

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

**Vereinbarung über die Anforderungen für die Sicherung der Versorgungsqualität
von telemedizinischen Leistungen gemäß
§ 87 Absatz 2o SGB V**

vom 1. März 2025

Präambel

Mit der vorliegenden Vereinbarung wird der gesetzliche Auftrag gemäß § 87 Absatz 2o SGB V zur Vereinbarung von Vorgaben zur Sicherung der Versorgungsqualität von telemedizinischen Leistungen im Rahmen von Videosprechstunden und Konsilien umgesetzt. Die Vereinbarung ergänzt bestehende Vorgaben des Bundesmantelvertrages und der Telekonsilien-Vereinbarung gemäß § 367 Abs. 1 SGB V zur Sicherstellung der Integration von Videosprechstunden in die Behandlungspfade und der weiteren Einbindung von Telekonsilien in die vertragsärztliche Versorgung.

Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen eröffnet neue Möglichkeiten, die Qualität und Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern. Insbesondere Videosprechstunden können hierbei einen wichtigen Beitrag leisten. Daher streben die Bundesmantelvertragspartner einen weiten Einsatz der Videosprechstunde und von Telekonsilien an.

I. Einleitende Bestimmungen

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Diese Vereinbarung regelt ergänzend zu den Vorgaben zur Durchführung von Videosprechstunden gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä und den Vorgaben zur Durchführung von Telekonsilien gemäß der Telekonsilienvereinbarung nach § 367 Abs. 1 SGB V und der Anlage 31a zum BMV-Ä weitere Vorgaben zur Sicherung der Versorgungsqualität von telemedizinischen Leistungen, die durch Videosprechstunden oder Konsilien erbracht werden. Abweichende Regelungen in der Anlage 1 des Bundesmantelvertrages-Ärzte bleiben von dieser Vereinbarung unberührt.

§ 2 Begriffsbestimmung

Ein unbekannter Patient im Sinne dieser Vereinbarung ist ein Patient, bei dem im Zeitraum der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals vor Durchführung der Videosprechstunde kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in der die Videosprechstunde durchführenden Praxis stattgefunden hat.

II. Allgemeine Vorgaben

§ 3 Elektronische Patientenakte

Bei der Durchführung von Videosprechstunden und der Durchführung von Videokonsilien hat der Vertragsarzt die elektronische Patientenakte zu verwenden, soweit der Patient nicht dem Zugriff des Arztes auf die Daten nach § 342 Abs. 2a SGB V in der elektronischen Patientenakte gemäß § 353 Abs. 1 oder 2 SGB V widersprochen hat und sofern dies veranlasst ist. Die Übertragung der Daten erfolgt nach § 347 SGB V.

§ 4 Elektronischer Medikationsplan

Für den Medikationsplan nach § 31a SGB V gelten die Vorgaben nach §§ 334 Abs. 1 S. 2 Nr. 4, 342 Abs. 2a) SGB V, 358 Abs. 2 SGB V.

§ 5 Elektronische Arztbriefe und sichere Übermittlungsverfahren

Der Vertragsarzt hat elektronische Arztbriefe nach den Regelungen §§ 347 Abs. 2 Nr. 4, Abs. 3 SGB V i.V.m. § 341 Abs. 2 Nr. 1 d) SGB V in die elektronische Patientenakte zu übermitteln und dort zu speichern. Für sichere Übermittlungsverfahren gilt § 311 Abs. 6 SGB V entsprechend.

III. Besondere Vorgaben für die Durchführung der Videosprechstunde

§ 6 Angebot von Videosprechstunden und Telekonsilien

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer sollen grundsätzlich im Rahmen des medizinisch Sinnvollen und unter Berücksichtigung der organisatorischen Verpflichtungen Videosprechstunden anbieten.
- (2) Die Inanspruchnahme einer Videosprechstunde muss für Versicherte niedrigschwellig möglich sein (z.B. Terminvereinbarung vor Ort, am Telefon, per TI-Messenger, via Terminservicestelle der zuständigen KV oder via dem elektronischen System der KBV gemäß § 370a SGB V). Der patientenseitig gewählte Zugangsweg zur Videosprechstunde darf nicht von Umständen abhängig gemacht werden, die den gleichberechtigten Leistungsansprüchen der Versicherten zuwiderlaufen. Insbesondere darf der Zugang nicht von Umständen abhängig gemacht werden, die eine unzulässige Maßnahme im Sinne des Antidiskriminierungsgesetzes (AGG) darstellen oder die zu einer Diskriminierung nach Terminart, -dauer, Zeitpunkt, Kostenträgerschaft oder sonstigen patientenindividuellen Merkmalen führen. Eine Priorisierung der Vergabe von Terminen für Videosprechstunden muss ausschließlich auf Basis der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit erfolgen.
- (3) Das Angebot von Videosprechstunden ist gegenüber den Patienten mindestens in den Praxisräumen transparent auszuweisen.
- (4) An der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer sollen zur Abgabe von konsiliarischen Beurteilungen zur Verfügung stehen. Die Telekonsilien-Vereinbarung gemäß § 367 Abs. 1 SGB V bzw. die Anlage 31a SGB V regelt die Anforderungen an die Beantwortung eines Telekonsiliums. Der einholende Vertragsarzt ist verpflichtet das Ergebnis des Telekonsiliums in die ePA des Versicherten zu übertragen, sofern dem keine Widerspruchstatbestände nach § 342 SGB V entgegenstehen.

§ 7 Räumliche Nähe von Arzt und Patient

- (1) Zur Sicherstellung einer strukturierten Anschlussversorgung müssen die genutzten Terminvermittlungslösungen für Videosprechstunden ab dem 1. September 2025 eine vorrangige Vergabe von Videosprechstunden an Patienten sicherstellen, die ihren Wohnort oder ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in der räumlichen Nähe zum Praxissitz haben. Die räumliche Nähe wird bestimmt durch § 6 der Anlage 28 (TSS-Vereinbarung) zum Bundesmantelvertrag-Ärzte.
- (2) Bei ärztlicher Tätigkeit in mehr als einer Betriebsstätte ist die Distanz zum jeweils nächstgelegenen Ort der Leistungsdurchführung maßgeblich.
- (3) Videosprechstunden, bei denen sich der Versicherte in den Räumlichkeiten eines anderen Praxisstandorts aufhält oder die Inanspruchnahme in Anwesenheit von Praxispersonal stattfindet, fallen nicht unter die Regelungen nach Absatz 1.
- (4) Von den Vorgaben nach Absatz 1 sind vertragsärztliche Tätigkeiten im Notdienst in Form der Videosprechstunde sowie Videosprechstunden ausgenommen, die im Zusammenhang mit der Abgabe einer Zweitmeinung im Sinne der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V mit einem Versicherten durchgeführt werden.

§ 8 Voraussetzungen für die Durchführung von telemedizinischen Leistungen außerhalb des Vertragsarztsitzes

- (1) Werden Videosprechstunden gemäß § 24 Absatz 8 der Ärzte-Zulassungsverordnung außerhalb des Vertragsarztsitzes erbracht, hat der Arzt sicherzustellen, dass diese an einem voll ausgestatteten Telearbeitsplatz erbracht werden.
Anforderungen an den Telearbeitsplatz sind insbesondere:
 - Dedizierter, geschlossener Raum,
 - telefonische Erreichbarkeit
 - Zugriff und vollumfängliche Nutzbarkeit der elektronischen Patientendokumentation und der Anwendungen der Telematikinfrastruktur gemäß § 334 SGB V.
- (2) Die telefonische Erreichbarkeit der Praxis für Versicherte zu üblichen Praxisöffnungszeiten muss auch während der Nutzung des Telearbeitsplatzes zur Durchführung von Videosprechstunden gemäß § 24 Absatz 8 der Ärzte-Zulassungsverordnung außerhalb des Vertragsarztsitzes gewährleistet sein.
- (3) Die vertragsärztliche Tätigkeit nach Abs. 1 Satz 1 hat im Inland zu erfolgen. Eine vertragsärztliche Tätigkeit im Rahmen von Videosprechstunden ist ausgeschlossen, während und solange sich der Vertragsarzt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland befindet.

- (4) Es gelten die Regelungen nach der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde und zu den Telekonsilien (Telekonsilien-Vereinbarung gemäß § 367 Abs. 1 SGB V, Anlage 31a und 31b zum BMV-Ä).

§ 9 Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zur medizinischen Versorgung

- (1) Die außerhalb des Vertragsarztsitzes durchgeführten Videosprechstunden werden nicht auf die in § 19a der Ärzte-Zulassungsverordnung für Vertragsärzte definierte Mindestsprechstundenzeit angerechnet. Satz 1 gilt entsprechend für am Vertragsarztsitz durchgeführte Videosprechstunden außerhalb der Praxisöffnungszeiten.
- (2) Sofern sich Vertragsärzte zur Durchführung der Videosprechstunde Angeboten der Kassenärztlichen Vereinigungen, des elektronischen Systems der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 370a SGB V oder anderer Anbieter bedienen, hat der Vermittlung der Videosprechstunde bei unbekanntem Patienten ab dem 1. September 2025 ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren vorzugehen, welches eine Priorisierung von Terminwünschen nach Behandlungsbedarfen ermöglicht. Auf Basis der Ersteinschätzung wird festgestellt, ob der Fall für eine Videosprechstunde geeignet ist. Sofern keine Eignung für die Videosprechstunde festgestellt werden kann, wird der Versicherte an die vorhandenen Versorgungsstrukturen verwiesen (je nach Ersteinschätzungsergebnis z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser, ärztl. Bereitschaftsdienst, Notaufnahme oder Rettungsdienst). Die elektronischen Programme für eine standardisierte Ersteinschätzung müssen die in Anlage 1 festgelegten Anforderungen erfüllen.
- (3) Das Angebot von Terminen allein zum Zwecke einer bestimmten Leistung (z. B. der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) ist unzulässig.

§ 10 Strukturierte Anschlussversorgung

- (1) Kann im Rahmen der Videosprechstunde ein Versorgungsbedarf nicht gedeckt werden, ist der Vertragsarzt, der die vertragsärztliche Tätigkeit in Form von Videosprechstunden ausübt, verpflichtet, für jeden im Rahmen einer Videosprechstunde behandelten Patienten eine strukturierte Anschlussversorgung zur Verfügung zu stellen. Dies kann insbesondere durch das Angebot eines Termins in seiner Praxis, durch Überweisung zu einem Facharzt oder den Verweis zur angemessenen Versorgungsebene durch beispielsweise die Einbettung des Angebots der Videosprechstunden in ein regionales Versorgungskonzept (z.B. Kooperation mit Praxen, Arztnetze, Angebote der Kassenärztlichen Vereinigungen) erfolgen.
- (2) Ergibt sich aus der Videosprechstunde heraus der Bedarf einer Mit- und / oder Weiterbehandlung durch eine andere Fachgruppe bzw. ein Krankenhaus, hat der Arzt sicherstellen, dass die entsprechende Überweisung bzw. Einweisung dem Patienten in der Regel am selben Tag zur Verfügung steht oder taggleich an den Versicherten versendet wird.

- (3) Sollte sich in der Videosprechstunde die Notwendigkeit einer Verordnung oder Folgeverordnung ergeben, hat der Arzt sicherstellen, dass diese dem Patienten in der Regel am selben Tag zur Verfügung steht oder taggleich an den Versicherten versendet wird.
- (4) Sollte sich im hausärztlichen Versorgungsbereich die Notwendigkeit einer hausärztlichen Terminvermittlung bei einer anderen Fachgruppe ergeben, so hat der behandelnde Haus- oder Kinderarzt eine taggleiche Terminvermittlung gemäß den Fristen nach § 2 der Anlage 28 zum BMV-Ä zu veranlassen.

§ 11 Weitere Qualitätsvorgaben

- (1) Die Verschreibung von Arzneimitteln, die den Regelungen der BtMVV unterfallen, ist im Rahmen der Videosprechstunde für unbekannte Patienten ausgeschlossen.
- (2) Die Verschreibung von Arzneimitteln, die Suchterkrankungen auslösen können, ist im Rahmen der Videosprechstunde für unbekannte Patienten ausgeschlossen.
- (3) Der Ausschluss nach Abs. 2 gilt nicht, sofern dem Arzt über die elektronische Patientenakte nach §§ 341 ff SGB V Daten über die Medikation von unbekanntem Patienten vorliegen und durch den Arzt eine strukturierte Anschlussversorgung nach § 10 Absatz 1 angeboten wird.

§ 12 Inkrafttreten, Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am 1. März 2025 in Kraft. Sie kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief zu erfolgen. Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.

Berlin, den 01.03.2025

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

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin

Anlage 1: **ANFORDERUNGEN AN DAS ELEKTRONISCHE SYSTEM DER ERSTEINSCHÄTZUNG** gemäß § 9 Abs. 2

Die zur Anwendung kommende Software muss folgenden Gütekriterien genügen:

- a) **Patientensicherheit:** Das Kriterium der Patientensicherheit hat oberste Priorität. Unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Ersteinschätzung müssen durch die Ausgestaltung der Entscheidungskriterien erfasst und verhindert werden.
- b) **Vollständigkeit:** Die Software soll alle in der (Akut-)Versorgung auftretenden Beratungsanlässe abbilden und gezielt steuern können.
- c) **Bedarfsgerechtigkeit:** Die Software muss geeignet sein zu erkennen, ob eine Behandlung im Rahmen einer Videosprechstunde möglich ist und andernfalls, je nach Beratungsanlass und medizinischer Dringlichkeit Patienten der angemessenen Versorgungsebene zuweisen und ein angemessener Behandlungszeitpunkt empfehlen. Beratungsanlässe mit geringer oder fehlender Dringlichkeit sollen mit hoher Spezifität erkannt werden.
- d) **Versorgungsebene und Regionalität:** Die Software ist dafür entwickelt worden, eine Zuweisung an die angemessene, verfügbare Versorgungsform und -ebene bzw. eine Einschätzung der erforderlichen personellen und strukturellen Anforderungen für die weitere Abklärung oder Behandlung vorzunehmen. Regionale strukturelle Gegebenheiten/Verfügbarkeiten müssen Berücksichtigung finden können.
- e) **Reliabilität:** Das Ergebnis der Ersteinschätzung kann mit dem gleichen Ersteinschätzungsverfahren bestätigt werden.
- f) **Objektivität:** Die Software soll unabhängig von der einsetzenden Person oder dem einsetzenden Ort zu vergleichbaren Ergebnissen führen.
- g) **Diskriminationsfähigkeit:** Die Software soll Fälle mit gleicher Leitsymptomatik bei unterschiedlichem Schweregrad unterscheiden können. Im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens dürfen ausschließlich medizinische Erfordernisse Einfluss auf die Entscheidung nehmen.
- h) **IT-Fähigkeit und Dokumentationsfähigkeit:** Mit der Anwendung der Software wird zeitgleich eine Dokumentation erstellt. Die Software zur Ersteinschätzung enthält eine offene Schnittstelle für eine direkte Integration mit der Dispositions- und Dokumentationssoftware der Kassenärztlichen Vereinigung oder Dritter.
- i) **Validität:** Die Software beruht, soweit verfügbar, auf wissenschaftlicher Evidenz und wird fortlaufend wissenschaftlich evaluiert.
- j) **Kulturelle Sensibilität:** Die Software soll zukünftig insbesondere im digitalen Online-Verfahren in verschiedenen Sprachen anwendbar sein.
- k) **Interessensneutralität:** Die Weiterentwicklung, Anpassung, Schulung sowie Anwendung der Software erfolgt unabhängig von gewinnorientierten Interessen.
- l) **Technische Verfügbarkeit und Datensicherheit:** Die technische Verfügbarkeit der Software zur Ersteinschätzung ist sichergestellt und liegt bei mindestens 99,5 Prozent im Jahresmittel. Das Hosting erfolgt auf einem hochperformanten und redundant ausgelegten Server in der EU mit einer Server-Antwortzeit < 300 Millisekunden. Das Datensicherheitskonzept ist auf dem aktuellen Stand der Technik. Die Datenübermittlung ist nach Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt.

- m) **Datenschutz:** Die Software entspricht den Anforderungen der Datenschutz-Grundverordnung und des Sozialdatenschutzes. Die Daten dürfen nur in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz verarbeitet werden.
- n) **Medizinprodukt:** Die Software entspricht den Anforderungen der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte (MDR). Hierfür gilt eine Übergangsfrist bis zum 31.8.2026.