Voraussetzungen erfüllt.

### 6.2 Regelungen zur Vermeidung von nicht bedarfsgerechten Mengenausweitungen

Die vom Gesetzgeber geforderten Regelungen, die eine nicht bedarfsgerechte Mengenausweitung verhindern, werden in der Anlage getroffen.

Richtlinie Elektronischer Brief  
V 10.0

**Kassenärztliche Bundesvereinigung**

---



## **7 Inkrafttreten**

Diese Richtlinie tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

Richtlinie Elektronischer Brief  
V 10.0

Kassenärztliche Bundesvereinigung



## **Anlage: Regelungen zur Vermeidung von nicht bedarfsgerechten Mengenausweitungen**

- (1) Für das Versenden eines elektronischen Briefes nach den Regelungen dieser Richtlinie sind die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht berechnungsfähig.
- (2) Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 86900 ist je Kalendervierteljahr in begrenzter Häufigkeit berechnungsfähig (Obergrenze). Diese Obergrenze bestimmt sich aus der Anzahl der Behandlungsfälle nach Absatz 3, multipliziert mit dem Faktor 3 für Fachärzte für Strahlentherapie, mit dem Faktor 2 für Labormediziner, Fachärzte für Innere Medizin mit SP Hämatologie/Onkologie sowie mit SP Kardiologie, Nephrologie und schwerpunktübergreifend sowie Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin und mit dem Faktor 1 für alle anderen Fachgruppen. Die Regelung zur Obergrenze wird wie folgt umgesetzt: Der Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut dokumentiert alle übermittelten elektronischen Briefe durch die Angabe der Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 86900. Bei Überschreitung der Obergrenze ist die Bewertung der Kostenpauschale mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus dem Verhältnis der Höhe der Obergrenze zur dokumentierten Anzahl der übermittelten elektronischen Briefe ergibt. Diese Quote darf den Wert 1 nicht überschreiten.
- (3) Relevant für die Fallzählung nach Abs. 2 sind alle Behandlungsfälle im Quartal gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), ausgenommen Notfälle im organisierten Not(-fall)dienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung).

**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\***

---

**(Anlage 32 BMV-Ä)****Inhaltsverzeichnis**

Präambel.....	3
§ 1 Vereinbarungsgegenstand.....	3
§ 2 Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit.....	4
§ 3 Betriebskosten.....	5
§ 4 Dienstleister.....	5
§ 5 Abrechnungsbedingungen.....	6
§ 6 Abrechnung der Pauschalen für die erforderliche Ausstattung.....	6
§ 6a Abrechnung der Pauschalen nach Anlage 6.....	8
§ 7 Abrechnung der Betriebskosten.....	8
§ 8 Abrechnungsprozess für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2018.....	8
§ 8a Abrechnungsprozess für die Pauschalen nach Anlage 6.....	10
§ 9 Abrechnungsprozess für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2019.....	10
§ 10 Inkrafttreten und Anpassung.....	11
§ 11 Kündigung.....	12
§ 12 Salvatorische Klausel, Sonstiges.....	12
Anlage 1: Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit.....	13
Anlage 2: Pauschalen für die Erstattung der Kosten.....	14
Anlage 3: - nicht besetzt -.....	16
Anlage 4: Stichprobenprüfungen.....	17
Anlage 5: Pauschalen für die Erstattung der Kosten für die Nutzung der Telematikinfrastruktur inklusive der Fachanwendungen.....	18
Anlage 6: Förderung der Teilnahme an einem Feldtest und/oder einer wissenschaftlichen Evaluation.....	19
Anlage 7: eArztbrief.....	21

---

**(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 die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (§ 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V) und elektronischer Medikationsplan (§ 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V) gemäß § 291a Absatz 7b Satz 3 SGB V durch diese Vereinbarung geregelt.

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

Darüber hinaus ist dieser Vereinbarung auch die in sich geschlossene „Übergangsvereinbarung zur Abrechnung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2018 bis zur Verfügbarkeit von für die Übermittlung des elektronischen Briefes zugelassenen Diensten nach § 291b Absatz 1e SGB V“ als Anlage beigefügt.

**§ 1 Vereinbarungsgegenstand**

- (1) Diese Vereinbarung regelt die Erstattung der Kosten, die der Vertragsarztpraxis durch die Einführung und den Wirkbetrieb der Telematikinfrastuktur (Versichererstammdatenmanagement, Basisdienst QES und sicherer Internetzugang sowie die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan) entstehen. 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 die Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V sowie die Notfalldienstpraxen nach § 75 Absatz 1b Satz 2 letzter Halbsatz erste Alternative SGB V.

**(Anlage 32 BMV-Ä)**

- (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 Einrichtungen und Ärzte, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllen, rechnen vorerst nach den Regelungen dieser Vereinbarung ab. Ab dem Quartal, das auf das Quartal des Abschlusses einer anderen Vereinbarung, die eine Finanzierung vorsieht, folgt, rechnen diese nach den Regelungen der anderen Vereinbarung ab.

**§ 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,



**(Anlage 32 BMV-Ä)**

- 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 V  
entstehen.
- (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.

**§ 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.

**(Anlage 32 BMV-Ä)****§ 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 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.
- (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 festgestellt wird, erhöhen sich die Pauschalen gemäß der Anlage 2 und/oder Anlage 5 und/oder Anlage 6 dieser Vereinbarung entsprechend.

**§ 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 Erstausstattungspauschale 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,

---

**(Anlage 32 BMV-Ä)**

13290 bis 13292, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 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.

- (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 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. Dies gilt auch für Vertragsarztpraxen, die bereits an der Erprobung der Telematikinfrastruktur teilgenommen haben und von ihrem Wahlrecht der Rückgabe nach dem Erprobungsbetrieb keinen Gebrauch machen. Vertragsarztpraxen, die sich im Rahmen eines Feldtests mit Konnektoren mit den Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan ausgestattet haben, haben Anspruch auf die Finanzierung eines weiteren Konnektors bzw. 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.

---

**(Anlage 32 BMV-Ä)**

- (7) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung prüft die Anspruchsberechtigung der Vertragsarztpraxis gemäß dieser Vereinbarung.

**§ 6a Abrechnung der Pauschalen nach Anlage 6**

- (1) 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.
- (2) Sofern Vertragsärzte in einer Vertragsarztpraxis ausschließlich an einer wissenschaftlichen Evaluation der Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan der gematik teilnehmen, gelten die Regelungen der Anlage 6 Absatz 3.

**§ 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. zusätzlich 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. Erprobungspraxen haben keinen Anspruch auf Erstattung der Betriebskosten, solange sie an der Erprobung teilnehmen. 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.

**§ 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

**(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. November 2018.
- (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 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.

**(Anlage 32 BMV-Ä)**

- Sofern die Summe aller Abschlagszahlungen des GKV-Spitzenverbandes die Gesamtforderungen aller Kassenärztlichen Vereinigungen überschreitet, 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.

- (7) Die zahlungsbegründenden Unterlagen sind stichprobenhaft zu prüfen. Die Details regelt die Anlage 4.

**§ 8a Abrechnungsprozess für die Pauschalen nach Anlage 6**

Die Einzelheiten des Abrechnungsprozesses für die Auszahlung der Pauschalen nach § 6a i. V. m. Anlage 6 zur Förderung der Teilnahme an einem Feldtest und/oder einer wissenschaftliche Evaluation werden von den Vertragspartnern bis zum 31. März 2018 festgelegt.

**§ 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 Höhe der Abschlagszahlungen wird zu Beginn des ersten Feldtestes zwischen den Vertragspartnern festgelegt.
- (2) Die Höhe der quartalsweisen Abschlagszahlungen für die Kalenderjahre ab dem Jahr 2020 vereinbaren die Vertragspartner bis spätestens zum 31. Oktober des jeweiligen Vorjahres, erstmals zum 31. Oktober 2019.
- (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

---

**(Anlage 32 BMV-Ä)**

---

- 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 melden der KBV bis zum 31. Januar eines Kalenderjahres, erstmals zum 31. Januar 2020, die Anzahl der im vorherigen Kalenderjahr quartalsweise tatsächlich an die Vertragsarztpraxen ausgezahlten Pauschalen gemäß der Anlagen 2, 5 und 6 sowie das insgesamt ausgezahlte Finanzvolumen.
- (7) Die KBV teilt dem GKV-Spitzenverband bis zum 28. Februar eines Kalenderjahres erstmals zum 28. Februar 2020 die Differenz der vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen gemäß Absatz 1 bzw. ab dem 28. Februar 2021 gemäß Absatz 2 und der gemäß Absatz 6 gemeldeten Beträge mit.
- 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 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.

### **§ 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.

---

**(Anlage 32 BMV-Ä)****§ 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**

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.



**(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
<b>Konnektor inklusive gSMC-K</b>	1	1	1
<b>Stationäres Kartenterminal, inklusive gSMC-KT</b>	1	2	3
<b>SMC-B (Konnektor)</b>	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 hinaus gehen.
- (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 2 und 3)
In Vertragsarztpraxen je angefangene 625 Betriebsstättenfälle je	1

**(Anlage 32 BMV-Ä)****Anlage 2: Pauschalen für die Erstattung der Kosten**

- (1) Diese Anlage ist anzuwenden, wenn ausschließlich ein Konnektor mit den Funktionalitäten für den ersten Wirkbetrieb der Telematikinfrastruktur (Versichertenstammdatenmanagement, sicherer Internetzugang und nachrüstbarer Basisdienst QES) in der Vertragsarztpraxis genutzt wird. 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 zum 3. Quartal 2018 wird ausgehend vom Startpreis nach Satz 1 ein um jeweils 10 % reduzierter Konnektorpreis bei der Berechnung der Pauschale berücksichtigt. Ab dem 3. Quartal 2018 ist bei der Berechnung der Pauschale ein Konnektorpreis in Höhe von 720,00 Euro brutto zu berücksichtigen. § 10 Absatz 2 gilt.

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 d. 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 €
	ab 3. Quartal 2018	1.155,00 €	1.590,00 €	2.025,00 €

- (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 €

---

**(Anlage 32 BMV-Ä)**

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 €

**(Anlage 32 BMV-Ä)**

---

**Anlage 3: - nicht besetzt -**

**(Anlage 32 BMV-Ä)**

---

**Anlage 4: Stichprobenprüfungen**

Die Einzelheiten der Anlage 4 werden von den Vereinbarungspartnern bis zum 31. März 2018 festgelegt.

**(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 wird, der zusätzlich zu den Funktionalitäten des ersten Wirkbetriebs der Telematikinfrastruktur (Versichertenstammdatenmanagement, sicherer Internetzugang und nachrüstbarer 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.

<b>Bezeichnung der Pauschale</b>	<b>Höhe der Pauschale</b>
NFDM/eMP-Pauschale gemäß § 2 Abs. 1 lit. b., einmalig je Vertragsarztpraxis	530,00 €
Zuschlag zur Pauschale für die Betriebskosten gemäß Anlage 2 Absatz 3, quartalsweise je Vertragsartpraxis	4,50 €

- (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.

<b>Bezeichnung der Pauschale</b>	<b>Höhe der Pauschale</b>
Pauschale je stationärem Kartenterminal	435,00 €

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

- (3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass sie für Ärzte, die an der wissenschaftlichen Evaluation der Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan im produktiven Betrieb der Telematikinfrastruktur teilnehmen, insbesondere eine Aufwandspauschale festlegen werden, wenn der genaue Umfang der wissenschaftlichen Evaluation durch die gematik beschlossen wurde.

---

**(Anlage 32 BMV-Ä)****Protokollnotiz**

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Anzahl der Teilnehmer je Feldtest 75 Vertragsarztpraxen beträgt und wirken in der gematik darauf hin, dass diese Zahl in dem entsprechenden Beschluss so festgelegt wird. Sollten sich aus dem Beschluss der gematik Änderungen bzgl. der Anzahl der Teilnehmer ergeben, soll diese Vereinbarung entsprechend angepasst werden.



---

**(Anlage 32 BMV-Ä)****Anlage 7: eArztbrief**

**Übergangsvereinbarung zur Abrechnung  
elektronischer Briefe  
in der vertragsärztlichen Versorgung  
für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2018 bis zur Verfügbarkeit von für  
die Übermittlung des elektronischen Briefes zugelassenen Diensten  
nach § 291b Absatz 1e SGB V**

**Präambel**

Nach § 291f Absatz 5 SGB V wird die Höhe des Zuschlages für elektronische Briefe für den Zeitraum ab dem Jahr 2018 durch die Vertragspartner nach § 291a Absatz 7b Satz 2 SGB V vereinbart. § 291f Absatz 5 Satz 2 SGB V sieht vor, dass der Zuschlag nur vereinbart werden darf, wenn für die Übermittlung des elektronischen Briefes zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V genutzt werden.

Aufgrund von zeitlichen Verschiebungen werden die Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V entgegen der Erwartung des Gesetzgebers allerdings zu Beginn des Jahres 2018 noch nicht zur Verfügung stehen.

Um eine Unterbrechung der Übermittlung und Abrechnung elektronischer Briefe in den vertragsärztlichen Praxen zu vermeiden, sieht es das Bundesministerium für Gesundheit ausdrücklich als vertretbar an, wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband für einen befristeten Übergangszeitraum – bis die Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V genutzt werden können – eine Vergütung für die Übermittlung elektronischer Briefe im Bundesmantelvertrag vereinbaren, sofern die Festlegungen der Richtlinie nach § 291f Absatz 2 SGB V sowie die Regelungen nach § 291f Absatz 1 SGB V erfüllt werden.

Vor diesem Hintergrund vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in dieser Anlage als Bestandteil des Bundesmantelvertrages für einen befristeten Übergangszeitraum eine Vergütung für die Übermittlung elektronischer Briefe.

**§ 1 Vereinbarungsgegenstand**

Diese Vereinbarung regelt die Abrechnung der elektronischen Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V i. V. m. der Richtlinie Elektronischer Brief in der Fassung vom 8. Dezember 2017 für den Zeitraum vom 1. Januar 2018 bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V genutzt werden können, längstens aber bis zum 30. Juni 2019.

**§ 2 Vergütung**

- (1) Es wird die Übermittlung eines elektronischen Briefes zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen nach den Regelungen der Richtlinie Elektronischer Brief in der Fassung vom 8. Dezember 2017 vergütet.

**(Anlage 32 BMV-Ä)**

- (2) Für das Versenden und Empfangen eines elektronischen Briefes nach den Regelungen der Richtlinie Elektronischer Brief in der Fassung vom 8. Dezember 2017 erhalten Vertragsärzte folgende Vergütungen:

Kostenpauschale	Bezeichnung	Vergütung
86900	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	0,28 €
86901	Empfangen eines elektronischen Briefes	0,27 €

Für das Versenden eines elektronischen Briefes nach den Regelungen dieser Anlage sind die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht berechnungsfähig.

- (3) Die nach den Regelungen der Richtlinie Elektronischer Brief in der Fassung vom 8. Dezember 2017 versendeten elektronischen Briefe ersetzen den vergleichbaren Versand mit konventionellen Post-, Boten- und Kurierdiensten sowie per Fax. Die in Absatz 2 genannten Kostenpauschalen können nur berechnet werden, sofern für die Übermittlung eines Dokumentes gleichen Inhalts und bei gleichem Empfänger die Kostenpauschalen des Abschnittes 40.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht berechnet werden. Erfolgt neben den genannten Kostenpauschalen die Berechnung von Kostenpauschalen entsprechend Abschnitt 40.4 in Folge des Versandes an einen anderen (nicht an der Richtlinie Elektronischer Brief in der Fassung vom 8. Dezember 2017 teilnehmenden) Empfänger, sind diese Kostenpauschalen über die entsprechenden Pseudoziffern für die Kostenpauschalen abzurechnen.

Kostenpauschale	Bezeichnung	Pseudoziffer
40120	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g	86902
40122	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 50 g	86903
40124	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 500 g	86904
40126	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 1000 g	86905

---

**(Anlage 32 BMV-Ä)****§ 3 Finanzierung**

Die Finanzierung der Leistungen 86900 und 86901 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

**§ 4 Rechnungslegung**

Die Rechnungslegung der Leistungen erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400 - ärztliche Behandlung -, Ebene 6.

**§ 5 Gültigkeit**

Diese Übergangsvereinbarung tritt am 1. Januar 2018 in Kraft und endet zu dem Zeitpunkt, zu dem die Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V genutzt werden können, spätestens jedoch am 30. Juni 2019.

**§ 6 Evaluation**

Die Partner dieser Vereinbarung evaluieren die Entwicklung der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfes der Kostenpauschalen 86900 und 86901 nach Vorliegen der Abrechnungsdaten. Mit der Evaluation kann ein Dritter beauftragt werden. Die Inhalte der Evaluation werden gesondert geregelt.

**§ 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 dem in zulässiger Weise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

**Protokollnotiz:**

Die Partner dieser Vereinbarung beschließen bis zum 31. März 2018 im Bewertungsausschuss ein Übergangsverfahren zur Anpassung der Behandlungsbedarfe nach § 87a Abs. 4 SGB V aufgrund des Wegfalls des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste infolge der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß § 291f Abs. 1 Satz 2 SGB V. Dieses beinhaltet die Anpassung der Behandlungsbedarfe der Jahre 2017 und 2018 durch die KV-spezifische Verrechnung der Kürzungen des Behandlungsbedarfs für jedes der Quartale der Jahre 2018 und 2019. Die KV-spezifischen Kürzungen des Behandlungsbedarfs sind bis Ende Juli des jeweiligen Jahres 2018 bzw. 2019 vom Bewertungsausschuss zu beschließen und im Rahmen der Rechnungslegung zu berücksichtigen. Sie werden bestimmt auf Basis der Anzahl der im jeweiligen Vorjahresquartal der Jahre 2018 bzw. 2019 empfangenen E-Arztbriefe, reduziert um die über den arithmetischen Mittelwert der jeweils für das Jahr 2017 bzw. 2018 empfohlenen demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate hinausgehende Mengenentwicklung bei den insgesamt übermittelten Briefen, die mit der häufigkeitsgewichteten durchschnittlichen Kostenpauschale herkömmlich übermittelter Briefe bewertet werden.

**(Anlage 32 BMV-Ä)**

---

Berlin, den 14.12.2017

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 2018**

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

---

## **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](http://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 Personalfeld 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.

#### **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?

---

**Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä)**

---

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

**Vereinbarung  
über die Anforderungen an die technischen Verfahren  
zur telemedizinischen Erbringung  
der konsiliarischen Befundbeurteilung von  
Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung  
gemäß § 291g Absatz 1 Satz 1 SGB V**

zwischen

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

und

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

(Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag – Ärzte)

## Inhaltsverzeichnis

§ 1 Vertragsgegenstand .....	2
§ 2 Anforderungen an die Einholung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung .....	2
§ 3 Anforderungen an die Durchführung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung.....	3
§ 4 Bestimmungen zum Datenschutz.....	3
§ 5 Technische Anforderungen an den Vertragsarzt .....	4
§ 6 Anforderungen an den Kommunikationsdienst.....	4
§ 7 Weiterentwicklung .....	5
§ 8 Salvatorische Klausel.....	5
§ 9 Inkrafttreten und Kündigung.....	5
Protokollnotiz.....	6



## **§ 1 Vertragsgegenstand**

- (1) Diese Vereinbarung regelt die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von digital erstellten Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit und die Anforderungen an die technische Umsetzung. Die telemedizinische Erbringung von konsiliarischen Befundbeurteilungen im Rahmen dieser Vereinbarung wird definiert als zeitversetzte Zweitbefundung der in Satz 1 genannten Aufnahmen durch einen Konsiliararzt mittels elektronischen Austausches der Aufnahmen sowie sonstigen, für die Zweitbefundung relevanten Patienteninformationen.
- (2) Radiologische Befundbeurteilungen, die auf der Grundlage der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte erbracht werden, sind derzeit nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

## **§ 2 Anforderungen an die Einholung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung**

- (1) Die telekonsiliarische Befundbeurteilung gemäß § 1 Abs. 1 Satz 2 dieser Vereinbarung darf nur von dem Vertragsarzt eingeholt werden, der eine Genehmigung zur Durchführung von Röntgen- und/oder CT-Untersuchungen gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V<sup>1</sup> besitzt, die Anforderungen der Röntgenverordnung erfüllt und die Erstbefundung der Röntgen- und/oder CT-Untersuchung durchgeführt hat.
- (2) Das sich insbesondere aus dem Zivilrecht, dem Datenschutzrecht sowie der ärztlichen Schweigepflicht ergebende Erfordernis einer Einwilligung des Patienten in die Übermittlung der zu beurteilenden Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen und in die Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung bleibt unberührt.
- (3) Die Einholung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung setzt die Übermittlung aller für die Befundung relevanten Informationen, des Erstbefundes sowie die Übersendung der Information, dass eine Einwilligung gemäß § 2 Abs. 2 vorliegt, durch den anfordernden Vertragsarzt voraus.
- (4) Der das Telekonsil einholende Arzt stellt sicher, dass sowohl die Röntgen- und/oder CT-Aufnahme(n) sowie der Erst- und Zweitbefund zusammenhängend bezogen auf den Patienten elektronisch dokumentiert und archiviert werden. Auch für den Zweitbefund gelten die Vorgaben der Röntgenverordnung zur Speicherung und Archivierung.

---

<sup>1</sup> Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie sowie Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie

### **§ 3 Anforderungen an die Durchführung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung**

- (1) Der Konsiliararzt muss die Genehmigung zur Durchführung der zu befundenden Röntgen- und/oder CT-Untersuchungen gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V<sup>1</sup> vorweisen sowie die Anforderungen der Röntgenverordnung erfüllen.
- (2) Weiterhin muss der Vertragsarzt für die Erbringung der telemedizinischen Befundbeurteilung die geltenden strukturellen Anforderungen zur Befundung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V<sup>1</sup> sowie der Röntgenverordnung erfüllen.
- (3) Die Ergebnisse der telemedizinischen Befundbeurteilung werden in schriftlicher Form elektronisch maximal drei Werktage nach Eingang des Auftrages zur Befundung an den einholenden Vertragsarzt übermittelt.
- (4) Der Inhalt sowie die Datenstruktur des Zweitbefundes gemäß § 1 Abs. 1 Satz 2 orientiert sich an den Vorgaben der Norm 6827-5 zum radiologischen Befundbericht und soll mindestens enthalten:
  - Angabe des Bildmaterials auf dessen Basis der Zweitbefund erstellt wird,
  - Angaben zum Patienten,
  - Name des das Telekonsil einholenden Arztes,
  - medizinische Fragestellung (des einholenden Arztes),
  - Ergebnisse der Zweitbefundung,
  - Bewertung und Empfehlung,
  - Name des Konsiliararztes und Datum der qualifizierten elektronischen Signatur mittels Heilberufsausweis (HBA) gemäß § 291a SGB V.
- (5) Eine strukturierte, elektronische Übermittlung der Daten des Zweitbefundes erfolgt spätestens ab dem 1.1.2018 auf Basis des "Implementierungsleitfaden „Arztbrief“ auf Basis der HL 7 Clinical Document Architecture, Release 2 für das deutsche Gesundheitswesen“ des bvitg in Version 1.5.0, Stand 12.05.2006 bzw. der dann jeweils gültigen Version.

### **§ 4 Bestimmungen zum Datenschutz**

- (1) Die Kommunikationsdienstleister und der Vertragsarzt haben für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten zu beachten, die sich insbesondere aus den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) sowie 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 Datensicherheit hat die Datenverarbeitung bei dem beauftragenden Vertragsarzt und dem Konsiliararzt zu gewährleisten, dass technische und organisatorische Maßnahmen entsprechend § 9 BDSG eingehalten werden.

### **§ 5 Technische Anforderungen an den Vertragsarzt**

- (1) Die digitale Bildaufzeichnung bei Röntgen und Computertomographie muss den Anforderungen der Röntgenverordnung § 3 Absatz 3 Nummer 2a entsprechen.
- (2) Die digital erstellten Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen müssen für die telekonsiliarische Befundbeurteilung gemäß § 1 Abs. 1 Satz 2 konform zum DICOM-Standard weitergegeben werden.
- (3) Die apparative Ausstattung (z. B. Bildwiedergabeeinrichtung) und die elektronische Datenübertragung müssen gewährleisten, dass die diagnostische Aussagekraft der digital erstellten und übermittelten Röntgen- und/oder CT-Aufnahme(n) nicht beeinträchtigt wird.
- (4) Zur Übermittlung von Dateien im Zusammenhang mit einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung darf der Vertragsarzt ausschließlich Kommunikationsdienste nach § 6 dieser Vereinbarung verwenden.
- (5) Zur Sicherstellung datenschutzkonformer Transportwege für die Übermittlung dieser Dateien müssen die Kommunikationsdienste nach § 6 ein virtuelles privates Netzwerk (virtual private network; VPN) verwenden.
- (6) Der behandelnde Vertragsarzt muss die elektronische Beauftragung des Konsiliararztes mit einer qualifizierten elektronischen Signatur mittels elektronischem Heilberufsausweis (HBA) gemäß § 291a SGB V versehen.

### **§ 6 Anforderungen an den Kommunikationsdienst**

- (1) Der zur Übertragung der für die konsiliarischen Befundbeurteilung notwendigen Dateien genutzte Kommunikationsdienst muss die folgenden Anforderungen erfüllen:
1. Der Kommunikationsdienst muss gewährleisten, dass die bei der digitalen Bildaufzeichnung nach § 5 einzuhaltenden Standards auch nach der Übermittlung erfüllt werden und die diagnostische Aussagekraft nicht beeinträchtigt wird.
  2. Der Kommunikationsdienst muss eine adressierte Kommunikation sowie eine eindeutige Identifizierung des Absenders und Empfängers gewährleisten.
  3. Der Kommunikationsdienst muss gewährleisten, dass der Inhalt der Nachricht während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem Stand der Technik gemäß aktuell gültiger Technischer Richtlinie 3116-1 des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik Ende-zu-Ende verschlüsselt ist.
  4. Der Kommunikationsdienst muss gewährleisten, dass neben der digitalen Bildübermittlung auch weitere patientenbezogene Dateien

übermittelt werden können.

- (2) Es dürfen grundsätzlich nur Kommunikationsdienste zur Übertragung der Daten genutzt werden, die als sogenanntes „Sicheres Übermittlungsverfahren“ im Sinne des § 291b Abs. 1e SGB V von der gematik zugelassen wurden.
- (3) Solange ein Dienst nach § 291b Abs. 1e SGB V, der die digitale Bildübermittlung gemäß dieser Vereinbarung in der Telematikinfrastruktur für Vertragsärzte ermöglicht, noch nicht verfügbar ist oder die Telematikinfrastruktur die Bildübertragung noch nicht ermöglicht, muss der Anbieter den Nachweis führen, dass er die Anforderungen an die Gewährleistung der Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten und die Anforderungen gemäß Abs. 1 erfüllt.

Dieser Nachweis kann erbracht werden durch:

- a. ein Zertifikat des Bundesamtes für die Sicherheit in der Informationstechnik,
- b. ein Zertifikat über die technische Sicherheit sowie zusätzlich ein Datenschutzzertifikat von jeweils einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditierten Stelle,
- c. ein Gütesiegel, das von einer unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörde vergeben bzw. anerkannt wurde,
- d. eine Bestätigung der gematik gemäß § 291a Abs. 7 Satz 3 SGB V.

Die Übergangsfrist endet 6 Monate nachdem ein entsprechender Dienst gemäß Abs. 2 zur Verfügung steht.

- (4) Sofern ein Kommunikationsdienst nach Abs. 2 nicht bis zum 31.12.2017 zur Verfügung steht, nehmen die Vertragspartner umgehend Gespräche auf, um Maßnahmen zu beraten, mit denen die Einführung eines solchen Dienstes beschleunigt wird.

## **§ 7 Weiterentwicklung**

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

## **§ 8 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 zulässiger Weise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

## **§ 9 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Juli 2016 in Kraft und gilt auf unbestimmte Zeit.

- (2) Vergütungen von Leistungen auf Grund dieser Vereinbarung erfolgen nach den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ab dem 1. April 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.

### Protokollnotiz

Die Partner dieser Vereinbarung stimmen darin überein, dass im Rahmen der Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gemäß § 87 Abs. 2a Satz 17 SGB V die Bedingungen sowie die Arztgruppen, die die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen einholen und durchführen dürfen, auf Basis folgender Eckpunkte geregelt werden:

- Vorliegen einer untersuchungsbezogenen medizinischen Fragestellung, die nicht im originären Fachgebiet des das Telekonsil einholenden Vertragsarztes verortet ist. In diesem Fall sollte grundsätzlich ein Facharzt für Radiologie mit der Durchführung der telemedizinischen Befundbeurteilung beauftragt werden.
- Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine konsiliarische Zweitbefundung erfordert. In diesem Fall sollte grundsätzlich ein Facharzt für Radiologie oder ein Vertragsarzt mit der gleichen Facharztbezeichnung wie der das Telekonsil einholende Arzt mit der Durchführung der telemedizinischen Befundbeurteilung beauftragt werden.

Die Vertragspartner sind sich einig, dass es sich bei § 6 Absatz 3 Satz 2 Punkt d um eine Bestätigung gemäß § 291a Abs. 7 Satz 3 SGB V für eine eigenständige Anwendung handeln muss.

---

GKV-Spitzenverband

---

Kassenärztliche Bundesvereinigung

**Vereinbarung  
über die Anforderungen an die technischen Verfahren  
zur Videosprechstunde  
gemäß § 291g Absatz 4 SGB V**

zwischen

dem **GKV-Spitzenverband, K. d. ö. R., Berlin**

und

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

(Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag - Ärzte)

## Inhaltsverzeichnis

§ 1 Vertragsgegenstand .....	2
§ 2 Bestimmungen zum Datenschutz .....	2
§ 3 Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde .....	2
§ 4 Anforderungen an den Vertragsarzt .....	2
§ 5 Anforderungen an den Videodienstanbieter .....	3
§ 6 Weiterentwicklung .....	4
§ 7 Salvatorische Klausel .....	4
§ 8 Inkrafttreten und Kündigung .....	4
Anlage 1: Technische Anforderungen an die apparative Ausstattung der Arztpraxis .....	6

## **§ 1 Vertragsgegenstand**

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 im Rahmen dieser Vereinbarung wird gemäß § 291g SGB V definiert als synchrone Kommunikation zwischen einem Arzt und einem ihm bekannten 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 Arzt dem Patienten anbieten kann.

## **§ 2 Bestimmungen zum Datenschutz**

- (1) Der Videodienstanbieter und der Vertragsarzt haben für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten die rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten, die sich insbesondere aus den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) sowie 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 Datensicherheit hat der Vertragsarzt in seinen Räumlichkeiten zu gewährleisten, dass bei der Verarbeitung personenbezogener Daten die technischen und organisatorischen Maßnahmen entsprechend § 9 BDSG eingehalten werden.

## **§ 3 Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde**

Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde für beide 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 der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde gemäß § 3 und holt eine schriftliche Einwilligung des Patienten in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung ein, die die Anforderungen des § 4a BDSG erfüllt und die der Patient jederzeit widerrufen kann.
- (3) Die Videosprechstunde darf nur von einem Vertragsarzt durchgeführt werden.

### **§ 5 Anforderungen an den Videodienstanbieter**

- (1) Der für die Videosprechstunde genutzte Videodienstanbieter muss die folgenden Anforderungen erfüllen:
  1. Der Arzt muss sich für den Videodienst registrieren.
  2. Der Videodienst muss keinen Zweitzugang vorhalten. Sofern ein Zweitzugang für Praxispersonal möglich ist, darf dieser allein und ausschließlich zu organisatorischen Zwecken im Zusammenhang mit der Videosprechstunde genutzt und mit diesem keine Videosprechstunde durchgeführt werden.
  3. Patienten müssen sich ohne Account anmelden können, der Klarname des Patienten soll für den Arzt erkennbar sein. Der Zugang darf nur zum Kontakt mit dem initiierenden Arzt führen und muss zeitlich auf höchstens einen Monat befristet sein.
  4. Der Videodienstanbieter muss gewährleisten, dass der Arzt die Videosprechstunde ungestört, z .B. ohne Signalgeräusche weiterer Anrufer, durchführen kann.
  5. Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über eine Peer-to-Peer-Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers. Ein zentraler Server darf lediglich zur Gesprächsvermittlung genutzt werden.
  6. Der Videodienstanbieter muss gewährleisten, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem Stand der Technik Ende-zu-Ende, beispielsweise nach der Technischen Richtlinie 02102 des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik in der jeweils aktuell gültigen Fassung, verschlüsselt sind.
  7. Die eingesetzte Software muss bei Schwankungen der Verbindungsqualität bezüglich der Ton- und Bildqualität adaptiv sein. Die Entscheidung über die Durch- bzw. Fortführung der Videosprechstunde bei abnehmender Ton- und Bildqualität obliegt den Gesprächsteilnehmern. Sofern Konkretisierungen zu den Anforderungen an die bei der Übertragung einzusetzende Technik sowie Bild- und Tonqualität erforderlich sind, werden diese in einem anwendungsspezifischen Anhang zu dieser Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte indikationsbezogen geregelt.
  8. Sämtliche Inhalte der Videosprechstunde dürfen durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
  9. Videodienstanbieter dürfen nur Server in der EU nutzen. Alle Metadaten 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.

10. Die Nutzungsbedingungen müssen vollständig in deutscher Sprache und auch ohne vorherige Anmeldung online abrufbar sein.
11. Das Schalten von Werbung im Rahmen der Videosprechstunde ist untersagt.
- (2) Der Anbieter muss den Nachweis führen, dass er die Anforderungen an die Gewährleistung der Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten (nach a) und b)) sowie die inhaltlichen Anforderungen (nach c) gemäß Abs. 1 erfüllt.
- Diese Nachweise können erbracht werden durch:
- a) Informationssicherheit:
- (1) ein Zertifikat des Bundesamtes für die Sicherheit in der Informationstechnik oder
  - (2) ein Zertifikat über die technische Sicherheit von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditierten Stelle.
- b) Datenschutz:
- (1) ein Gütesiegel, das von einer unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörde vergeben bzw. anerkannt wurde oder
  - (2) ein Datenschutzzertifikat von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditierten Stelle.
- c) Inhalte:
- ein Zertifikat oder Gutachten oder Vergleichbare Bestätigung von einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditierten Stelle.

## **§ 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 dem zulässiger Weise 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 auf Grund 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.

---

GKV-Spitzenverband

---

Kassenärztliche Bundesvereinigung

## **Anlage 1: Technische Anforderungen an die apparative Ausstattung der Arztpraxis**

Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass zur Durchführung der Videosprechstunde 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 und Tonwiedergabeeinheit müssen vorhanden sein

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

- einerseits -

und

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

- andererseits -

vereinbaren als Anlage 3 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä)

die nachstehende

**Vereinbarung**  
**von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V**  
**zur**  
**Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten**  
**(Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle)**

**Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

---

**Abschnitt A  
Allgemeine Bestimmungen****§ 1  
Ziel und Inhalt**

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle (Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators<sup>1</sup> und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie<sup>2</sup>) gesichert werden soll.

Die Vereinbarung regelt die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle in der vertragsärztlichen Versorgung (Leistungen nach den Nummern 04411, 04413 bis 04416, 13571 und 13573 bis 13576 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)).<sup>3</sup>

**§ 2  
Genehmigung**

- (1) Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle in der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt die nachstehenden fachlichen und apparativen Voraussetzungen nach den §§ 5 und 6 im Einzelnen erfüllt.
- (2) Die Erfüllung der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Verfahren richtet sich nach Abschnitt C dieser Vereinbarung in Verbindung mit der Rahmenvereinbarung für Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie mit den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V.

**§ 3  
Aufgaben der Rhythmusimplantat-Kontrolle**

Die Implantatkontrolle beinhaltet:

- Überprüfung der Funktionsfähigkeit des Systems
- Individuelle Optimierung der programmierbaren Parameter

---

<sup>1</sup> Im Folgenden: ICD

<sup>2</sup> Im Folgenden: CRT-System

<sup>3</sup> Die nachstehenden Personen- und Berufsbezeichnungen werden einheitlich sowohl für die weibliche als auch für die männliche Form verwendet.

**Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

---

- Anpassung der zur Verfügung stehenden Diagnostik- und Therapieoptionen des Rhythmusimplantats an die klinische Situation
- Erkennen und Beheben von Fehlfunktionen
- Erkennen von Komplikationen
- Entscheidung über erforderliche Anpassung eines Rhythmusimplantats an die klinische Situation (Ein- bzw. Zweikammer-, CRT-System, Defibrillator)
- Festlegung des optimalen Austauschzeitpunktes eines Systems
- Optimierung der Device-Laufzeit

**§ 4****Telemedizinische Erbringung zur Kontrolle kardialer Rhythmusimplantate**

Unbeschadet der übrigen Regelungen dieser Vereinbarung und Anlage 31 BMV-Ä ist bei telemedizinischer Kontrolle zu gewährleisten, dass die Rückmeldung an den Patienten zu den Ergebnissen der Implantatkontrolle bei Auffälligkeiten bzw. Umprogrammierungsbedarf spätestens am nächsten Werktag, ansonsten innerhalb der drei nächsten Werktage erfolgt.

---

**Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

---

**Abschnitt B**  
**Genehmigungsvoraussetzungen****§ 5****Fachliche Befähigung**

- (1) Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle gilt als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 10 nachgewiesen werden:
1. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung 'Innere Medizin und Kardiologie' oder der Facharztbezeichnung 'Kinder- und Jugendmedizin' mit der Schwerpunktbezeichnung 'Kinder-Kardiologie'.
  2.
    - a) Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle: Selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung
    - b) Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher- und der ICD-Kontrolle: Selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung
    - c) Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle: Selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen, 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

Soweit die unter a) bis c) geforderte Anzahl von Leistungen unter Anleitung erbracht, nicht jedoch innerhalb des geforderten Zeitraums durchgeführt wurde, können innerhalb dieses Zeitraums selbständig durchgeführte Leistungen angerechnet werden.
- (2) Die Anleitung nach Absatz 1 Nr. 2 hat bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung in einem unter Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet und Schwerpunkt befugt ist.
- (3) Die Anforderungen nach Absatz 1 Nr. 2 gelten aufgrund der sehr geringen Patientenzahlen nicht für Kinder-Kardiologen.
- (4) Die Anforderungen an die fachliche Befähigung gelten bei Nachweis der Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“ als erfüllt.



**Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

---

- (5) Näheres zu den Zeugnissen und Bescheinigungen regelt § 10.

**§ 6****Apparative Voraussetzungen**

- (1) Folgende apparative Voraussetzungen sind zu erfüllen:
1. ein implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät,
  2. ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen,
  3. eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator.
- (2) Die Erfüllung der apparativen Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Antragstellung auf die Genehmigung nachzuweisen.
- (3) Bezüglich der Software der Programmiergeräte hat der Arzt die Verpflichtung nach § 16 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung zur Mitwirkung an den korrektiven Maßnahmen entsprechend den Maßnahmenempfehlungen des Verantwortlichen nach § 5 MPG (z.B. des Herstellers des Implantats) zu erfüllen. Weitere Pflichten nach dem Medizinprodukterecht, wie etwa die Meldepflichten nach § 3 Absatz 2 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung, bleiben unberührt.

**Abschnitt C****Auflagen****§ 7****Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung**

- (1) Ärzte, denen eine Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle erteilt worden ist, müssen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung an Fortbildungsmaßnahmen zur Kardiologie, nachgewiesen durch mindestens 20 Fortbildungspunkte in 24 Monaten teilnehmen.
- (2) Der Arzt hat gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in geeigneter Weise nachzuweisen, dass er die Auflage nach Absatz 1 in den festgelegten Zeiträumen erfüllt hat. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt fest, ob der erforderliche Nachweis geführt wurde. Soweit der Nachweis nicht geführt wurde, teilt dies die Kassenärztliche Vereinigung dem Arzt unverzüglich mit.
- (3) Kann der Nachweis nach Ablauf von weiteren auf den genannten Zeitraum folgenden 24 Monaten erneut nicht geführt werden, wird die Genehmigung widerrufen.

**Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

---

**§ 8****Schriftliche Dokumentation**

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht, einschließlich Anamnese, Befundung und Angaben zur Therapie, muss die Dokumentation der HSM-/ICD-/CRT-Kontrolle mindestens folgende Systemparameter beinhalten:

## 1. Herzschrittmacher-Kontrolle:

- Programmer-Ausdruck mit mindestens folgenden Daten:
  - Batteriestatus
  - Elektrodendaten (Impedanz)
  - Testergebnisse (Wahrnehmung / Reizschwelle)
  - Diagnostikübersicht (Anteil Sensing und Pacing, Herzfrequenzhistogramm, Modeswitch Episoden etc.)
  - Programmierte Parameter, Nachweis einer eventuellen Umprogrammierung

## 2. ICD- / CRT-Kontrolle:

- Programmer-Ausdruck mit mindestens folgenden Daten:
  - Batteriestatus
  - Elektrodendaten
  - Testergebnisse (Wahrnehmung / Reizschwelle)
  - Diagnostikübersicht (z. B. AMS-Episoden / AT–AF-VT-VF / AS-AP; VP, BP / Herzfrequenzhistogramm und Trends etc.)
  - Episoden-/Therapieübersicht z.B. ATP/ Schockabgabe
  - Programmierte Parameter einschließlich Dokumentation einer Umprogrammierung

**§ 9****Überprüfung der ärztlichen Dokumentation**

- (1) Die Überprüfung richtet sich auf die Vollständigkeit und die Nachvollziehbarkeit der Dokumentation nach § 8 im Hinblick auf die patientenadäquate Programmierung des Systems im konkreten Fall.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung fordert jährlich von mindestens 15 % der Ärzte die Dokumentation nach § 8 von je 20 abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patienten aus einem Kalenderjahr an. Die Auswahl der Fälle erfolgt nach dem Zufallsprinzip unter der Angabe des Namens des Patienten und des Quartals, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.
- (3) Sind mehr als 2 Dokumentationen unvollständig oder ergeben sich bei mehr als 2 Dokumentationen Hinweise auf eine nicht adäquate Programmierung, fordert die Kassenärztliche Vereinigung bei dem betreffenden Arzt eine schriftliche Stellungnahme an. Können die festgestellten Auffälligkeiten durch diese Stellungnahme

**Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

---

nicht ausreichend begründet werden oder wurde keine Stellungnahme abgegeben, muss der Arzt an einem Kolloquium zu den konkreten Fällen bei der Kassenärztlichen Vereinigung teilnehmen. Bei Feststellung unbegründeter Abweichungen von einer adäquaten Programmierung wird die Genehmigung mit Auflagen versehen bzw. bei gravierenden Abweichungen widerrufen. Verweigert der Arzt die Teilnahme an dem Kolloquium, ist die Genehmigung zu widerrufen.

- (4) Der Antrag auf Wiedererteilung der Genehmigung kann frühestens 6 Monate nach dem Widerruf der Genehmigung gestellt werden. Die Wiedererteilung der Genehmigung richtet sich nach § 5.

**Abschnitt D****Verfahren****§ 10****Genehmigungsverfahren**

- (1) Anträge auf die Genehmigung sind an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu richten.
- (2) Dem Antrag auf die Genehmigung sind beizufügen:
1. Urkunde über Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung 'Innere Medizin und Kardiologie' oder der Facharztbezeichnung 'Kinder- und Jugendmedizin' mit der Schwerpunktbezeichnung 'Kinder-Kardiologie'
  2. Zeugnisse, welche von dem anleitenden Arzt nach § 5 Abs. 2 unterzeichnet sind und mindestens folgende Angaben beinhalten:
    - a) Überblick über die Zusammensetzung des Krankengutes der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand,
    - b) Zahl der vom Antragsteller (mit Ausnahme der Kinder-Kardiologen) durchgeführten Funktionsanalysen von Herzschrittmachern, ICD sowie von CRT-Systemen,
    - c) Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von Funktionsanalysen von Herzschrittmachern, ICD sowie von CRT-Systemen.
  3. Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 6.
- (3) Über den Antrag auf die Genehmigung entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn aus den vorgelegten Zeugnissen

**Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

---

und Bescheinigungen hervorgeht, dass die in Abschnitt B genannten fachlichen und apparativen Voraussetzungen erfüllt sind.

- (4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die zuständigen Qualitätssicherungskommissionen beauftragen, die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen. Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt.
- (5) Bestehen trotz Vorlage der in Absatz 2 geforderten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung von Ärzten nach § 5, so kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen. Das Gleiche gilt, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist. Die nachzuweisenden Zahlen von Funktionsanalysen können durch ein Kolloquium nicht ersetzt werden.
- (6) Das Nähere zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens (zum Beispiel Organisation und Durchführung der Kolloquien, Zusammensetzung der Qualitätssicherungskommissionen) regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V.

**Abschnitt E****Schlussbestimmungen****§ 11****Auswertung**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen der KBV für jedes Kalenderjahr bis zum 30. April des Folgejahres folgende Daten jeweils differenziert nach den drei Genehmigungsbereichen mit:

1. Anzahl erstmalig erteilter Genehmigungen
2. Anzahl der Genehmigungsinhaber am 31.12. des Berichtsjahrs
  - a. Gesamtzahl
  - b. Anzahl der Anträge
  - c. Anzahl der Ablehnungen von Anträgen
  - d. Anzahl von widerrufenen oder zurückgegebenen Genehmigungen
3. Anzahl abrechnender Ärzte
4. Nachweise gemäß § 7:

**Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

---

Anzahl Ärzte, die Fortbildungsnachweise nach § 7 erbracht haben

davon Anzahl Ärzte mit nachgewiesener Fortbildung nach § 7 Abs. 1 da-  
von Anzahl Ärzte mit nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von § 7  
Abs. 3

Anzahl Genehmigungswiderrufe nach § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1

5. Anzahl gemäß § 9 überprüfter Ärzte
6. Anzahl gemäß § 9 überprüfter Dokumentationen
  - a. davon Anzahl Dokumentationen mit Beanstandungen  
davon Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3  
davon Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Pro-  
grammierung nach § 9 Abs. 3
  - b. davon Anzahl ohne Beanstandungen
7. Anzahl Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme nach § 9 Abs. 3 aufgefor-  
dert wurden
8. Anzahl durchgeführter Kolloquien nach § 9 Abs. 3
  - a. Anzahl Kolloquien mit erteilten Auflagen
  - b. Anzahl Widerrufe wegen gravierenden Abweichungen
  - c. Anzahl Widerrufe wegen Nichtteilnahme

Diese auf die Kassenärztlichen Vereinigungen bezogenen Ergebnisse stehen den Partnern des Bundesmantelvertrags zur gemeinsamen Beratung zur Verfügung.

**§ 12****Übergangsregelungen**

- (1) Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie, die beim Inkrafttreten dieser Vereinbarung über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle vom 1. April 2006 verfügen und die die entsprechenden Leistungen vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung regelmäßig durchgeführt und abgerechnet haben, erhalten eine Genehmigung für die Gebührenordnungspositionen zur Rhythmusimplantat-Kontrolle.
- (2) Fachärzte für ‚Innere Medizin‘ mit Schwerpunktbezeichnung (ausgenommen: Kardiologie) oder ohne Schwerpunktbezeichnung, die beim Inkrafttreten dieser Vereinbarung über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle vom 1. April 2006 verfügen, erhalten eine Genehmigung für die Gebührenordnungsposition zur Herzschrittmacher-Kontrolle,

**Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

---

wenn sie die entsprechenden Leistungen vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung regelmäßig durchgeführt und abgerechnet haben.

- (3) Fachärzte für ‚Innere Medizin‘ mit Schwerpunktbezeichnung (ausgenommen: Kardiologie) oder ohne Schwerpunktbezeichnung, die beim Inkrafttreten dieser Vereinbarung über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle vom 1. April 2006 verfügen, erhalten eine Genehmigung für die Gebührenordnungspositionen zur Herzschrittmacher- und zur ICD-Kontrolle, wenn sie die entsprechenden Leistungen vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung regelmäßig durchgeführt und abgerechnet haben und die Sachkunde „Praxis der ICD-Therapie“ oder eine gleichwertige Qualifikation nachweisen können. Eine Genehmigung für die telemedizinischen Funktionsanalysen erhalten sie, wenn sie telemedizinische Funktionsanalysen von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren im Zeitraum bis 30. September 2018 in mindestens zwei Quartalen abgerechnet haben.
- (4) Fachärzte für ‚Innere Medizin‘ mit Schwerpunktbezeichnung (ausgenommen: Kardiologie) oder ohne Schwerpunktbezeichnung, die beim Inkrafttreten dieser Vereinbarung über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle vom 1. April 2006 verfügen, erhalten eine Genehmigung für die Gebührenordnungspositionen zur Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle, wenn sie die entsprechenden Leistungen vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung regelmäßig durchgeführt und abgerechnet haben und die Sachkunden „Praxis der ICD-Therapie“ und „Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)“ oder gleichwertige Qualifikationen nachweisen können. Eine Genehmigung für die telemedizinischen Funktionsanalysen erhalten sie, wenn sie telemedizinische Funktionsanalysen von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und von Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie im Zeitraum bis 30. September 2018 in mindestens zwei Quartalen abgerechnet haben.
- (5) Liegt der Nachweis der Sachkunden nach den Absätzen 3 bis 4 zum Zeitpunkt der Genehmigungserteilung nicht vor, ist dieser innerhalb von vier Jahren nach Genehmigungserteilung der Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen. Die Kassenärztliche Vereinigung hebt die Genehmigung auf, wenn der Nachweis nicht innerhalb dieser Frist erbracht wird.

**§ 13****Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt am 1.10.2018 in Kraft. Sie ersetzt die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle) vom 1.4.2006.

**Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

---

Protokollnotiz:

Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach § 9 wird erstmals für das Jahr 2019 durchgeführt. Die Vertragspartner entscheiden nach Ablauf von vier Jahren nach dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung über die Fortführung, Anpassung oder Beendigung der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach § 9.

Berlin, den 03.07.2018

.....

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

.....

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

