Deutscher Bundestag **Drucksache 20/4982**

20. Wahlperiode 06.12.2022

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzenden Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 5. Dezember 2022 gemäß § 87 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung **8**

Teil A Bericht des Bewertungsausschusses **12**

1 Einleitung **12**

2 Telemedizinische Videosprechstunde und Videofallkonferenzen **14**

2.1 Allgemeine Erläuterungen 14

2.2 Videosprechstunde 15
2.2.1 Regelungen und Vergütung im EBM 15
2.2.2 Leistungsentwicklung 23
2.2.3 Abrechnung von Videosprechstunden-Leistungen pro Kapitel/Fachgruppe 27
2.2.4 Bedeutung der Videosprechstunden für die vertragsärztliche Versorgung während der Corona-Pandemie 29

2.3 Videofallkonferenzen 32
2.3.1 Regelungen und Vergütung im EBM 32
2.3.2 Leistungsentwicklung 34

3 Telemonitoring bei Versicherten mit Herzinsuffizienz **36**

3.1 Allgemeine Erläuterungen 36

3.2 Regelungen und Vergütung im EBM 39

3.3 Leistungsentwicklung 41

4 Telemedizinische Kontrollen von ICD- und CRT-Geräten **42**

4.1 Allgemeine Erläuterungen 42

4.2 Regelungen und Vergütung im EBM 43

4.3 Leistungsentwicklung 44

5 Telekonsiliarische Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen **48**

5.1 Allgemeine Erläuterungen 48

5.2 Regelungen und Vergütung im EBM 48

5.3 Leistungsentwicklung 50

6 Elektronische Kommunikation unter Vertragsärztinnen/-ärzten und Krankenkassen **52**

6.1 Allgemeine Erläuterungen 52

6.2 Elektronischer Arztbrief 54
6.2.1 Regelungen und Vergütung im EBM 54
6.2.2 Leistungsentwicklung 55

7 Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte **57**

7.1 Allgemeine Erläuterungen 57

7.2 Notfalldatenmanagement 59

7.2.1 Regelung und Vergütung im EBM ... 59
7.2.2 Leistungsentwicklung ... 60
7.3 Elektronischer Medikationsplan ... 63
7.3.1 Regelungen und Vergütung im EBM ... 63
7.3.2 Leistungsentwicklung ... 64
8 Elektronische Patientenakte ... 65
8.1 Allgemeine Erläuterungen ... 65
8.2 Regelung und Vergütung im EBM ... 66
8.3 Leistungsentwicklung ... 67
9 DiGA ... 69
9.1 Allgemeine Erläuterungen ... 69
9.2 Regelung und Vergütung im EBM ... 71
9.3 Leistungsentwicklung ... 72
Teil B Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses ... 76
10 Einleitung ... 76
11 Sektorenübergreifende Telekonsilien ... 77
11.1 Allgemeine Erläuterungen ... 77
11.2 Regelung und Vergütung im EBM ... 78
11.3 Leistungsentwicklung ... 79
12 Telemedizinische Leistungen im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung ... 83
12.1 Allgemeine Erläuterungen ... 83
12.2 Regelung und Vergütung im EBM ... 83
12.3 Leistungsentwicklung ... 84
13 Telemedizinische Durchführung von Zweitmeinungen ... 85
13.1 Allgemeine Erläuterungen ... 85
13.2 Regelung und Vergütung im EBM ... 86
13.3 Leistungsentwicklung ... 87
14 Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst mit telemedizinischen Leistungen ... 88
14.1 Allgemeine Erläuterungen ... 88
14.2 Regelung und Vergütung im EBM ... 88
14.3 Leistungsentwicklung ... 89
Anhang ... 90

Tabellenverzeichnis

Hinweis: Die Angaben zu Bewertung in Punkten und Vergütung in Euro in den Tabellen 7, 8, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 20, 22, und 23 stammen aus dem Jahr 2022, wo nicht anders angegeben.

Tabelle 1 Auflistung der im Berichtszeitraum im Rahmen der Videosprechstunde abrechenbaren Gebührenordnungspositionen 22
Tabelle 2 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen, die per Video durchgeführt wurden 26
Tabelle 3 Inanspruchnahme von Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen im Rahmen der Videosprechstunde pro Kapitel im EBM) 27
Tabelle 4 Anzahl der Ärztinnen und Ärzte nach Fachgruppe, die mind. einen Videozuschlag (01444, 01450, 01451) im jeweiligen Quartal abgerechnet haben 28
Tabelle 5 Abrechnungshäufigkeit insgesamt im Vergleich zur Abrechnungshäufigkeit per Video im Jahr 2020 und 2021 30
Tabelle 6 Durchführbarkeit von Fallkonferenzen per Video; BA=Bewertungsausschuss 33
Tabelle 7 Neu geschaffene Gebührenordnungspositionen mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 76. Sitzung 39
Tabelle 8 Gebührenordnungspositionen für die telemedizinischen Kontrollen (Funktionsanalysen) von ICD- und CRT-Geräten 43
Tabelle 9 Zahl der Betriebsstätten, die telemedizinische Funktionsanalysen bei Erwachsenen angeboten haben 47
Tabelle 10 Gebührenordnungspositionen für die Beauftragung und Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung 49
Tabelle 11 Gebührenordnungsposition 01660 und Pseudo-Gebührenordnungspositionen 86900 und 86901 für Versand und Empfang von eArztbriefen 54
Tabelle 12 Gebührenordnungspositionen für den Notfalldatensatz 59
Tabelle 13 Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans 64
Tabelle 14 Abrechnungshäufigkeit der Gebührenordnungspositionen der ePA 68
Tabelle 15 Leistungsbedarf in Euro der Gebührenordnungspositionen der ePA 68
Tabelle 16 Auflistung der dauerhaften DiGAs 70
Tabelle 17 Gebührenordnungspositionen für die Erstverordnung einer DiGA und die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGAs somnio und Vivira 71
Tabelle 18 Gebührenordnungspositionen für die Einholung und Durchführung von Telekonsilien 78
Tabelle 19 Leistungsbedarf in Euro der GOP 01670 (Einholung eines Telekonsiliums) bis GOP 01672 (Telekonsiliarische Beurteilung) 80
Tabelle 20 Als Videosprechstunde erbringbare Gebührenordnungspositionen in der ASV 84
Tabelle 21 Eingriffe mit gesetzlich vorgesehenen Zweitmeinungsverfahren 86
Tabelle 22 Gebührenordnungsposition für die indikationsstellende Ärztin oder den Arzt zur Beratung über die Möglichkeit einer Zweitmeinung 86
Tabelle 23 Gebührenordnungspositionen für den organisierten Not(-fall)dienst, die als Videosprechstunde durchgeführt werden können 89

Tabelle 24 Abrechnungshäufigkeiten von durchgeführten Gebührenordnungspositionen im Rahmen der Videosprechstunde 93
Tabelle 25 Leistungsbedarf von durchgeführten Videoleistungen in Euro 94
Tabelle 26 Abrechnungshäufigkeiten der telemedizinischen Funktionsanalysen für die Jahre 2020/2021 94
Tabelle 27 Leistungsbedarf der telemedizinischen Funktionsanalysen für die Jahre 2020/2021 94
Tabelle 28 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen für die Telekonsiliarische Befundbeurteilung in den Jahren 2020/2021 95
Tabelle 29 Leistungsbedarf der Gebührenordnungspositionen für die telekonsiliarische Befundbeurteilung 95
Tabelle 30 Abrechnungshäufigkeit der (Pseudo-)Gebührenordnungspositionen im Zusammenhang mit elektronischen Arztbriefen 95
Tabelle 31 Leistungsbedarf für elektronische Arztbriefe in Euro 96
Tabelle 32 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen zum Notfalldatenmanagement 96
Tabelle 33 Leistungsbedarf zum Notfalldatenmanagement in Euro 96
Tabelle 34 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen zur ePA 97
Tabelle 35 Leistungsbedarf zur Erstbefüllung und Unterstützung bei einer ePA 97
Tabelle 36 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen zu ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit DiGAs 97
Tabelle 37 Leistungsbedarf für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit DiGAs 98
Tabelle 38 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen für sektorenübergreifende Telekonsilien 98
Tabelle 39 Leistungsbedarf für sektorenübergreifende Telekonsilien 98

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Wichtige Änderungen hinsichtlich der Vergütung von Videosprechstunden-Leistungen seit dem vierten Quartal 2019 18
Abbildung 2 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf der GOP 01450 23
Abbildung 3 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten, bei denen die GOP 01450 im Jahr 2020 abgerechnet wurde 24
Abbildung 4 Häufigkeit der im Rahmen der Videosprechstunde abgerechneten Gebührenordnungspositionen im Jahr 2021. 31
Abbildung 5 Abrechnungshäufigkeit der GOP 01442 34
Abbildung 6 Schematische Darstellung des Telemonitoring bei Versicherten mit Herzinsuffizienz 38
Abbildung 7 Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD (GOP 13574) und CRT (GOP 13576) sowie der GOP 01438 44
Abbildung 8 Leistungsbedarf in Euro der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD (GOP 13574) und CRT (GOP 13576) 45
Abbildung 9 Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen (GOP 13574, 13576) an allen ICD- und CRT-Funktionsanalysen bei erwachsenen Versicherten 46

Abbildung 10 Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach Abschnitt 34.8 EBM: Abrechnungshäufigkeit 50
Abbildung 11 Abrechnungshäufigkeiten der (Pseudo-)Gebührenordnungspositionen für Versand und Empfang von eArztbriefen 55
Abbildung 12 Abrechnungshäufigkeit der Gebührenordnungsposition für den Zuschlag für die Anlage des Notfalldatensatzes 60
Abbildung 13 Leistungsbedarf für den Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes .. 61
Abbildung 14 Abrechnungshäufigkeit für den Zuschlag für die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes 62
Abbildung 15 Leistungsbedarf für den Zuschlag für die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes 63
Abbildung 16 Abrechnungshäufigkeit der GOP 01470 – Zusatzpauschale Erstverordnung DiGA 72
Abbildung 17 Leistungsbedarf in Euro der GOP 01470 – Zusatzpauschale Erstverordnung DiGA 73
Abbildung 18 Abrechnungshäufigkeit der GOP 01471 – Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio 74
Abbildung 19 Leistungsbedarf der GOP 01471 – Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio 74
Abbildung 20 Abrechnungshäufigkeiten der GOP 01670 (Einholung eines Telekonsiliums) und GOP 01671 (Telekonsiliarische Beurteilung) 79
Abbildung 21 Anteil der abrechnenden Fachgruppen für die Einholung eines Telekonsiliums 81
Abbildung 22 Anteil der abrechnenden Fachgruppen für die telekonsiliarische Beurteilung 82

Abkürzungsverzeichnis

ASV	ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BA	Bewertungsausschuss
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BHF	Behandlungsfall
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMP	Bundeseinheitlicher Medikationsplan
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
CRT	implantierbares Schrittmacher-System zur kardialen Resynchronisationstherapie
CRT-D	CRT-Schrittmacher mit Defibrillator-Funktion
CRT-P	CRT-Schrittmacher ohne Defibrillator-Funktion
CT	Computertomografie
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
DVPMG	Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz
eArztbrief	elektronischer Arztbrief

eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
EBA	Erweiterter Bewertungsausschuss
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eGK	elektronische Gesundheitskarte
eHBA	elektronischer Heilberufsausweis
eMP	elektronischer Medikationsplan
ePA	elektronische Patientenakte
ergBA	Ergänzter Bewertungsausschuss
FA	Fachärztin/Facharzt
FnA	Funktionsanalyse
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
gematik	Nationale Agentur für Digitale Medizin
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOP	Gebührenordnungsposition
HA	Hausärztin/Hausarzt
ICD	Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHF	Krankheitsfall
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
KV	(Regionale) Kassenärztliche Vereinigung
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
MVV-RL	G-BA-Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung
NFD	Notfalldatensatz
NFDM	Notfalldatenmanagement
NYHA	New York Heart Association (Fachgesellschaft)
PBA	Primärbehandelnde/-r Ärztin/Arzt (Hausärztin/Hausarzt, Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt, Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin)
PDSG	Patientendaten-Schutz-Gesetz
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PVS	Praxisverwaltungssystem
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
QES	qualifizierte elektronische Signatur
TI	Telematikinfrastruktur
TMZ	Telemedizinisches Zentrum

Zusammenfassung

Der Bewertungsausschuss legt hiermit dem Bundesministerium für Gesundheit den vierten Bericht gemäß § 87 Abs. 2a Satz 16 SGB V über den Stand der Beratungen zur telemedizinischen Leistungserbringung im ambulanten Bereich (Teil A) sowie den zweiten Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung im sektorenübergreifenden Bereich (Teil B) vor. Der Berichtszeitraum umfasst November 2020 bis Oktober 2022.

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

Vierter Bericht des Bewertungsausschusses (Teil A)

Im Bereich der ambulanten Versorgung (Teil A) fanden insbesondere im Angesicht der Pandemie-Lage bei der Videosprechstunde umfangreiche Änderungen statt und die Leistungsentwicklung war hier weiterhin von einer hohen Intensität und Dynamik geprägt.

Die bereits im Jahr 2020 etablierten Corona-Ausnahmeregelungen wurden bis zum zweiten Quartal 2022 durchgängig verlängert und im Berichtszeitraum um weitere Maßnahmen ergänzt. Die Ausnahmeregelungen umfassten insbesondere die zeitweilige Aussetzung der Leistungsbegrenzung für die Videosprechstunde und erlaubten die Durchführung von psychotherapeutischen Sprechstunden und probatorischen Sitzungen per Video.

Durch die rasch getroffenen Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung kam es zwischen dem ersten und zweiten Quartal 2020 zu einem sehr starken Anstieg der Abrechnungszahlen von Videosprechstunden auf das Sechsfache auf zeitweilig über 1 Million Videosprechstunden pro Quartal (s. Kapitel 2.2).

Unabhängig von der Pandemie wurden die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Durchführbarkeit von Akutsprechstunden in der Psychotherapie im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgreich umgesetzt und die Begrenzungsregeln zur Durchführbarkeit von Videosprechstunden wurden – mit dem Auslaufen der Corona-Sonderregel 2022 – auf 30 Prozent angehoben. Darüber hinaus wurden unter anderem die Gruppenbehandlungen für die Behandlung mittels Video erweitert und durch Qualitätsvorgaben für die telemedizinische Durchführung ergänzt.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgenommene neue Methode Telemonitoring bei Versicherten mit Herzinsuffizienz wurde erfolgreich ab

dem ersten Quartal 2022 in die Vergütungsstruktur des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) überführt (Kapitel 3). Bei diesem Verfahren wird der Zustand von Herzinsuffizienzpatientinnen und -patienten durch ein telemedizinisches Zentrum (TMZ) überwacht, um frühzeitig Verschlechterungen des medizinischen Zustandes zu detektieren. Die Interventionsmaßnahmen werden dann von dem primär behandelnden Arzt (PBA) in die Wege geleitet. Für die Vergütung wurden Gebührenordnungspositionen für die Indikationsstellung und für das Monitoring selbst sowie für die gegebenenfalls bei den Versicherten notwendige Geräteausstattung geschaffen. Die für das TMZ und PBA unterschiedlich gestalteten Monitoring-Gebührenordnungspositionen sind dabei abhängig von der Art der Überwachungssensoren und werden durch Zuschlags-Gebührenordnungspositionen für ein zeitlich besonders intensives Monitoring ergänzt.

Die Durchführung der telemedizinischen Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (ICD) oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) im EBM besteht in ihrer gegenwärtigen Vergütungsstruktur seit 2017. Hier zeigt sich bei Erwachsenen eine kontinuierliche Leistungssteigerung. Die Abrechnungszahlen der Gebührenordnungspositionen haben sich seit 2017 um ungefähr das Dreifache gesteigert. Der Anteil der telemedizinisch durchgeführten Funktionsanalysen gegenüber allen Funktionsanalysen stieg hier auf ca. 12 Prozent an (s. Kapitel 4).

Bei der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen ist weiterhin – trotz leichter Steigerung – keine nennenswerte Leistungsentwicklung ersichtlich (Kapitel 5). Darüber hinaus werden bei der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Computer-Tomografie-Aufnahmen (CT-Aufnahmen) nahezu keine Gebührenordnungspositionen des EBM abgerechnet. Die Gründe dafür sind dem Bewertungsausschuss nicht bekannt.

Die elektronische Kommunikation unter Vertragsärztinnen, Vertragsärzten und Krankenkassen wird mittlerweile immer mehr über spezielle Kommunikationsdienste innerhalb der Telematikinfrastruktur umgesetzt (Kapitel 6). Dies trifft sowohl auf elektronische Arztbriefe zu als auch auf den Versand von elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) an die Krankenkassen.

Die Funktionalität der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) umfasst eine Speicherfunktion für eine begrenzte Menge an Patientendaten (Kapitel 7). So können der Notfalldatensatz, der elektronische Medikationsplan und Hinweise auf den Ort eines vorhandenen Organspendeausweises auf der eGK gespeichert werden. Perspektivisch sollen die momentan auf der eGK gespeicherten Daten in einer elektronischen Patientenkurzakte innerhalb der Telematikinfrastruktur abgelegt werden.

Der vom Gesetzgeber geplante Ausbau der elektronischen Patientenakte (ePA) wird seit dem 1. Januar 2021 bzw. seit Anfang 2022 von neu geschaffenen Gebührenordnungspositionen zur Vergütung von Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA bzw. zur Erstbefüllung der ePA begleitet. Die Leistungsentwicklung zeigt sich bei diesen Gebührenordnungspositionen im Jahr 2021 von einem niedrigen Niveau aus stark anwachsend (Kapitel 8).

Während des Berichtszeitraums wurden drei Gebührenordnungspositionen in Zusammenhang mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) aufgenommen (Kapitel 9). Eine Gebührenordnungsposition für die Erstverordnung einer DiGA und zwei weitere Gebührenordnungspositionen für die Verlaufskontrolle und Auswertung von DiGAs, für die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entsprechende ärztliche Leistungen bestimmt hat.

Zweiter Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses (Teil B)

Der Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab gibt in seiner zweiten Ausgabe einen Überblick über die Neuerungen zwischen November 2020 und Oktober 2022. Als Ergänzung zum Bericht des Bewertungsausschusses (Teil A) umfasst der Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses (Teil B) diejenigen telemedizinischen Leistungen, die in der sektorenübergreifenden Versorgung durchgeführt werden. Durch Beschlussfassungen zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind im betrachteten Zeitraum die Erbringung von sektorenübergreifenden Telekonsilien, Zweitmeinungen sowie von Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und im organisierten Not(-fall)dienst möglich geworden.

Sektorenübergreifende Telekonsilien wurden zum 1. Oktober 2020 in die Versorgung aufgenommen (Kapitel 11). Anhand von ärztlichen Abrechnungsdaten lassen sich bereits erste Leistungsentwicklungen und der Leistungsbedarf darstellen. Im Jahr 2021 betrug der Leistungsbedarf für die sektorenübergreifenden Telekonsilien insgesamt rund 578.000 Euro. Bei den Abrechnungszahlen fällt auf, dass die Einholung eines Telekonsiliums im Jahr 2021 rund dreimal häufiger in den Abrechnungsdaten zu finden ist als die telekonsiliarische Beurteilung. Die Einholung eines Telekonsiliums wurde im Durchschnitt 8.200-mal im Quartal abgerechnet, die Beurteilung dagegen 2.800-mal. Die Fachgruppen der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Inneren Medizin und Gynäkologie rechneten die Einholung eines Telekonsiliums sowie die telekonsiliarische Beurteilung am häufigsten ab.

Auch in der sektorenübergreifenden Versorgung im Rahmen der ASV sind telemedizinische Leistungen möglich (Kapitel 12). Seit Juli 2020 können in diesem Bereich einige Gespräche als Videosprechstunden durchgeführt werden. Dies trifft auf die Grundpauschalen für die Versorgung von Versicherten mit Hämophilie, psychotherapeutische Gespräche als Einzelbehandlungen sowie die Vorstellung von Versicherten bei Tumorkonferenzen im Rahmen der ASV zu. Anhand der vorliegenden Daten sind keine Aussagen zur Leistungsentwicklung in diesem Gebiet möglich.

Die Durchführung von Zweitmeinungen im Rahmen einer Videosprechstunde wurde im Juli 2021 in die Versorgung eingeführt (Kapitel 13). Versicherte haben einen Rechtsanspruch darauf, sich vor bestimmten planbaren Operationen (Eingriffen) eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie diejenigen Operationen fest, zu denen Ärztinnen und Ärzte Versicherte auf den Anspruch auf eine Zweitmeinung hinweisen müssen; gegenwärtig umfasst diese Liste acht Operationen. Die Leistungsentwicklung der telemedizinischen Durchführung von Zweitmeinungen lässt sich anhand der hier verfügbaren Daten nicht ablesen. Eine Evaluation hierzu, die auf einer gesonderten Datenlieferung beruhte, ist dem Bundesministerium für Gesundheit Referat 226 im April 2022 zugegangen.

Leistungen im organisierten Not(-fall)dienst können seit Juli 2022 auch telemedizinisch erfolgen (Kapitel 14). Im organisierten Not(-fall)dienst werden Versicherte behandelt, deren Erkrankungen akut und nicht lebensbedrohlich sind, sodass keine Benachrichtigung des Rettungsdienstes notwendig ist. Da der Beschluss erst im dritten Quartal 2022 wirksam wurde, sind noch keine Daten zur Leistungsentwicklung verfügbar.

Teil A Bericht des Bewertungsausschusses

1 Einleitung

Mit dem vorliegenden Bericht (Teil A) soll die Aktivität des Bewertungsausschusses hinsichtlich der Umsetzung telemedizinischer Leistungen im ambulanten Versorgungssektor im Sinne der gesetzlichen Aufträge nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz in § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V und gemäß dem E-Health-Gesetz in § 87 Abs. 2a Satz 16 SGB V dargelegt werden.[1] Der Bericht soll über den Stand der Arbeiten der vom Bewertungsausschuss erfassten und bearbeiteten Leistungen berichten und alle zwei Jahre zum 31. Oktober angefertigt werden. Es ist erklärtes Ziel des Bewertungsausschusses, mit diesem Bericht die notwendige Transparenz hinsichtlich der Durchführung und Erfüllung der dem Bewertungsausschuss vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben herzustellen.

Der Berichtszeitraum umfasst zwei Jahre, von November des vorletzten Jahres bis Oktober des laufenden Jahres. Es liegen bis jetzt Berichte aus den Jahren 2016, 2018 und 2020 vor. Im vorliegenden vierten Bericht des Bewertungsausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit werden der Stand der Beratungen und die Beschlüsse zu telemedizinischen Anwendungen im Zeitraum von November 2020 bis Oktober 2022 leistungsbezogen aufgeführt.

Zum besseren Verständnis der Vergütungssystematik und zum Verständnis auslaufender Beschlüsse (zum Beispiel hinsichtlich der Corona-Pandemie) werden teilweise auch Regelungen erläutert, die vor diesem Zeitraum beschlossen wurden. Dies trifft insbesondere auf den Bereich der Videosprechstunde zu.

Die Inhalte, zu denen beraten und beschlossen wurde, wurden dabei zu Themengruppen zusammengefasst. In jedem Kapitel werden kurz die Begrifflichkeiten und rechtlichen Hintergründe allgemein erläutert und anschließend die aktuellen Beschlüsse oder der aktuelle Beratungsstand dargelegt. In einem dritten Unterkapitel wird – wenn datentechnisch verfügbar – die Leistungsentwicklung der letzten Jahre dargestellt und aus Sicht des Bewertungsausschusses interpretiert. Für das Verständnis werden häufig für die grafische Darstellung auch länger zurückliegende Daten aus Vorberichten verwendet oder Daten aggregiert dargestellt. Eine vollständige Datengrundlage ist für die Berichtsjahre im Anhang dezidiert aufgeführt.

Der Bereich mit den größten Erweiterungen und Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) umfasst die Videosprechstunde (Kapitel 2.2)

[1] Der Berichtsteil B befasst sich mit Beratungen und Beschlüssen hinsichtlich des sektorübergreifenden Versorgungsbereiches

und die (Video-)Fallkonferenzen (Kapitel 2.3), wo durch die pandemische Notlage im Rahmen der Corona-Pandemie umfassende zeitweilige, aber im Angesicht gesetzlicher Änderungen auch zahlreiche dauerhafte Leistungsänderungen im Bereich der Telemedizin beschlossen wurden. Damit einhergehend sind in diesem Bereich große Veränderungen und eine deutliche Steigerung und Dynamik der Leistungsentwicklung von bestimmten digitalen Leistungen im ambulanten ärztlichen Sektor ersichtlich. Diese Dynamik war einerseits eine große Herausforderung, aber sie zeigte andererseits, dass viele Veränderungen umsetzbar sind und dass etablierte Strukturen überdacht werden können.

Neue Möglichkeiten im Rahmen des technischen Fortschritts in Therapie und Monitoring spiegeln sich aktuell auch in Aktivitäten des Bewertungsausschusses im Bereich Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (Kapitel 3) und Digitale Gesundheitsanwendungen (Kapitel 9) wider.

Kapitel 4 befasst sich mit der Vergütung telemedizinischer Kontrollen von Kardiovertern/Defibrillatoren (ICD-Geräten) und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Geräten) und ihren Abrechnungshäufigkeiten.

Kapitel 5 liefert eine aktualisierte Darstellung des radiologischen Telekonsiliums. Die Abrechnungshäufigkeit zeigt sich weiterhin als äußerst gering.

Informationen und Entwicklungen in Bezug auf die Förderung des elektronischen Arztbriefes und die sich noch in Umsetzung befindliche elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) liefert Kapitel 6.

In Kapitel 7 werden die Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte dargestellt, wie das Notfalldatenmanagement und der elektronische Medikationsplan.

Für die elektronische Patientenakte (ePA) wurden im Berichtszeitraum Vergütungen im Sinne des Patientendaten-Schutz-Gesetz umgesetzt, die in Kapitel 8 dargestellt werden.

2 Telemedizinische Videosprechstunde und Videofallkonferenzen

2.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

- Eine Videosprechstunde ist ein Online-Kontakt in Echtzeit mit Videoübertragung zwischen Ärztin, Arzt, Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten und Versicherten. Neben der Befragung zu Symptomen und Krankengeschichte (Anamnese) können hier ggf. Krankheitsanzeichen in Augenschein genommen werden und – eventuell – bereits eine Diagnose gestellt werden. Auch im Bereich der Psychotherapie finden therapeutische und/oder bestimmte diagnostische Sitzungen in Form von Onlinesprechstunden statt.
  Insbesondere bei langen Anfahrtswegen, zur Verlaufskontrolle (zum Beispiel nach kleineren Eingriffen), oder bei eher „administrativem Arztbedarf“ (Wiederholungsrezept etc.) kann die Videosprechstunde eine sinnvolle Hilfe sein und Versicherte müssen nicht für jeden Termin in die Praxis kommen. Die Ärztin/der Arzt oder die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut muss dafür einen zertifizierten Videodienstanbieter auswählen, der einen sicheren technischen und datenschutzkonformen Ablauf der Videosprechstunde ermöglicht. Die Identität einer Versicherten oder eines Versicherten muss dabei bei einem erstmaligen Kontakt authentifiziert werden.
- Videofallkonferenzen sind Besprechungen zwischen mehreren Ärztinnen und Ärzten oder zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Pflegekräften bzw. nichtärztlichem Fachpersonal, mit oder ohne Anwesenheit des Versicherten.

Videosprechstunden und Videofallkonferenzen bedienen sich beide des gleichen Mediums Videoübertragung, erfüllen jedoch einerseits mit dem direkten Patientenkontakt und andererseits mit dem hauptsächlich fachlichen kollegialen Austausch eine andere Funktion in der Versorgung. Daher wird die Entwicklung in diesen Bereichen getrennt dargestellt.

Rechtlicher Hintergrund

Im Laufe der letzten Jahre sind umfangreiche Veränderungen bei der Durchführung von ärztlichen Leistungen per Video insbesondere in § 87 Abs. 2a SGB V verankert worden.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG)[2] wurde die bei Videosprechstunden bisher geltende Eingrenzung auf spezifische Krankheitsbilder für die ärztliche Durchführung im EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2019 gestrichen und damit die Nutzung der Videosprechstunde wesentlich erweitert – insbesondere auch im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung. Des Weiteren wurden telemedizinische Fallkonferenzen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in § 87 Abs. 2a SGB V verankert.

Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG)[3] von 2021 wurden zuletzt weitere Schritte unternommen, um die Digitalisierung flächendeckend in der Versorgung zu etablieren. Dies betrifft zum Beispiel die Vermittlung von Vor-Ort-Arztterminen, die um die Vermittlung telemedizinischer Leistungen ergänzt wurde, und auch die Öffnung des kassenärztlichen Bereitschaftsdiensts für die Durchführung telemedizinischer Leistungen. Über ein Portal soll es anbietenden Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Versicherten zukünftig ermöglicht werden, freie Videosprechstunden noch komfortabler zu melden bzw. zu finden. Darüber hinaus sollen mit dem DVPMG telemedizinische Leistungen auch für Heilmittelerbringer und Hebammen ermöglicht werden und die psychotherapeutische Akutbehandlung im Rahmen einer Videosprechstunde durchführbar werden.

2.2 Videosprechstunde

2.2.1 Regelungen und Vergütung im EBM

Mit Wirkung zum zweiten Quartal 2017 wurden erste Grundlagen für die Durchführung von Leistungen per Videosprechstunde gelegt. Dazu wurde die Gebührenordnungsposition (GOP) 01439 („Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde“) und ein abrechenbarer Technik-Zuschlag (GOP 01450) geschaffen.[4] Die Vergütung der Videosprechstunde erfolgte primär über die GOP 01439 und einige Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen,[5] die im

---

[2] Siehe Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) vom 11.12.2018 – Bundesgesetzblatt I S. 2394 (bgbl.de)

[3] Siehe Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) vom 03.06.2021 – Bundesministerium für Gesundheit (bundesgesundheitsministerium.de)

[4] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017 – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[5] Grundpauschalen des Kapitel EBM 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 26 und 27, Konsiliarpauschale nach der GOP 25214

Rahmen der Videosprechstunde durchgeführt werden konnten. Die Abrechenbarkeit insgesamt und die Abrechenbarkeit der GOP 01439 und GOP 01450 waren damit auf bestimmte Indikationen und Arztgruppen beschränkt.

Im zweiten Quartal 2019 wurden diese Abrechnungsbeschränkungen aufgehoben und die Einschätzung, wann eine Leistung zweckmäßig per Video durchgeführt werden kann, wurde damit mehr in die Entscheidungsverantwortung der Ärztin oder des Arztes gelegt (435. Sitzung des Bewertungsausschusses[6]). Eine detaillierte Darstellung hierzu liefern die vorangegangenen Berichte der Jahre 2018 und 2020.[7]

Novellierung, 453. Sitzung des Bewertungsausschusses

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung wurde in mehreren Protokollnotizen die weitere Überprüfung des EBM hinsichtlich der Durchführbarkeit von telemedizinischen Leistungen festgeschrieben. Die Ergebnisse dieser Prüfungen führten Ende des dritten Quartals 2019 zu dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 453. Sitzung.[8] Mit diesem Beschluss kam es zum 1. Oktober 2019 zu einer Novellierung des Vergütungssystems der Videosprechstunde, welche bis heute Bestand hat.

Grundsätzlich erfolgt die Finanzierung seitdem über die Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen und Zusatzpauschalen. Diese können von fast allen Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berechnet werden, auch wenn ausschließlich ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde stattfindet. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ist nicht mehr zwingend erforderlich. Allerdings wurde sich darauf verständigt, dass im Falle eines ausschließlichen Kontaktes im Rahmen einer Videosprechstunde Abschläge auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen und Zusatzpau-

---

[6] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2019 – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[7] Siehe Vorbericht 2020: Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzten Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung und über die als telemedizinische Leistungen abrechenbaren Konsilien, 28.10.2020 – Drucksache 19/25185 (bundestag.de); Vorbericht 2018: Bericht des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung, 31.10.2018 – Drucksache 19/6020 (bundestag.de)

[8] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 453. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

schalen in unterschiedlicher Höhe von 20-30 Prozent erfolgen (siehe hierzu Vorbericht 2020). Erfolgt im selben Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, werden die Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschale neben Zusatzpauschalen in voller Höhe gezahlt.

Neben der Vergütung über die Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen können auch Gesprächsleistungen im Rahmen der Videosprechstunde berechnet werden, sofern dies in der jeweiligen Abrechnungsbestimmung der Gebührenordnungsposition oder an anderer Stelle des EBM erlaubt ist. Über diese spezifische Öffnung von Leistungen für die Videosprechstunde entwickelt sich der EBM seitdem kontinuierlich weiter. Schon mit dem Beschluss in der 453. Sitzung wurden so Gebührenordnungspositionen für Fallkonferenzen für die Durchführung per Video erweitert und mit der GOP 01442 eine eigenständige Leistung für die Videofallkonferenz geschaffen (siehe Kapitel 2.3). Im Zuge der Neuordnung der Vergütung wurde die GOP 01439 gestrichen.

Darüber hinaus wurden mit dem 453. Beschluss eingeführt:

- Begrenzungsregeln: Es wurden zwei wesentliche Begrenzungsregeln für die Durchführung von Leistungen per Videosprechstunde in den EBM eingeführt (Allgemeine Bestimmungen Nr. 4.3.1, Absatz 5 und 6): Erstens eine Begrenzung der Anzahl der Behandlungsfälle, die rein per Video durchgeführt werden können, auf 20 Prozent aller Behandlungsfälle der Vertragsärztin, des Vertragsarztes, der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten. Zweitens eine Obergrenze von 20 Prozent je Vertragsärztin/-arzt oder Psychotherapeutin/therapeuten und je Gebührenordnungsposition, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung auch im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden kann.
- Technikzuschläge: Die GOP 01450 ist der Technikzuschlag bei der Durchführung von Leistungen per Videosprechstunde. Bei jedem Video-/(Fall-)kontakt kann die GOP 01450 abgerechnet werden, weshalb diese Gebührenordnungsposition nicht nur eine zentrale Rolle bei der Vergütung der Videosprechstunde einnimmt, sondern auch als ein guter Parameter für die Menge an Abrechnungen, die insgesamt per Video durchgeführt werden, genutzt werden kann (s. Kapitel 2.2.2). Die GOP 01450 wird mit 40 Punkten vergütet, allerdings wird für ihre Leistung ein Höchstwert von 1.899 Punkten je Ärztin, Arzt, Psychotherapeutin oder Psychotherapeut und Quartal gebildet.
  Für die Vergütung des zusätzlichen Aufwandes, der dem Praxispersonal entsteht, um eine oder einen der Praxis unbekannten Versicherten im Rahmen der Videosprechstunde zu authentifizieren, wurde die GOP 01444 bis zum

30. September 2021 befristet als Zuschlag (10 Punkte) zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen aufgenommen.

Weitere Entwicklung nach der 453. Sitzung des Bewertungsausschusses

Nach der mit der 453. Sitzung des Bewertungsausschusses geänderten Vergütungsstruktur für Videosprechstunden kam es im Verlauf – wie im SGB V vorgesehen – zu einer kontinuierlichen Ausweitung von Leistungen, die mittels Videosprechstunde durchgeführt werden können. Insbesondere mit dem DVPMG und im Rahmen der Corona-Pandemie wurden Leistungen für die Durchführung per Videosprechstunde erweitert. Abbildung 1 zeigt die Veränderungen hinsichtlich der Vergütung im EBM seit der Novellierung im vierten Quartal 2019.

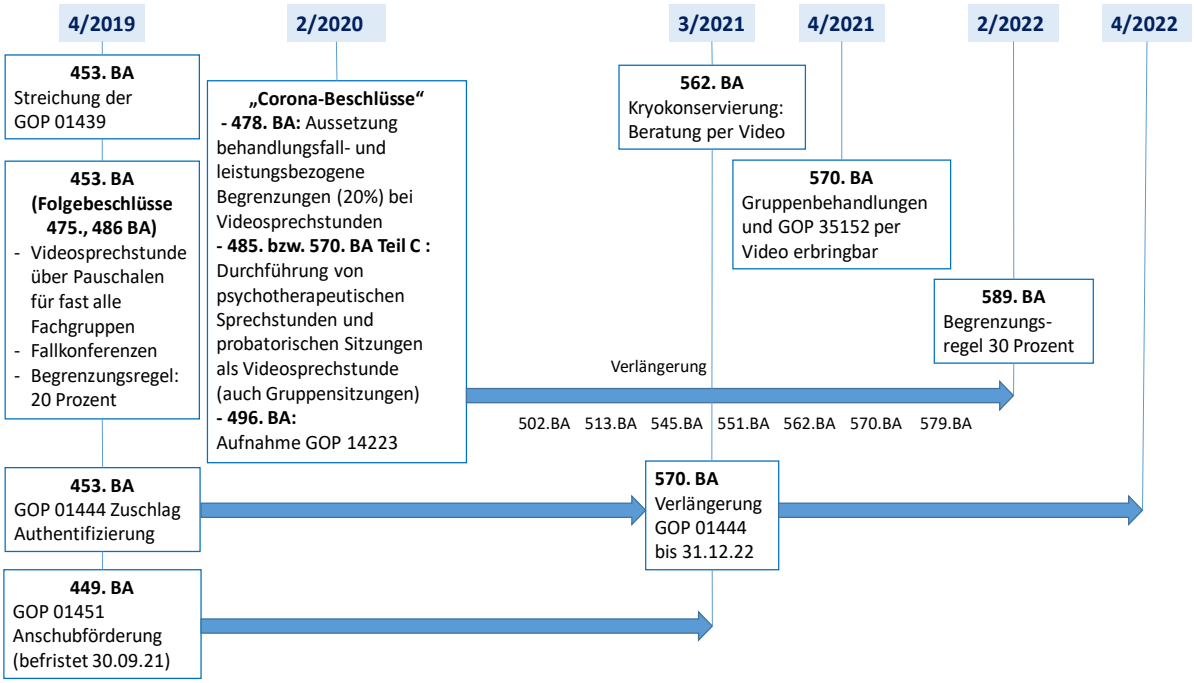

Abbildung 1 Wichtige Änderungen hinsichtlich der Vergütung von Videosprechstunden-Leistungen seit dem vierten Quartal 2019 (Auswertung InBA)

Befristete Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der Corona-Pandemie

Die in Abbildung 1 als Corona-Beschlüsse gekennzeichneten Leistungen sollten die Versorgung der Versicherten auch unter Pandemiebedingungen und angestrebten Kontaktreduktionen weiterhin ermöglichen. Die zeitlich befristeten Beschlüsse wurden in mehreren Sitzungen des Bewertungsausschusses im zweiten Quartal 2020 beschlossen und umfassten:

- Aussetzung der behandlungsfall- und leistungsbezogenen Begrenzungen (20%) bei Videosprechstunden (478. Sitzung des Bewertungsausschusses[9]). Damit konnten theoretisch 100 Prozent der in Frage kommenden Leistungen per Videosprechstunde erfolgen.
- Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 485. bzw. 570. Sitzung[10] wurde erstens die Durchführung von psychotherapeutischen Sprechstunden und probatorischen Sitzungen als Videosprechstunde ermöglicht. Zweitens entfiel der grundsätzlich geforderte persönliche Arzt-Patienten-Kontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung bei der Initiation von psychotherapeutischen Sprechstunden. Und drittens konnten genehmigte Gruppentherapiesitzungen (100 Min.) als Einzeltherapiesitzungen (50 Min.) weitergeführt werden.
- Mit dem Beschluss in seiner 493. Sitzung[11] wurde auch die Durchführung therapeutischer Gespräche im Rahmen der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger als Videosprechstunde (GOP 01952) und mit dem Beschluss in seiner 496. Sitzung[12] auch videogestützte Maßnahmen im Rahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie (GOP 14223) als befristete Maßnahmen genehmigt.

Die Corona-Beschlüsse wurden im Bündel mehrfach quartalsweise verlängert (502., 513., 545., 551., 562., 570., 579. Sitzung des Bewertungsausschusses) und liefen erst mit dem zweiten Quartal 2022 aus.

---

[9] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 478. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[10] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 485. Sitzung sowie entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 570. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[11] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 493. Sitzung Teil A mit Wirkung zum 1. April 2020 bis 30. September 2020 – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[12] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 496. Sitzung Teil A mit Wirkung vom 15. Mai 2020 bis 30. Juni 2020 – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

Weitere Anpassungen im EBM im Berichtszeitraum

- In der 562. Sitzung des Bewertungsausschusses in seinem Beschluss Teil A[13] wurden Beratungsleistungen im Rahmen der Kryokonservierung (GOP 08619, GOP 08621, GOP 08623) für die Videosprechstunde zum dritten Quartal 2021 genehmigt.
- Konform mit § 87 Abs. 2a SGB V wurden die psychologischen/psychiatrischen Behandlungen im Gruppensetting mit Beschluss der 570. Sitzung des Bewertungsausschusses ab dem vierten Quartal 2021 für die Durchführung per Video erweitert. Für die Gewährleistung von qualitativ hochwertigen Therapiesitzungen im Gruppensetting wurden spezifische Anforderungen in § 17 der Anlage 1 zum BMV-Ä definiert.
- Darüber hinaus wurde mit dem gleichen Beschluss die GOP 35152 (Psychotherapeutische Akutbehandlung) dauerhaft für die Durchführung per Video erweitert.
- Die Vergütung der Authentifizierungsleistung (GOP 01444) wurde mit Beschluss der 570. Sitzung des Bewertungsausschusses[14] bei sich verzögernder Etablierung der digitalen Versichertenidentitäten und damit weiterhin bestehendem Zusatzaufwand für die Praxen bei der Authentifizierung der Versicherten um fünf Quartale bis zum 31. Dezember 2022 verlängert.
- Die behandlungsfall- und leistungsbezogenen Begrenzungen bei Videosprechstunden (zuvor 20%) wurden mit Beschluss der 589. Sitzung des Bewertungsausschusses[15] zum zweiten Quartal 2022 so nach § 87 Abs. 2a SGB V angepasst, dass nach Auslaufen der Corona-Beschlüsse (2/2022) eine Versorgung mittels Videosprechstunden auf einem erhöhten Begrenzungsniveau von 30 Prozent ermöglicht wird.
- Im Zusammenhang mit diesen genannten Beschlüssen wurde die GOP 01450 mehrfach in ihren Bestimmungen angepasst und mit der 511. bzw.

[13] Siehe Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 562. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[14] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss Teil E des Bewertungsausschusses in seiner 570. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[15] Siehe Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 589. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2022 – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

567. Sitzung des Bewertungsausschusses[16] für das Jahr 2021 bzw. 2022 weiterhin in der extrabudgetären Vergütung gehalten.

- Ein weiterer Beschluss zur Videosprechstunde wurde durch den ergänzten Bewertungsausschuss in seiner 80. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2022 bezüglich des organisierten Not(-fall)dienstes getroffen. Dieser Beschluss wird in Teil B dieses Berichtes vorgestellt (Kapitel 14).
- Im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurden mit dem Beschluss Teil B des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 57. Sitzung fünf Gebührenordnungspositionen in der ASV auch als Videosprechstunden ermöglicht. Seit 24. Juli 2020 können Leistungen in der Versorgung von Versicherten mit Hämophilie, psychotherapeutische Gespräche als Einzelbehandlungen sowie die Vorstellung von Versicherten bei Tumorkonferenzen im Rahmen der ASV als Video durchgeführt werden. Näheres zu diesen Leistungen erläutert der Teil B dieses Berichts (Kapitel 12).

Damit sind zum Berichtszeitpunkt folgende Gebührenordnungspositionen – neben den Grund- oder Versichertenpauschalen bzw. Zusatzpauschalen und Zuschlägen – im Rahmen der Videosprechstunde abrechenbar (Tabelle 1):

[16] Siehe Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 511. Sitzung sowie Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

GOP	Bezeichnung	Quartal	bis
01444	Authentifizierung	4/2019	4/2022
01450	Technikzuschlag	2/2017	unb.
01451	Anschubförderung	4/2019	3/2021
Ärztliche Gesprächsleistungen			
03230, 04230, 04231, 04355, 04430, 14220, 14222, 16220, 21216, 21220, 22220, 22221, 23220	Einzel-Gespräch, Beratung, Abklärung, Ärztliche Psychotherapie/Psychiatrie (Kinder/Erwachsene)	4/2019	unb.
30708	Beratung und Erörterung (Schmerztherapie)	2/2020	unb.
22222, 21221, 14221	Gruppenbehandlung: Ärztliche Psychotherapie, Psychiatrie (Kinder/Erw.)	4/2021	unb.
Einzeltherapie, Antrags-Psychotherapie Kapitel 35			
35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35571	Tiefenpsychologie, Analytisch, Verhalten, Zuschlag	4/2019	unb.
35591	Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	2/2020	unb.
35431, 35432, 35435	Systemische Therapie (KZT+LZT, Einzelbehandlung)	4/2020	unb.
Psychotherapie Kapitel 35, nicht antragspflichtig			
35110, 35111, 35112, 35113, 35141, 35142, 35600, 35601, 30932	Erhebung Befunde, Übungen (Gruppe), Testverfahren, Neuropsycholog. T. (Einzelb.)	4/2019	unb.
35573	Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	1/2020	unb.
30933	Neuropsycholog. Therapie (Gruppe)	4/2021	unb.
35152	Psychotherapeutische Akutsprechstunde	4/2021	unb.
Gruppenpsychotherapie Kapitel 35			
35173-35178, 35503-35508, 35513-35518, 35523-35528, 35533-35538, 35543-35548, 35553-35558, 35703-35708, 35713-35718, 35572, 35593-35598	Psychotherapeutische, tiefenpsychologische, analytische, Verhaltens-, systemische Gruppentherapie, Zuschläge	4/2021	unb.
Fallkonferenzen			
37120, 37320		2/2019	unb.
01442, 30706, 30210, 30948, 37400		4/2019	unb.
Berechnungsfähig im Rahmen von Corona-Sonderregelungen			
01952	Zuschlag Therapiegespräch	2/2020	1/2022
14223	Funktionelle Entwicklungstherapie	2/2020	1/2022
35150, 30931	Probatorische Sitzung	1/2020	1/2022
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde	1/2020	1/2022
35163-35168	Probatorische Sitzung (Gruppe)	4/2021	1/2022
Andere			
08619, 08621, 08623	Beratung im Rahmen der Kryokonservierung	3/2021	unb.
01470	DiGA-Verordnung	1/2021	4/2022
01471	Verlaufskontrolle DiGA somnio	1/2021	unb.

Tabelle 1 Auflistung der im Berichtszeitraum im Rahmen der Videosprechstunde abrechenbaren Gebührenordnungspositionen (teilweise gruppiert; unb. = unbefristet, KZT = Kurzzeittherapie, LZT = Langzeittherapie). Nicht aufgeführt sind die Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen bzw. Zusatzpauschalen oder Zuschläge

2.2.2 Leistungsentwicklung

Wie in Kapitel 2.2.1 erwähnt, lässt sich die Entwicklung der Inanspruchnahme der Videosprechstunde im Allgemeinen an der Abrechnungshäufigkeit der GOP 01450 ablesen, da diese bei jedem Videokontakt abgerechnet werden kann[17] (Abbildung 2):

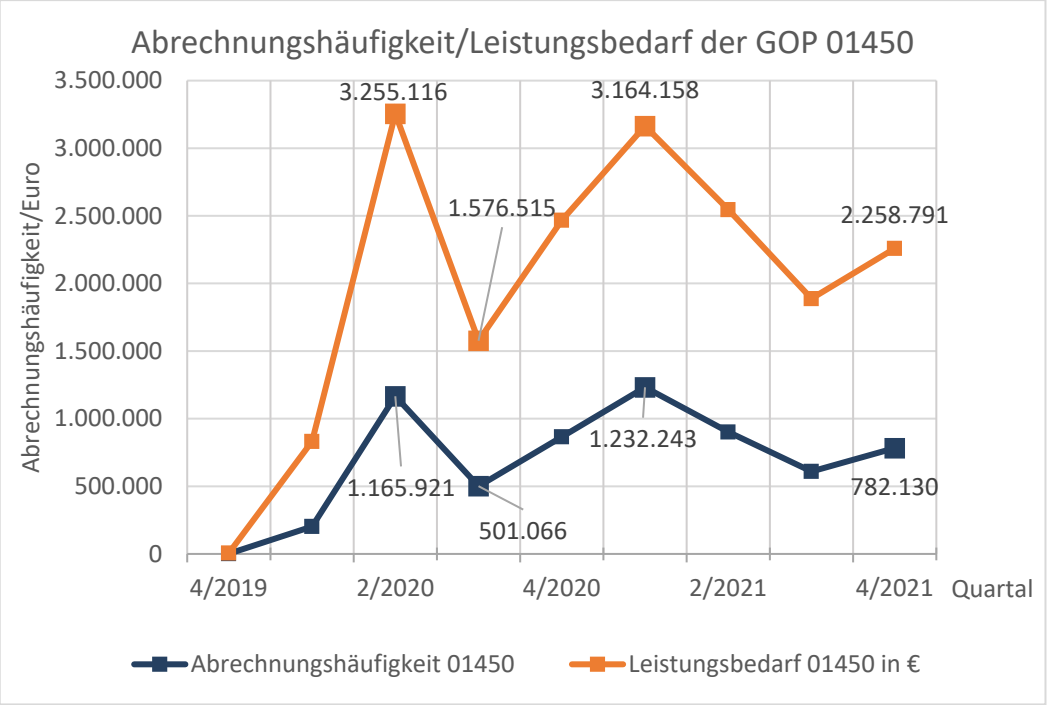

Abbildung 2 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf (in Euro) der GOP 01450 (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 24 und Tabelle 25

Die Abrechnungshäufigkeit der GOP 01450 zeigt nach dem ersten Quartal 2020 einen starken bundesweiten Zuwachs auf mehr als 1 Million Abrechnungen (blaue Kurve). Damit hat sich die Zahl der Abrechnungen innerhalb eines Quartals von 202.654 auf 1.165.921 Abrechnungen ungefähr versechsfacht. Das zweite Quartal 2020 umfasst den größten Zeitraum des ersten Lockdowns im Rahmen der Corona-Pandemie. Im ersten Quartal 2021 (zweiter Lockdown) wiederholt sich dieser Peak noch einmal. In den Sommermonaten sowohl 2020 als auch 2021 nahm die Inanspruchnahme der Videosprechstunde jeweils ab. Das

[17] Dies setzt allerdings voraus, dass die abrechnenden Ärztinnen und Ärzte die GOP 01450 auch dann noch ansetzten, wenn sie ihr Abrechnungskontingent für die GOP 01450 in Höhe von 1.899 Punkten je Arzt und Quartal bereits erschöpft haben

Auslaufen der Corona-Maßnahmen im zweiten Quartal 2022 dürfte vermutlich einen dämpfenden Effekt auf die Abrechnungszahlen haben (s. 2.2.4).

Der Leistungsbedarf der GOP 01450 (orangefarbene Kurve) zeigt einen ähnlichen Verlauf, gestaltet sich jedoch aufgrund von Abrechnungsbegrenzungen (Höchstmenge pro Ärztin/Arzt bzw. Psychotherapeutin/-therapeut) insgesamt ca. 40 Prozent niedriger als bei einer Multiplikation von Punktwert (40 Punkte) und Orientierungswert der Leistung mit der Abrechnungshäufigkeit zu errechnen wäre. Dieser Höchstwert könnte auch erklären, weshalb das erste Quartal 2021 einen leicht niedrigeren Leistungsbedarf bei höherer Abrechnungshäufigkeit gegenüber dem zweiten Quartal 2020 aufweist.

Altersstruktur der Versicherten

Betrachtet man die Alters- und Geschlechtsstruktur des Versichertenkollektives, für das die GOP 01450 abgerechnet wurde, zeigt sich folgende Verteilung (Abbildung 3):

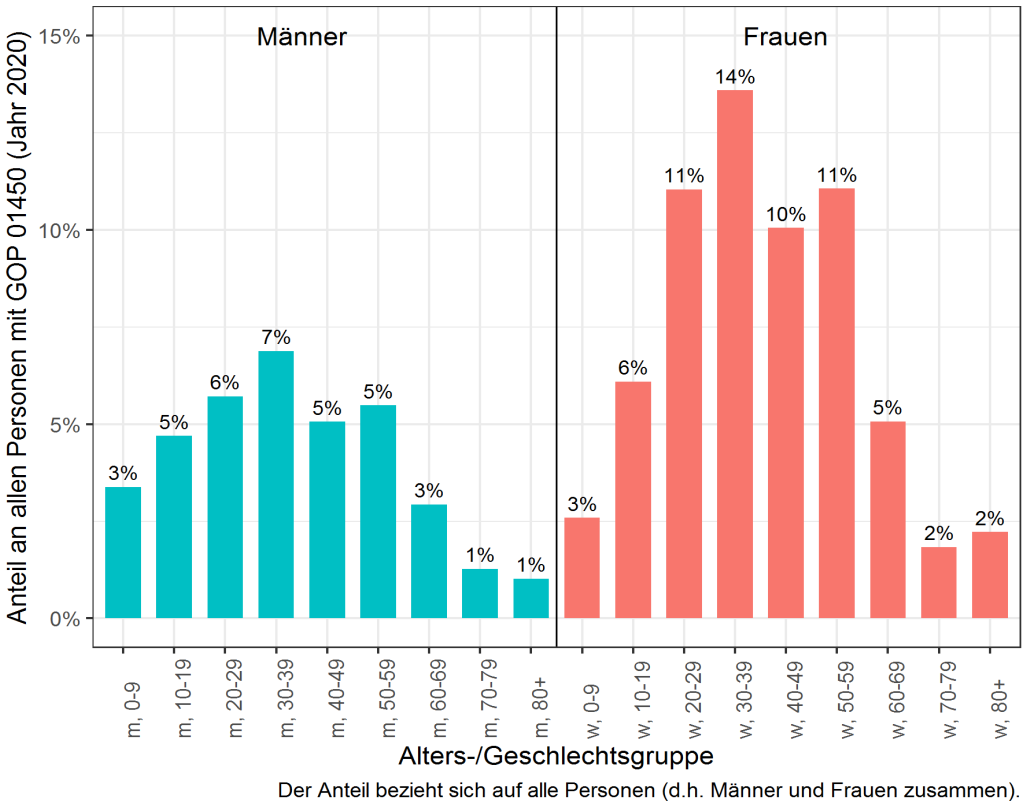

Abbildung 3 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten, bei denen die GOP 01450 im Jahr 2020 abgerechnet wurde (Auswertung InBA: GSP-Daten); m = männlich, w = weiblich

Abbildung 3 zeigt, dass die Videosprechstunde hauptsächlich von Versicherten im jungen bis mittleren Erwachsenenalter (20-59 Jahre) in Anspruch genommen wird und dass der Anteil der Frauen fast doppelt so hoch ausfällt wie der Anteil der männlichen Versicherten. Beide Beobachtungen könnten dadurch begründet sein, dass die Videosprechstunde zu einem überwiegenden Teil im Rahmen einer ärztlichen Gesprächstherapie oder Psychotherapie – und damit von Erwachsenen und überwiegend Frauen – in Anspruch genommen wird.

Leistungsentwicklung der Gebührenordnungspositionen, die per Video durchgeführt werden dürfen

Neben der Betrachtung der Gebührenordnungsposition 01450 als Surrogat-Parameter für sämtliche stattfindenden Videokontakte lassen sich auch die Abrechnungshäufigkeiten der einzelnen Leistungen betrachten, die spezifisch im Rahmen der Videosprechstunde durchgeführt werden. Dies ist möglich, weil die Gebührenordnungspositionen mit einer bundeseinheitlichen Kennzeichnung versehen werden, wenn sie per Video durchgeführt wurden. Die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit der in Tabelle 1 gruppiert dargestellten Gebührenordnungspositionen stellt sich wie folgt dar (Tabelle 2):

GOP	4/2019	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Authentifizierung (01444)	86	12.161	58.826	25.123	41.899	58.479	56.564	64.311	86.208
Anschubförderung (01451)	1.411	156.565	1.093.885	439.970	800.328	1.162.485	834.139	543.125	1.716*
Ärztl. Gesprächsleistungen	228	62.107	387.720	185.975	305.912	415.827	325.232	232.109	281.043
Psychotherapie, antragspfl.	117	106.917	826.077	339.735	565.753	869.181	624.161	382.043	464.659
Psychotherapie, nicht antragspfl.	35	9.209	99.451	52.080	78.460	117.282	90.942	65.253	103.361
Gruppenpsychotherapie	-	-	-	-	-	-	-	-	2.712
Videofallkonferenz (01442)	185	1.904	12.853	2.656	5.095	5.734	3.061	2.276	2.732
Corona-Leistungen	-	16.002	152.275	57.901	115.753	198.032	130.882	74.232	98.124
Beratung Kryokonservierung	-	-	-	-	-	-	-	<5	<5
DiGA (01470, 01471)	-	-	-	-	-	193	295	797	895

*Tabelle 2 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen, die per Video durchgeführt wurden (teilweise gruppiert). Für die Identifikation, dass die jeweilige Gebührenordnungsposition per Video durchgeführt wurde, dienten die bundeseinheitlichen Kennzeichnungen der Gebührenordnungsposition im Fall der Durchführung per Video. *Die GOP 01451 wurde zum 30. September 2021 aus dem EBM gestrichen. Bei den aufgeführten Fällen handelte es sich um nachträgliche Abrechnungen, die sich auf Behandlungsfälle des dritten Quartals 2021 beziehen. (Auswertung InBA: ArztRG-Daten)*

Auch in den Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen lässt sich der starke Anstieg der per Videosprechstunde durchgeführten Leistungen zum Jahr 2020 hin erkennen. Insbesondere die Quartale, die in einer Lockdown-Phase lagen (02/2020, 01/2021) zeigen einen deutlichen Leistungshöhepunkt. Bei den Leistungen im Rahmen der Antrags-Psychotherapie ist in den zweiten bis vierten Quartalen 2021 ein relativ starker Rückgang zu verzeichnen im Vergleich zu den ärztlichen Gesprächsleistungen, aber insbesondere zur nicht antragspflichtigen Psychotherapie. Insgesamt zeigen sich die Leistungen im vierten Quartal 2021 noch auf einem hohen Niveau bei damaliger erhöhter Infektionslage. Im Anhang sind die Abrechnungshäufigkeiten sämtlicher Gebührenordnungspositionen einzeln dargestellt, die im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden können (Tabelle 24).

2.2.3 Abrechnung von Videosprechstunden-Leistungen pro Kapitel/Fachgruppe

Die Anzahl der im Rahmen der Videosprechstunde abgerechneten Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen zeigt Tabelle 3:

Kapitel	4/2019	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Allg. Med.	86	4.514	18.959	10.749	17.909	19.074	20.345	29.522	41.488
Psycho-therapie	8	1.039	47.548	24.105	26.096	43.109	34.208	23.456	27.127
Gynäko-logie	0	454	2.812	1.283	1.201	2.838	2.994	5.277	6.147
Ortho-pädie	0	345	2.471	834	1.132	1.881	1.886	2.207	5.228
HNO	5	397	1.775	564	1.403	2.846	2.219	2.938	4.813
Sonstige	47	3.971	37.397	11.475	14.977	21.255	17.345	14.610	16.931

Tabelle 3 Inanspruchnahme von Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen im Rahmen der Videosprechstunde pro Kapitel im EBM. Es wurden nur Pauschalen ausgewertet, die im Abrechnungsquartal rein im Rahmen der Videosprechstunde durchgeführt wurden und ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Dargestellt sind die fünf Kapitel im EBM, in denen am häufigsten Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen abgerechnet wurden. Alle anderen 15 Kapitel hatten unter 2.500 Abrechnungen/Quartal und wurden zu ‚Sonstige' zusammengefasst (Auswertung InBA: ArztRG-Daten)

Am häufigsten wurden im vierten Quartal 2021 die Versichertenpauschalen des 3. Kapitel EBM (Allgemeinmedizin) in Anspruch genommen. Dahinter folgen die psychotherapeutischen Grundpauschalen (Kapitel 23 EBM), die den größten Teil des Jahres 2020 und die Hälfte des Jahres 2021 sogar am häufigsten abgerechnet

wurden. Zusammen stellen die Pauschalen der Allgemeinmedizin und der Psychotherapie damit ca. zwei Drittel (68%) der rein im Rahmen der Videosprechstunde abgerechneten Pauschalen. Eine vollständige Auflistung der Häufigkeiten der Pauschalen befindet sich im Anhang (Tabelle 24).

Fachgruppen

Die Dominanz der Psychotherapie zeigt sich auch in der Durchführung von Videosprechstunden-Leistungen in den jeweiligen Fachgruppen (Tabelle 4):

Fachgruppe	4/2019	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Psychotherapie	48	11.393	17.695	14.346	17.030	18.562	17.942	16.685	17.748 (53,4%)
Hausärztinnen/ -ärzte	75	2.550	6.363	3.728	4.563	4.677	4.052	3.481	3.508 (6,4%)
Psychosomatik		595	1.046	839	976	1.023	988	901	973 (43,7%)
Kinder- und Jugendmedizin	6	423	1.105	597	743	800	728	601	568 (7,0%)
Gynäkologie	<5	212	620	381	433	519	544	516	505 (4,0%)
Päd. Psychotherapie/ Psychiatrie		253	527	354	445	489	455	420	433 (37,3%)
Psychiatrie	<5	209	486	339	384	409	380	344	349 (16,9%)
Orthopädie	11	227	530	297	301	327	306	272	257 (3,2%)
Neurologie	<5	142	397	232	251	252	232	212	207 (6,4%)
Innere Medizin (Gesamt)	5	205	617	296	346	377	319	260	253 (2,0%)
Dermatologie	6	167	453	214	225	253	248	203	189 (4,8%)

Tabelle 4 Anzahl der Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach Fachgruppe, die mind. einen Videozuschlag (01444, 01450, 01451) im jeweiligen Quartal abgerechnet haben (Auswertung InBA: AST-Daten). Im Quartal 4/2021 wurde zusätzlich zur absoluten Anzahl noch das Verhältnis in Prozent von Ärztinnen und Ärzten, die Videosprechstunden-Leistungen angeboten haben, gegenüber allen Ärztinnen und Ärzte der Fachgruppe angegeben

Wie in den Abrechnungshäufigkeiten der Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen (Tabelle 3) und Einzelleistungen (Tabelle 2) schon erkennbar, zeigt

auch Tabelle 4, dass der weit überwiegende Teil der Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Videoleistungen abgerechnet haben, eher der vorwiegend sprechenden Medizin (vor allem dem Bereich der Psychotherapie und Allgemeinmedizin) zuzuordnen sind.

Der Anteil an Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten einer Fachgruppe, die Videoleistungen zumindest einmal im Quartal abrechneten, an allen Mitgliedern der Fachgruppe beträgt im Bereich der Psychotherapie im Quartal 4/2021 über 50 Prozent, gefolgt von der Psychosomatik mit mehr als 40 Prozent (Tabelle 4). Technisch und praktisch scheint bei diesen Fachgruppen das Medium Videosprechstunde als Option in der Breite angekommen zu sein. Die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner bzw. Hausärztinnen und -ärzte sowie Kinderärztinnen und -ärzte sind von den absoluten Zahlen aus gesehen stark vertreten. Dies ist aber lediglich durch die hohe Gesamtzahl an Ärzten in diesen Fachgruppen bedingt, wie die Betrachtung des Anteils der Ärztinnen und Ärzte zeigt, welche Videosprechstunden anbieten: dieser Anteil liegt lediglich bei rund 6 Prozent bzw. 7 Prozent.

Bei manchen Fachgruppen fällt der geringere Abfall der Abrechnungshäufigkeit nach den besonders von der Corona-Pandemie dominierten Quartalen auf – beispielsweise im Vergleich zu der Inneren Medizin, Neurologie oder Dermatologie.

2.2.4 Bedeutung der Videosprechstunden für die vertragsärztliche Versorgung während der Corona-Pandemie

Bei der Betrachtung der Leistungsentwicklung der Videosprechstunde in den stark von der Pandemie geprägten Jahren 2020 und 2021 ist zu beachten, dass abgerechnete videogestützte Leistungen weiterhin nur einen Bruchteil der Abrechnungen in Relation zu der Abrechnung aller Gebührenordnungspositionen in der jeweiligen Gruppe darstellen. In Tabelle 5 ist für die relevantesten drei Leistungsgruppen die Abrechnungshäufigkeit insgesamt und die Abrechnungshäufigkeit von Leistungen per Video in den Kalenderjahren 2020 und 2021 dargestellt.

Leistungen	2020	2021
Ärztliche Gesprächsleistungen	146.175.158	153.553.005
Davon ärztliche Gesprächsleistungen (Video)	941.714 (0,6%)	1.254.211 (0,8%)
Psychotherapie, antragspfl.	19.477.303	19.938.133
Davon Psychotherapie, antragspfl. (Video)	1.838.482 (9,4%)	2.340.044 (11,7%)
Psychoth., nicht antragspfl.	33.939.089	34.929.858
Davon Psychoth., nicht antragspfl. (Video)	239.200 (0,7%)	376.838 (1,1%)

Tabelle 5 Abrechnungshäufigkeit insgesamt im Vergleich zur Abrechnungshäufigkeit per Video im Jahr 2020 und 2021. Angegeben ist auch der prozentuale Anteil der Durchführung per Video an der Gesamtdurchführung. (Auswertung InBA: ArztRG-Daten)

Aus Tabelle 5 ist ersichtlich, dass im Bereich der antragspflichtigen Psychotherapie im Jahr 2021 bereits rund 12 Prozent, mehr als jede zehnte Leistung, per Video durchgeführt wurde. Dieser Anteil stieg im Vergleich zu 2020 um etwas mehr als zwei Prozentpunkte. Ärztliche Gesprächsleistungen und Leistungen der nicht-antragspflichtigen Psychotherapie fanden weiterhin fast ausschließlich im persönlichen Patientenkontakt statt; der Anteil der Leistungen per Video liegt in diesen Bereichen bei rund einem Prozentpunkt. Die Steigerung des Anteils der Videosprechstunde in den Pandemiejahren 2020 und 2021 ist dennoch deutlich im Vergleich zum Jahr 2019 (siehe Abbildung 2).

Bedeutung der Abrechnungsbegrenzungen im Rahmen der Corona-Pandemie für die Abrechnungshäufigkeit

Tabelle 5 zeigt, dass im Jahr 2021 rund 1 Prozent der Gesprächsleistungen, 12 Prozent der antragspflichtigen Psychotherapie-Leistungen und 1 Prozent der nicht-antragspflichtigen Psychotherapie-Leistungen per Video durchgeführt wurden. Die Durchführung der Video-Leistungen erfolgt dabei nicht gleichmäßig über alle Vertragsärzte und -ärztinnen verteilt. So führen manche weit überdurchschnittlich häufig Leistungen per Video durch, viele aber auch gar keine. Vor der Pandemie waren die Abrechnungen dieser Leistungen auf einen Anteil von 20 Prozent pro Vertragsarzt gedeckelt.

Mit den Corona-Sonderregeln wurde diese Begrenzung ab dem zweiten Quartal 2020 zeitweilig aufgehoben (478. Sitzung des Bewertungsausschusses). Zum zweiten Quartal 2022 trat die Begrenzung in neuer Höhe von 30 Prozent wieder in Kraft. Den Effekt dieser Aussetzung der Regel während der Lockdowns zeigt eine gesonderte Analyse für das Jahr 2021. Abbildung 4 zeigt, dass rund ein Drittel der abgerechneten Videoleistungen (30% bis 34%) von Vertragsärztinnen,

Vertragsärzten Psychotherapeutinnen und –therapeuten durchgeführt wurde, die in diesem Zeitraum mehr als 30 Prozent der betreffenden Leistungen im Videokontakt abgerechnet haben:

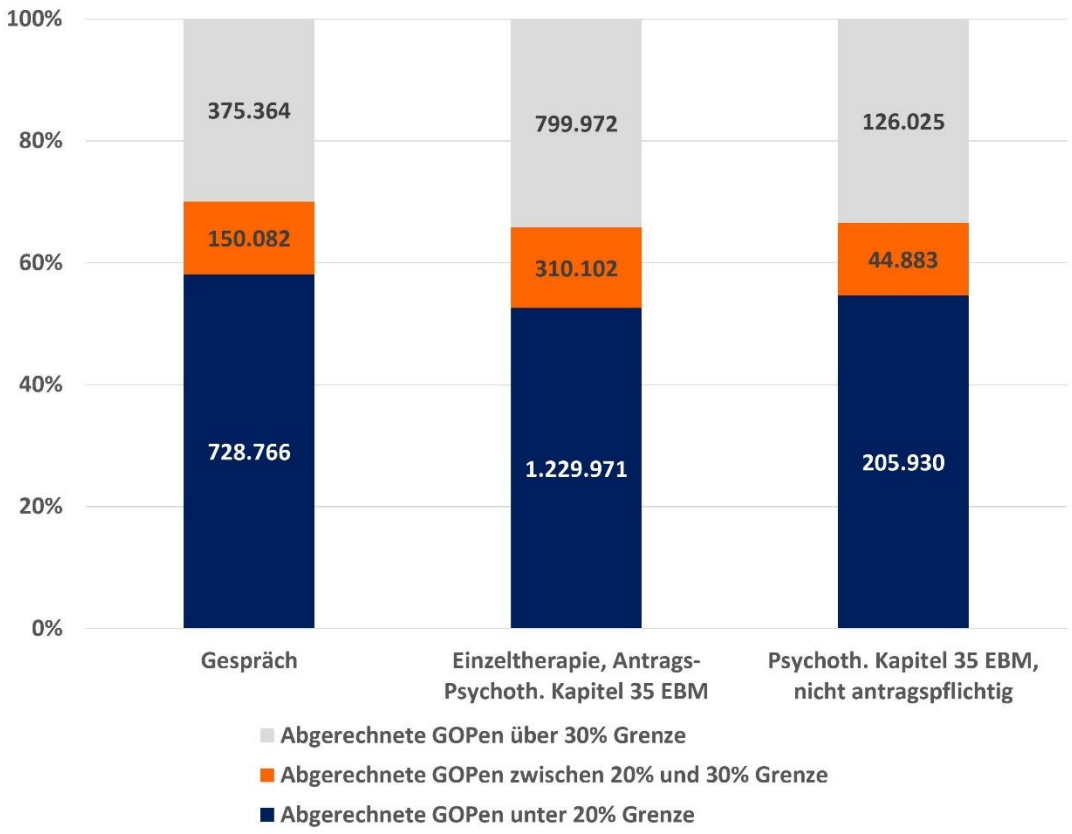

Abbildung 4 Häufigkeit der im Rahmen der Videosprechstunde abgerechneten Gebührenordnungspositionen im Jahr 2021, unter Berücksichtigung der zeitweiligen Aufhebung der leistungsbezogenen Begrenzung von 20 Prozent summiert dargestellt. Dazu wurde auf Arztebene die Häufigkeit an Gebührenordnungspositionen auf Quartalsebene ermittelt, deren Abrechnungen über der individuellen (ausgesetzten) 20 Prozent bzw. 30 Prozent Abrechnungsbegrenzung lagen, und die Ergebnisse aller Vertragsärztinnen, -ärzte, Psyychotherapeutinnen und -therapeuten wieder summiert. Betrachtet werden dabei nur die Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Videosprechstunden in dem jeweiligen Quartal durchgeführt haben. (Auswertung InBA: ArztRG-Daten).

Die pandemiebedingte Aussetzung der leistungsbezogenen Begrenzungen bei Videosprechstunden zur Vermeidung nicht zwingend notwendiger persönlicher Kontakte entfaltete hinsichtlich der Abrechnungshäufigkeiten einen deutlichen Effekt auf die Abrechnungszahlen (Abbildung 4). So wurden beispielsweise bei den Gesprächsleistungen – von den Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen

und Psychotherapeuten, die in diesem Zeitraum Videosprechstunden durchgeführt haben – im Jahr 2021 ca. 40 Prozent der ärztlichen bzw. theraputischen Gespräche per Video oberhalb der früheren leistungsbezogenen Begrenzung von 20 Prozent abgerechnet (Abbildung 4 orangefarbener und grauer Bereich). Der größere Teil der Abrechnungen lag dabei sogar oberhalb der 30-Prozent-Begrenzungsregel (grauer Bereich). Die Ausweitung der Leistungsentwicklung der Videosprechstunde insgesamt kann damit zu einem guten Teil auf die im Rahmen der Corona-Pandemie vorgenommene Aufhebung der Sonderregel zurückgeführt werden.

Mit der pandemiebedingten Reduzierung an persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten stieg die Zahl an videogestützten Gesprächen und Psychotherapien. Zudem wurden auch mehr telefonische Gesprächsleistungen durchgeführt. Insgesamt konnte durch die vorübergehende Aussetzung der Höchstgrenze bei Videosprechstunden sowie die in der Pandemie erweiterten Möglichkeiten zur Abrechnung von telefonischen Leistungen die Zahl der geführten Gespräche und Therapien während der Corona-Pandemie stabilisiert werden.

2.3 Videofallkonferenzen

2.3.1 Regelungen und Vergütung im EBM

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung wurde die Durchführung von Fallkonferenzen zwischen Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten und Pflegekräften im Rahmen der Versorgung von Pflegebedürftigen ab dem zweiten Quartal 2019 erstmalig auch als Videokonferenz ermöglicht. Die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP 37120: Fallkonferenz im Pflegeheim; GOP 37320: Fallkonferenz Palliativversorgung) wurden hierfür angepasst. Im Verlauf wurden weitere Fallkonferenzen um diese Möglichkeit erweitert (Tabelle 6):

GOP	Bezeichnung	Beschluss	Ab	Bewertung
37120	Fallkonferenz im Pflegeheim	435. BA	2/2019	64 Punkte; ab 2/2020: 86 Punkte
37320	Fallkonferenz in der Palliativversorgung	435. BA	2/2019	64 Punkte; ab 2/2020: 86 Punkte
01442	Videofallkonferenzen zwischen Pflegekräften von chronisch pflegebedürftigen Versicherten und koordinierenden Ärztinnen/Ärzten/Psychotherapeutinnen/-therapeuten	453. BA	4/2019	Neuschaffung, 64 Punkte; ab 2/2020: 86 Punkte
30210	Multidisziplinäre Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung einer hyperbaren Sauerstofftherapie bei Versicherten mit diabetischem Fußsyndrom	453. BA	4/2019	64 Punkte; ab 2/2020: 86 Punkte
30706	Schmerztherapeutische Fallkonferenz	453. BA	4/2019	60 Punkte; ab 2/2020: 86 Punkte
30948	MRSA-Fall- und/oder regionale Netzwerkkonferenz	453. BA	4/2019	46 Punkte; ab 2/2020: 86 Punkte
37400	Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	453. BA	4/2019	100 Punkte
30708	Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	486. BA	2/2020	169 Punkte

Tabelle 6 Durchführbarkeit von Fallkonferenzen per Video; BA = Bewertungsausschuss, MRSA = Methicillin-Resistenter Staphylococcus Aureus

Neben den Erweiterungen bestehender Gebührenordnungspositionen wurden mit der Neuschaffung der GOP 01442 mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 (453. Sitzung des Bewertungsausschusses) auch Videofallkonferenzen mit Pflegekräften von Pflegebedürftigen ermöglicht, die in der Häuslichkeit oder in beschützenden Einrichtungen versorgt werden (Tabelle 6). Die GOP 01442 ist mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 511. Sitzung für das Jahr 2021 bzw. den Beschlüssen in seiner 567. bzw. 570. Sitzung[18] für das Jahr 2022 weiterhin in der extrabudgetären Vergütung verortet.

Der im Rahmen einer Videofallkonferenz ebenfalls abrechenbare Technikzuschlag (GOP 01450) kann bei allen Gebührenordnungspositionen nur von der

[18] Siehe Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 570. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

Ärztin oder dem Arzt bzw. der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden, die/der die Videofallkonferenz initiiert. Eine Videofallkonferenz darf ebenso wie eine Videosprechstunde nur mittels eines nach Anlage 31b zum BMV-Ä[19] zertifizierten Videodienstanbieters durchgeführt werden. In Tabelle 6 ist die zum zweiten Quartal 2020 vorgenommene Bewertungsanpassung vieler Gebührenordnungspositionen zur Video-Fallkonferenz auf 86 Punkte ersichtlich.

2.3.2 Leistungsentwicklung

Die Auswertung der Abrechnungshäufigkeiten bezüglich der Fallkonferenzen ist lediglich für die reine Video-Fallkonferenz (GOP 01442) möglich (Abbildung 5). Aussagen zu der Leistungsentwicklung der GOP 30706, GOP 30948, GOP 37400, GOP 30210 und GOP 30708 (wie sie in Tabelle 6 aufgeführt sind) als Videofallkonferenz sind leider nicht verfügbar, da hierzu die spezifische Kennzeichnung in den Daten fehlt.

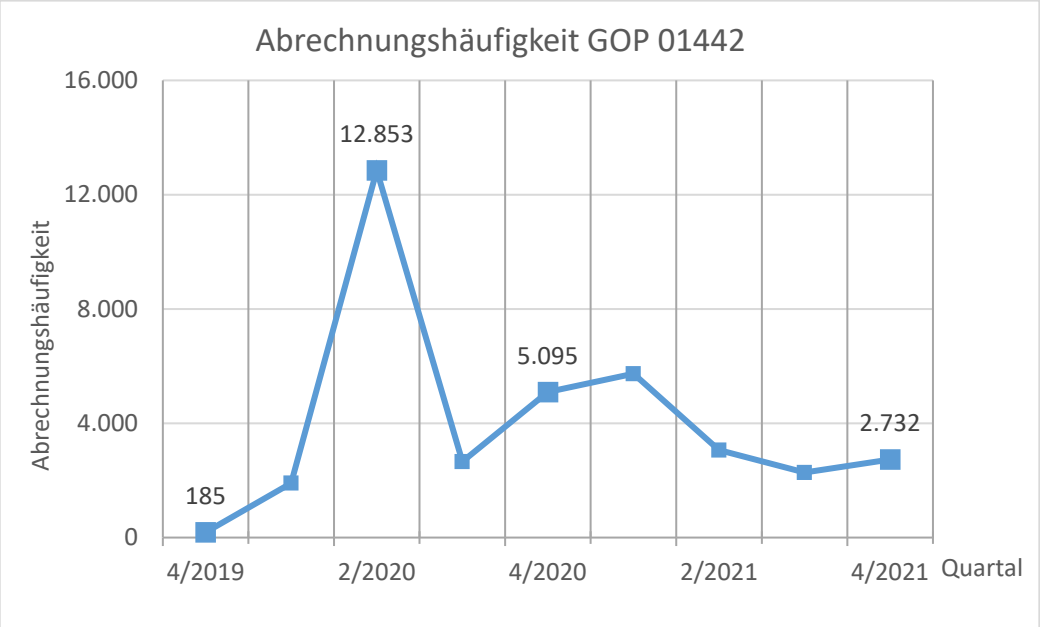

Abbildung 5 Abrechnungshäufigkeit der GOP 01442 (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 24

[19] Siehe Anlage 31b zum BMV-Ä: Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde vom 21. Oktober 2016 in der Fassung vom 15. Juni 2022 – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de)

In Abbildung 5 ist ein deutlicher Anstieg der Abrechnungshäufigkeit der GOP 01442 in den vom Lockdown im Rahmen der Corona-Pandemie geprägten Quartalen zu erkennen (2/2020, 1/2021). Zur Verhinderung einer Ausbreitung von Covid-19 bei Pflegebedürftigen und deren betreuenden Personen wurde anscheinend vermehrt auf die Durchführung der kontaktlosen Video-Fallkonferenzen zurückgegriffen.

Der Leistungsbedarf zeigt den gleichen Verlauf und lag im zweiten Quartal 2020 bei einem Maximum von 121.000 Euro und im vierten Quartal 2021 bei rund 26.000 Euro (siehe Anhang, Tabelle 25).

3 Telemonitoring bei Versicherten mit Herzinsuffizienz

3.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

- Telemonitoring: Telemonitoring im Sinne einer Verwendung von Kommunikationstechnologien zur Überwachung und Vermittlung von physiologischen Daten, die den Gesundheitsstatus beschreiben, ist konzeptionell unterschiedlich gestaltbar und nicht einheitlich definiert. Vorrangig kann dieser Prozess primär im Sinne einer Fernüberwachung verstanden werden durch regelmäßige (zum Beispiel tägliche) Weiterleitung von klinischen Daten (Gewicht, Blutdruck, Befinden) oder von technischen Daten (z. B. Batteriestatus, Impedanzen) an die Ärztin oder den Arzt. In einem anderen Sinne kann Telemonitoring aber auch lediglich als Fernnachsorge verstanden werden. Die beiden Auffassungen sind nicht immer einfach voneinander abzugrenzen.
  Ein wichtiges Merkmal der Fernüberwachung als intensivere Art des Monitorings stellt dabei die Übermittlung von Warnsignalen bei Überschreiten von vordefinierten Grenzwerten dar. Ziel ist es, bei detektierten Auffälligkeiten die Betroffenen gezielt, außerhalb der geplanten Nachsorgeintervalle einzubestellen oder sogar sofort diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Bei dieser Form des Telemonitorings hängt der Erfolg entscheidend vom Informationsfluss und der im Voraus definierten Aufgabenverteilung zwischen den am Prozess beteiligten Partnern ab. Primäres Ziel bei der Fernnachsorge ist hingegen die Kontrolle in Form einer routinemäßigen Übertragung von Daten zu definierten Zeitpunkten. Dadurch kann ein persönlicher Arztkontakt unter Umständen überflüssig werden (siehe Kapitel 4).
- Herzinsuffizienz: Ist das Herz nicht mehr in der Lage, sich ausreichend mit Blut zu füllen oder dieses wieder herauszupumpen, spricht man von einer Herzinsuffizienz. Diese kann chronisch oder akut auftreten. Kennzeichnend ist, dass der Körper nicht genug Sauerstoff erhält, um die Versorgung unter Belastungs- und – fortgeschritten – unter Ruhebedingungen zu gewährleisten. Der Stoffwechsel und der Transport (beispielsweise von Gewebswasser) sind beeinträchtigt oder kommen zum Erliegen. Eine chronische Herzinsuffizienz tritt in der älteren Bevölkerung häufig auf und zählt auch zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. [20]

[20] Siehe Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG et al. 2009: Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of

Da das Herz in einen komplexen Regelungsvorgang eingebunden ist, neigt eine Herzinsuffizienz zu einem schwankenden Verlauf, der sich typischerweise bei Überschreitung eines Kipppunktes schnell und lebensbedrohlich verschlechtern kann. Eine engmaschige Kontrolle des Gesundheitsstatus ermöglicht es, Verschlechterungen frühzeitig zu erkennen, bevor ein solcher Kipppunkt überschritten wird. Dabei kann das Telemonitoring mit Übermittlung und Überwachung der physiologischen Daten (etwa Herzfrequenz und -rhythmus, Gewicht und Blutdruck) oder Einschätzungen des Gesundheitszustandes durch den Versicherten einen Beitrag leisten.

Rechtlicher Hintergrund

Zwei Anträge des GKV-Spitzenverbands auf ein Verfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Nutzenbewertung von

- Telemonitoring mithilfe von aktiven kardialen implantierbaren Aggregaten bei ventrikulärer Tachyarrhythmie sowie Herzinsuffizienz (2016)

und

- Management von Herzinsuffizienz durch nichtinvasives, multiparametrisches, komplexes Telemonitoring für Versicherte mit Schweregrad II-III der New York Heart Association (NYHA) nach Dekompensation (2018)

wurden vom G-BA zusammengefasst und mündeten nach Beratungen und auf Grundlage eines vom IQWiG erstellten Rapid-Reports[21] am 17. Dezember 2020 in einem Beschluss des G-BA[22] zur Aufnahme der Methode Telemonitoring bei Herzinsuffizienz als Nr. 37 in die Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) bei insgesamt positiver Nutzenbewertung. Mit diesem Beschluss wurde eine erste echte Telemonitoring-Leistung in die ambulante Versorgungsstruktur eingeführt.
Abbildung 6 demonstriert die wesentliche Struktur und den Ablauf des Telemonitorings bei Herzinsuffizienzpatientinnen und -patienten mit Schweregrad NYHA II oder III nach der Anlage 37 der MVV-RL:

heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. Circulation 2009; 119(14): e391-e479

[21]Siehe Rapid Report des IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (iqwig.de)

[22]Siehe Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz – Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de)

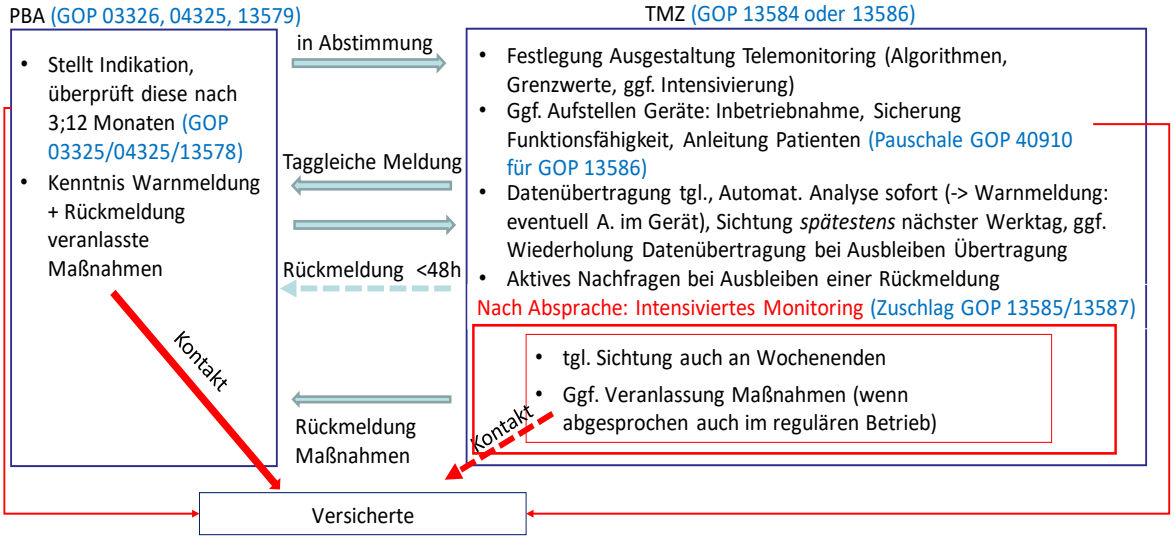

Abbildung 6 Schematische Darstellung des Telemonitoring bei Versicherten mit Herzinsuffizienz (Darstellung InBA)

Der primär behandelnde Arzt (PBA) oder Ärztin stellt die Indikation für das Telemonitoring und arbeitet eng mit dem telemedizinischen Zentrum (TMZ) zusammen. PBA und TMZ sind im Regelfall getrennte Institutionen. Falls PBA die strukturellen und prozessualen Voraussetzungen für ein TMZ erfüllen oder wenn bereits ein Behandlungsvertrag zwischen Versicherten und der Ärztin oder dem Arzt vorbestand, dürfen die Aufgaben von PBA und TMZ auch von einer Abrechnungseinheit wahrgenommen werden. Die TMZ sind im Wesentlichen für die Geräteversorgung, Anleitung der Versicherten, Dokumentation und Überwachung verantwortlich und geben bei Auffälligkeiten eine Meldung an die PBA, die ihrerseits die daraufhin von ihnen veranlassten Maßnahmen zurückmelden. Die Behandlung bleibt so in Händen der PBA. Die Überwachung kann grundsätzlich – wenn bei den Versicherten vorhanden –mittels der Übertragungsfunktionen von implantierten kardialen Aggregaten (ICD, CRT) stattfinden und/oder mittels externer Geräte (EKG, Waage, Tablet etc.).

Für Versicherte, die eine intensive Überwachung benötigen, gibt es ein intensiviertes Monitoring mit engmaschigerer Überwachung. Bei diesen Versicherten können TMZ auch unter Umständen direkt mit den Versicherten Kontakt aufnehmen und nach vorheriger Absprache mit den PBA auch Maßnahmen initiieren.

Ersichtlich sind in Abbildung 6 auch die geschaffenen Gebührenordnungspositionen, die in Kapitel 3.2 näher erläutert werden.

3.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Die Implementierung des G-BA-Beschlusses in der Vergütungsstruktur erfolgte mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 76. Sitzung[23] mit Wirkung zum 1. Januar 2022. Hierbei wurden folgende Leistungen zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz für PBA sowie für TMZ in den EBM aufgenommen (Tabelle 7):

PBA (HA, Kinder-/ Jugendmedizin, FA Innere Medizin)	**Abschnitt 3.2.3, 4.3.2 und 13.3.5 EBM - Indikationsstellung inkl. Aufklärung**				
	03325	3x/KHF	65 Pkt.	7,32 €	Je 5 min
	04325	3x/KHF	65 Pkt.	7,32 €	Je 5 min
	13578	3x/KHF	65 Pkt.	7,32 €	Je 5 min
	Zusatzpauschale für die Betreuung einer oder eines Versicherten im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz: Austausch zwischen PBA und TMZ, Indikationsprüfung, Kontakt zwischen Versicherten und PBA mit ggf. Therapieanpassung:				
	03326	1x/BHF	128 Pkt.	14,42 €	Nur von Ärztinnen und Ärzten berechnungsfähig, die Versicherte im Rahmen des Telemonitoring Herzinsuffizienz als PBA behandeln
	04326	1x/BHF	128 Pkt.	14,42 €	
	13579	1x/BHF	128 Pkt.	14,42 €	
TMZ	13583	1x/KHF	95 Pkt.	10,70 €	Anleitung/Aufklärung Versicherte (Gebrauch Geräte, Selbstmanagement)
	Bei Versicherten mit implantiertem kardialem System				
	13584	1x/BHF	1100 Pkt.	123,93 €	
	13585	1x/BHF	235 Pkt.	26,48 €	Zuschlag intensiviertes Monitoring: Kontaktaufnahme, Therapieanpassung, Intervention
	Telemonitoring mittels externer Messgeräte				
	13586	1x/BHF	2100 Pkt.	236,59 €	
	13587	1x/BHF	235 Pkt.	26,48 €	Zuschlag intensiviertes Monitoring: Kontaktaufnahme, Therapieanpassung, Intervention
	Kostenpauschale Geräteausstattung				
	40910	1x/BHF		68,00 €	In Zusammenhang mit GOP 13586

Tabelle 7 Neu geschaffene Gebührenordnungspositionen mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 76. Sitzung, getrennt nach PBA/TMZ; BHF=Behandlungsfall; KHF=Krankheitsfall; HA=Hausarzt/-ärztin; FA=Facharzt/-ärztin. Das TMZ greift auf unterschiedliche Gebührenordnungspositionen zurück, abhängig von implantiertem kardialem Aggregat bzw. Gebrauch externer Geräte. Zusätzlich sind für TMZ die Pauschalen mit der GOP 13585 bzw. GOP 13587 für das intensivierte Monitoring und die GOP 40910 für die Geräteversorgung abrechenbar.

[23] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 76. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

In Tabelle 7 sind die für PBA abrechenbaren Gebührenordnungspositionen für die Indikationsstellung und die Betreuung der Versicherten dargestellt. Diese sind jeweils für Allgemeinmediziner/-innen, Kinderärztinnen und -ärzte und Internistinnen und Internisten gespiegelt.

Das TMZ erhält neben der Vergütung für die Aufklärung des Versicherten (GOP 13583) eine Vergütung für das telemedizinische Monitoring von Versicherten mittels eines kardialen Aggregates (GOP 13584) oder für Versicherte, bei denen das telemedizinische Monitoring mit externen Geräten erfolgt (GOP 13586). Da bei der Überwachung mit externen Geräten regelhaft ein höherer Aufwand vorliegt, ist diese Gebührenordnungsposition höher bewertet. Sowohl bei dem Monitoring mittels kardialer Aggregate als auch mittels externer Geräte kann ein Zuschlag für das intensivierte Monitoring in Anspruch genommen werden (GOP 13585 bzw. GOP 13587). Wenn ein Telemonitoring mit externen Geräten erfolgt, kann darüber hinaus die Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung des Versicherten in Anspruch genommen werden (GOP 40910).

Vereinbarungen

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung werden die neu geschaffenen Gebührenordnungspositionen von einer Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-V TmHi)[24] zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband flankiert. Neben der Definition der Teilnehmer in Bezug auf Anforderungen und Qualifikation werden hier vor allem auch technische Standards bezüglich der Infrastruktur des TMZ und der Geräte/Sensoren definiert, die bei den Versicherten zum Einsatz kommen. Die Qualitätssicherungsvereinbarung für Telemedizinische Zentren ist zum 1. April 2022 in Kraft getreten. In dieser Vereinbarung ist geregelt, dass ein TMZ die Erfüllung der Anforderungen an die technische Ausstattung gemäß der QS-V TmHi gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweist und eine Genehmigung erhält, TMZ-Leistungen durchzuführen. Vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung konnten zwischen 1. Januar und 31. März 2022 übergangsweise nur Ärztinnen und Ärzte, denen bereits von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung eine Rhythmusimplantat-Kontrolle genehmigt wurde, TMZ-Leistungen zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz durchführen und abrechnen.

Außer der Qualitätssicherungsvereinbarung ist eine Vereinbarung über technische Verfahren bei telemedizinischem Monitoring zwischen dem GKV-

[24] Siehe Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (QS-V TmHi) – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de); Inkrafttreten am 1.4.2022.

Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu treffen im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik und der Nationalen Agentur für Digitale Medizin (gematik). Die Vereinbarung soll zunächst die technischen Anforderungen an die einzusetzenden Anwendungen festlegen. Zudem soll sie Vorgaben für die Interoperabilität der einzusetzenden Anwendungen und Anforderungen an den Datenschutz und die Informationssicherheit enthalten sowie die Verwendung von Diensten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur für das Telemonitoring definieren. Die Vereinbarung soll auch vorsehen, dass den in das Telemonitoring eingeschlossenen Versicherten therapierelevante Daten in einem interoperablen Format zur Verfügung gestellt werden.

Um die Kostendeckung durch die beschlossene Vergütung zu überprüfen, erfolgt eine Evaluation der Kosten in Bezug auf die vorhandene Infrastruktur der TMZ und der externen Geräte durch den Erweiterten Bewertungsausschuss zum Ende des Jahres 2022.

3.3 Leistungsentwicklung

Die Leistungsentwicklung der Gebührenordnungspositionen für das Telemonitoring Herzinsuffizienz kann zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht ausgewertet werden.

4 Telemedizinische Kontrollen von ICD- und CRT-Geräten

4.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Für die Behandlung von schwerwiegenden Rhythmusstörungen der Herzkammern (ventrikulären Tachyarrhythmien) und Formen der Herzschwäche (Herzinsuffizienz) können aktive kardiale implantierbare Aggregate eingesetzt werden. Man unterscheidet dabei zwischen implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (ICD) und Aggregaten zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P). CRT-Systeme können darüber hinaus zusätzlich mit einer Defibrillator-Funktion kombiniert werden (sog. CRT-D).

Bei jedem Implantat-Typus ist eine regelmäßige ärztliche Nachsorge erforderlich, die auch als Fernnachsorge telemedizinisch erfolgen kann. Dabei werden die technische Funktionsfähigkeit des Gerätes überprüft, aber auch gespeicherte Ereignisse ausgelesen. Das Kontrollintervall ist dabei abhängig von Erkrankung und Geräteart. Durch ein für den Versicherten hörbares akustisches Signal kann der Schrittmacher aber auch zu einer außerplanmäßigen Kontrolle alarmieren. Als Service-Leistung bieten viele Geräte-Hersteller eine Cloud zum Upload von Daten auch für eine häufigere Übertragung an als für die regulären Kontrolltermine vorgesehen. Diese Daten sind dann für den Arzt oder die Ärztin theoretisch zugänglich.

Rechtlicher Hintergrund

Im Rahmen der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz[25] gemäß § 87 Abs. 2a SGB V zur Überprüfung der Durchführbarkeit telemedizinischer Leistungen und des daraus resultierenden Anpassungsbedarfs des EBM werden telemedizinische Funktionsanalysen von ICD- und CRT-Geräten seit 2016 vergütet.

[25] Siehe GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. 12. 2011 – Bundesgesetzblatt I S.2983 (bgbl.de)

4.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Im Juni 2017 wurden die Leistungen für die telemedizinische Funktionsanalyse nach den Aggregattypen getrennt, sodass seit dem 1. Oktober 2017 telemedizinische Funktionsanalysen durchgeführt und mit folgenden Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden können (Tabelle 8):

GOP	Bezeichnung	Punkte	Euro (2022)
04414	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators bei Kindern	732	82,47
04416	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) bei Kindern	901	101,51
13574	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators bei Erwachsenen	400	45,06
13576	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) bei Erwachsenen	492	55,43
01438	Telefonische Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04414, 04416, 13574 oder 13576; bis zu dreimal im KHF berechenbar	88	9,91

Tabelle 8 Gebührenordnungspositionen für die telemedizinischen Kontrollen (Funktionsanalysen) von ICD- und CRT-Geräten

Die telemedizinischen Gebührenordnungspositionen sind mit den Gebührenordnungspositionen zur konventionellen Funktionsanalyse in ihrer Abrechnungshäufigkeit verknüpft und dürfen gemeinsam mit ihrer gespiegelten konventionellen Gebührenordnungsposition (d.h. Funktionsanalyse im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt) in Summe fünfmal im Krankheitsfall [26] abgerechnet werden. Einmal im Krankheitsfall soll davon eine konventionelle Funktionsanalyse erfolgen. Die letzte Vergütungsanpassung dieser Gebührenordnungspositionen erfolgte zum 1. Januar 2019.[27] Die genauen Entwicklungen sind im Vorbericht 2020 dargestellt.

[26] Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Quartale, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen

[27] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung– Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de); rückwirkend zum 1. Januar 2019

4.3 Leistungsentwicklung

Abbildung 7 und Abbildung 8 zeigen die Abrechnungshäufigkeit bzw. den Leistungsbedarf der GOP 13574 und GOP 13576 für die telemedizinische Funktionsanalyse bei Erwachsenen im Bereich der Inneren Medizin/Kardiologie sowie der GOP 01438 (telefonische Kontaktaufnahme):

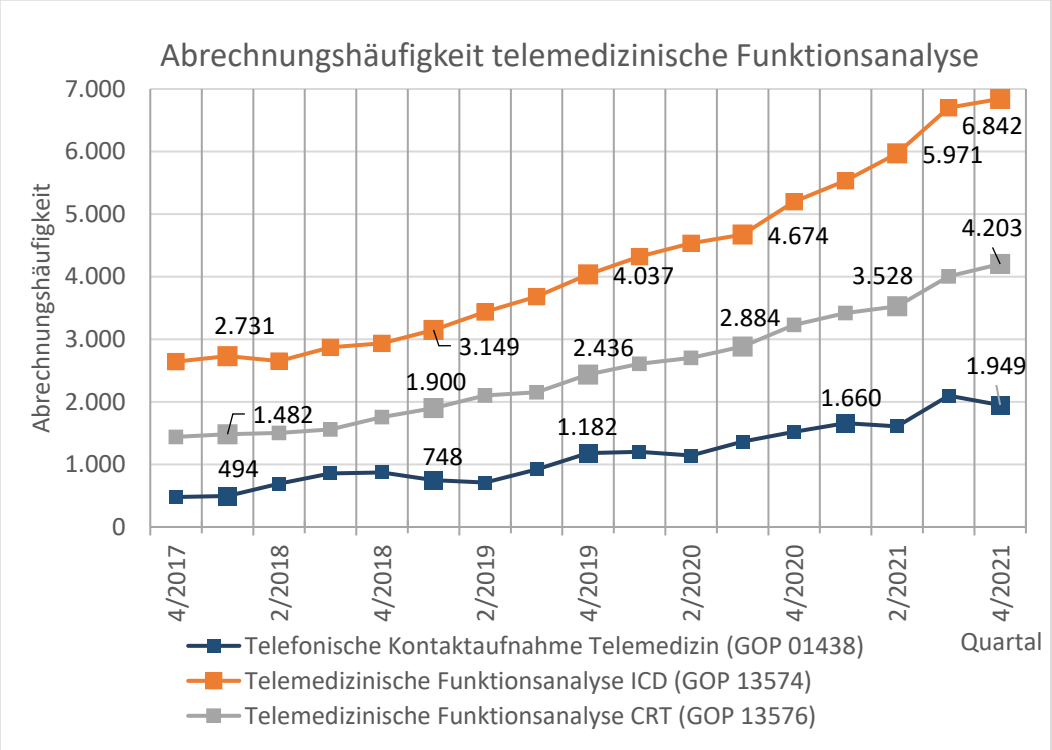

Abbildung 7 Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD (GOP 13574) und CRT (GOP 13576) bei erwachsenen Versicherten sowie der GOP 01438 für eine ggf. notwendige telefonische Kontaktaufnahme mit den Versicherten in Bezug auf die Funktionsanalyse (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 26

Alle Gebührenordnungspositionen der telemedizinischen Funktionsanalyse zeigen seit ihrer Einführung (2016) einen kontinuierlichen Anstieg der Abrechnungshäufigkeiten und sind seit ihrer Anpassung im Jahr 2017 innerhalb von vier Jahren auf rund 250 Prozent (GOP 13574) bzw. 290 Prozent (GOP 13576) angestiegen. Die telefonische Kontaktaufnahme (GOP 01438) zeigt im gleichen Zeitraum sogar einen Anstieg auf rund das Vierfache.

Der Anstieg bei den telemedizinischen Funktionsanalysen wird durch den insgesamt zu verzeichnenden Anstieg der Funktionsanalysen begleitet und zu großem

Teil erklärt. Der Leistungsbedarf zeigt eine gleichsinnige Entwicklung zu den Abrechnungshäufigkeiten (Abbildung 8):

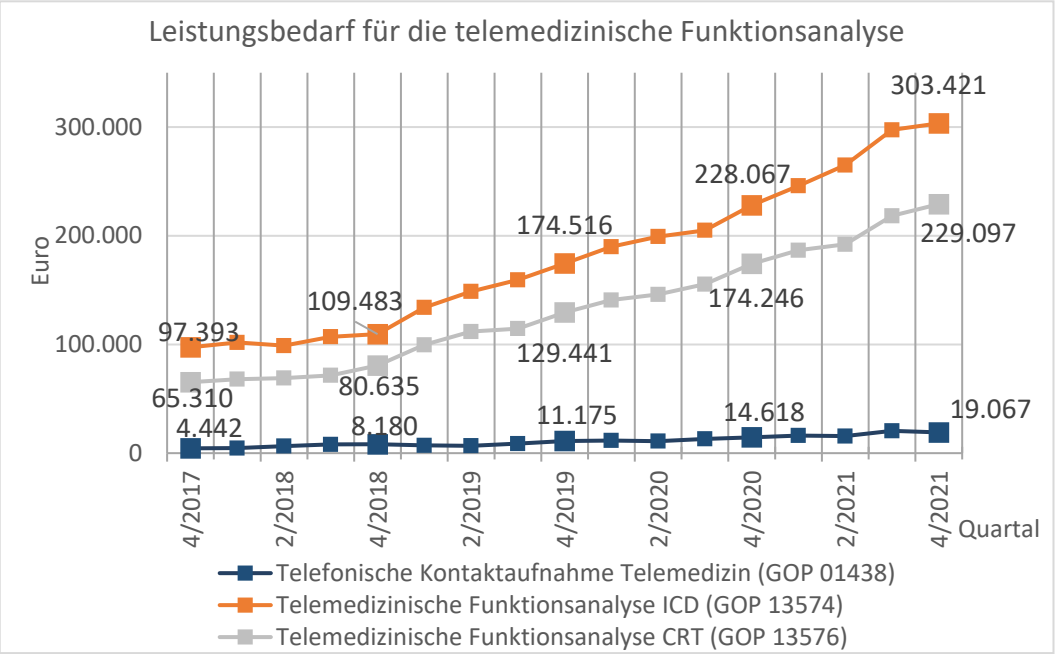

Abbildung 8 Leistungsbedarf in Euro der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD (GOP 13574) und CRT (GOP 13576) bei erwachsenen Versicherten sowie der GOP 01438 (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 27

Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen an allen ICD- und CRT-Funktionsanalysen bei Erwachsenen

Betrachtet man den Anteil der Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalysen an allen Funktionsanalysen, zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 9):

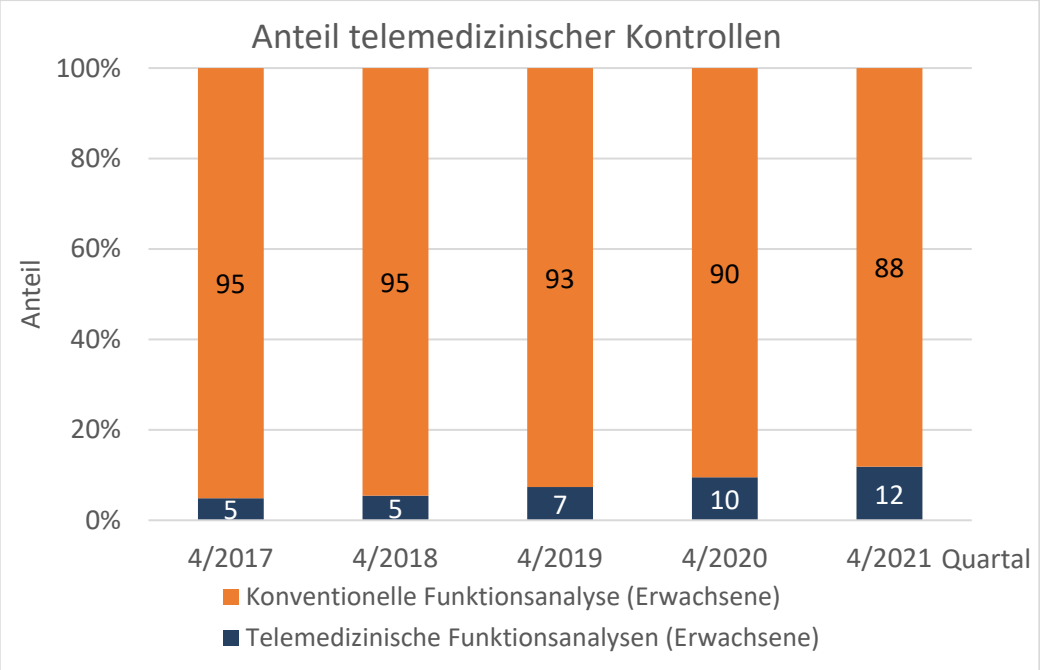

Abbildung 9 Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen (GOP 13574, 13576) an allen ICD- und CRT-Funktionsanalysen bei erwachsenen Versicherten (Auswertung InBA: ArztRG-Daten)

Abbildung 9 zeigt, dass der Steigerung der Abrechnungshäufigkeit bei der telemedizinischen Funktionsanalyse zwischen 2017 und 2021 auf 250 Prozent bzw. 290 Prozent (siehe oben) eine Steigerung des Anteils an allen Funktionsanalysen auf ca. das Doppelte (rund 12 Prozent) gegenübersteht. Die steigende Abrechnungshäufigkeit könnten damit einerseits als zunehmende Akzeptanz der telemedizinischen Funktionsanalyse interpretiert werden, andererseits stellt sich die konventionelle Funktionsanalyse auch weiterhin als dominierende Praktik dar.

Diese Entwicklung ist nachvollziehbar, da notwendige Umprogrammierungen von Geräteparametern im persönlichen Kontakt erfolgen müssen und zusätzlich auch außerhalb des Kontrollintervalls Funktionsanalysen im persönlichen Kontakt erfolgen, beispielsweise wenn sich Versicherte mit akuten Beschwerden oder Problemen an den Arzt oder die Ärztin wenden. Darüber hinaus muss ein

absoluter Anstieg von kardialen Aggregaten insgesamt und die in den Abrechnungsbestimmungen vorgeschriebene konventionelle Funktionsanalyse in der Praxis einmalig pro Jahr mit bedacht werden.

Telemedizinische Funktionsanalysen in der Kinder- und Jugendmedizin

Die Gebührenordnungspositionen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin wurden je Gebührenordnungsposition in den letzten drei Jahren pro Quartal mit seltenen Ausnahmen insgesamt im einstelligen Bereich durchgeführt und sind daher nicht gesondert dargestellt. Im Anhang sind die Abrechnungshäufigkeiten und Leistungsmengen der Jahre 2020/2021 sowohl für die Gebührenordnungspositionen aus der Inneren Medizin/Kardiologie als auch aus der Kinder- und Jugendmedizin in tabellarischer Form einsehbar (siehe Anhang, Tabelle 26, Tabelle 27).

Zahl der Betriebsstätten, die telemedizinische Funktionsanalysen abrechneten

Einen Überblick über den Anstieg der Betriebsstätten, welche die wichtigsten Gebührenordnungspositionen für die telemedizinische Funktionsanalyse bei Erwachsenen abgerechnet haben, zeigt Tabelle 9:

GOP	Zulassungsstatus	4/2019	4/2021
13574	Zugelassen	196	277
	Ermächtigt	23	31
	Sonstige	6	6
13576	Zugelassen	155	221
	Ermächtigt	23	29
	Sonstige	4	2

Tabelle 9 Zahl der Betriebsstätten, die telemedizinische Funktionsanalysen bei Erwachsenen abgerechnet haben (Auswertung InBA: AST-Daten)

Vom vierten Quartal 2019 bis zum vierten Quartal 2021 stieg die Zahl der zugelassenen Vertragsarztpraxen, welche die GOP 13574 bzw. die GOP 13576 abrechneten, deutlich an. In Betriebsstätten, in denen ermächtigte Ärztinnen und Ärzte tätig sind (zum Beispiel Krankenhäuser) stieg die Anzahl geringfügiger an.

5 Telekonsiliarische Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen

5.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Radiologische Telekonsilien, oder auch radiologische telemedizinische Konsilien, können zwischen Fachärztinnen und Fachärzten genutzt werden, um sich auf elektronischem Weg über eine patientenbezogene medizinische Fragestellung auszutauschen und somit schnellstmöglich Diagnosen sowie Behandlungsstrategien aufstellen zu können. Das radiologische Telekonsilium bietet dabei die Möglichkeit, der Gesprächspartnerin oder dem Gesprächspartner Röntgenbilder oder CT-Bilder datentechnisch sicher und zuverlässig zur Verfügung zu stellen und diese fachlich zu erörtern. Radiologische Telekonsilien gestatten eine zeitversetzte Kommunikation zwischen einer einholenden Ärztin oder Arzt und einer Konsiliarärztin oder einem Konsiliararzt.

Rechtlicher Hintergrund

Im Zuge seines gesetzlichen Auftrages nach § 87 Abs. 2a Satz 14 SGB V schuf der Bewertungsausschuss mit Beschluss in seiner 386. Sitzung[28] die Abrechnungsvoraussetzungen im EBM für die konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die technischen Anforderungen hierzu fußen dabei wieder auf der Anlage 31a zum BMV-Ä.

5.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Zur Abbildung telekonsiliarischer Befundbeurteilungen von Röntgen- und CT-Aufnahmen im EBM wurde mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung ein neuer Abschnitt 34.8 (Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen) zum 1. April 2017 mit den folgenden neuen Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen (Tabelle 10):

[28] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung– Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

GOP	Bezeichnung	Punkte	Euro (2022)
34800	Beauftragung konsiliarische Befundbeurteilung	91	10,25
34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	110	12,39
34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	276	31,09
34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II Für komplexere CT-Untersuchungen, wie des Gehirns, der Wirbelsäule oder des Bauchraumes	389	43,83

Tabelle 10 Gebührenordnungspositionen für die Beauftragung und Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung

Radiologische Telekonsilien dürfen nur Vertragsärztinnen und Vertragsärzte durchführen oder veranlassen, die über eine entsprechende Genehmigung für Röntgen- und/oder CT-Untersuchungen verfügen und die Anforderungen gemäß Röntgenverordnung erfüllen. MRT-Untersuchungen und dynamische Untersuchungen sind im Rahmen dieser telekonsiliarischen Befundung nach den vorgenannten Gebührenordnungspositionen nicht vorgesehen. Im Zusammenhang mit der Durchführung von sektorenübergreifenden Telekonsilien (GOP 01670 bis 01672), die nicht auf bestimmte Indikationen oder Befundarten begrenzt sind, können MRT-Untersuchungen und dynamische Untersuchungen Gegenstand eines Telekonsiliums sein (sofern mit den Größenbeschränkungen für Dateien praktisch durchführbar). Sektorenübergreifende Telekonsilien werden in Teil B dieses Berichts vorgestellt (Kapitel 11).

Radiologische Telekonsilien können nur berechnet werden, wenn die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt sind.

Mit der GOP 34800 werden sowohl die ärztliche Leistung im Zusammenhang mit der Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung als auch die beim elektronischen Versand der Aufnahmen entstehenden Kosten der Übermittlung vergütet. Die Vergütung ist auf höchstens 3,75 Prozent der Behandlungsfälle mit mindestens einer Röntgenleistung begrenzt.

Mit GOP 34810, GOP 34820 und GOP 34821 werden die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärztin oder des Konsiliararztes im Zusammenhang mit der telekonsiliarischen Befundung von Röntgen- und CT-Aufnahmen sowie die beim elektronischen Versand des Konsiliarberichtes entstehenden Kosten der Übermittlung vergütet.

Mit den Beschlüssen der 511. und 567. Sitzung des Bewertungsausschusses wurde festgelegt, dass die Vergütung der Gebührenordnungspositionen der Telekonsiliarischen Befundbeurteilung für die Jahre 2021 und 2022 weiterhin extrabudgetär erfolgt.

5.3 Leistungsentwicklung

In Abbildung 10 werden die Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 EBM (Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen) für das erste Quartal 2017 bis zum vierten Quartal 2021 dargestellt.

-

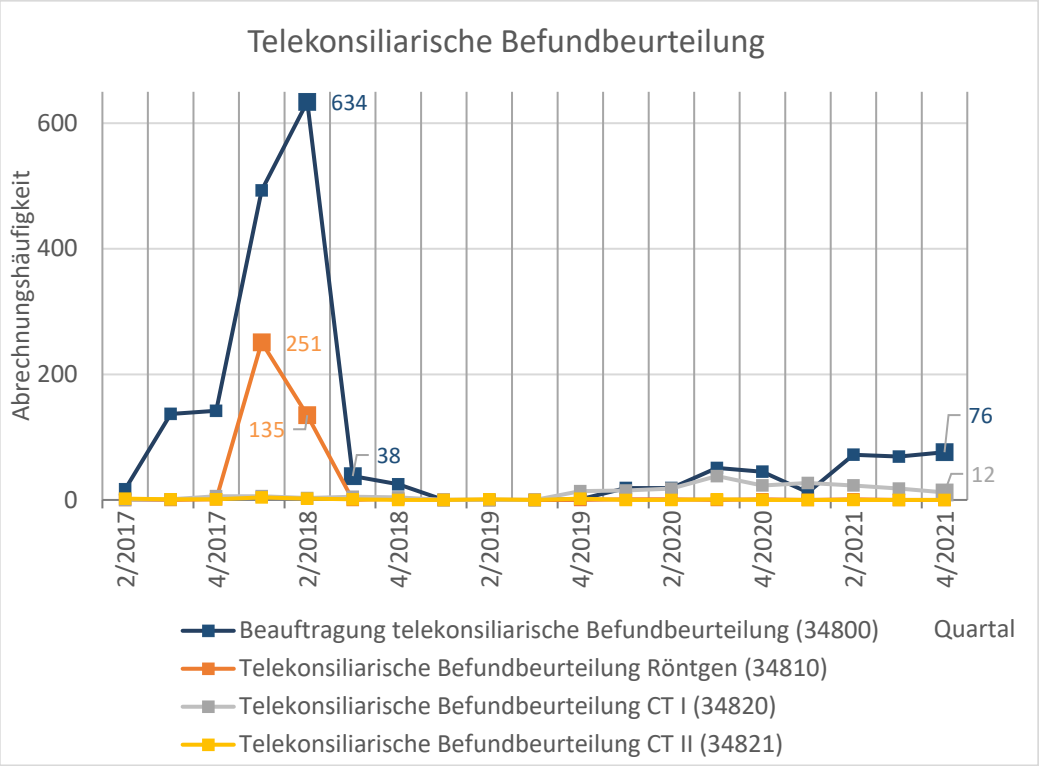

Abbildung 10 Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach Abschnitt 34.8 EBM: Abrechnungshäufigkeit (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 28

Der Leistungsbedarf ist den Abrechnungshäufigkeiten entsprechend vernachlässigbar und lag im vierten Quartal 2021 zum Beispiel für alle Gebührenordnungspositionen zusammen bei rund 1.100 Euro (nicht abgebildet, siehe Anhang, Tabelle 29).

Wie bereits im Vorbericht 2020 beschrieben, erfolgte die Durchführung im Rahmen der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen noch nie in nennenswertem Umfang. Die telemedizinische Befundbeurteilung von Röntgen-Aufnahmen und CT II-Untersuchungen ist faktisch völlig zum Erliegen gekommen. Lediglich die Beauftragung einer Befundbeurteilung (GOP 34800) und die telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I (GOP 34820) erfolgten noch in Einzelfällen (in 76 bzw. 12 Fällen im vierten Quartal 2021) und zeigte zuletzt – möglicherweise im Rahmen der Corona-Pandemie – einen minimalen Anstieg. Die Gründe für die geringen Abrechnungshäufigkeiten sind dem Bewertungsausschuss weiterhin nicht bekannt.

6 Elektronische Kommunikation unter Vertragsärztinnen/-ärzten und Krankenkassen

6.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können schon länger Informationen und Befunde zu ihren Patientinnen und Patienten schriftlich austauschen, indem sie elektronische Arztbriefe (eArztbriefe) direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) heraus versenden und empfangen. Mit einem neuen Vergütungsmodell, das teilweise in der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 zum BMV-Ä)[29] und teilweise über den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung[30] umgesetzt wurde, wird die elektronische Kommunikation gefördert.

Nach einer Übergangsphase, in der alternative Übergangsdienste wie beispielsweise KV-Connect genutzt werden konnten, werden die Kosten für den Versand von eArztbriefen seit 1. April 2021 nur erstattet, wenn der Versand über einen gesicherten E-Mail-Fachdienst Kommunikation im Medizinwesen (KIM) läuft, der als Modul in das Praxisverwaltungssystem der Arztpraxen eingebettet werden kann. KIM-Dienste stellen technisch eine Anwendung der Telematikinfrastruktur der gematik dar und sind von verschiedenen Anbietern verfügbar. Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten benötigen für den Versand einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA), um damit ihre persönliche qualifizierte elektronische Signatur (QES) für die elektronische Unterzeichnung der Dokumente erstellen zu können.

Im Umgang stellt sich der KIM-Dienst wie ein E-Maildienst dar, der ausgehende Nachrichten verschlüsselt und erst nach dem Empfang wieder entschlüsselt. Üblicherweise werden medizinische Dokumente, wie eArztbriefe oder Laborbefunde, an die Nachrichten angehängt.

Für Praxen ist es darüber hinaus seit dem 1. Oktober 2021 gesetzlich verpflichtend, Arbeitsunfähigkeitsdaten digital an die zuständige Krankenkasse zu übermitteln, sofern in der Arztpraxis die technischen Voraussetzungen vorliegen. Die

---

[29] Siehe Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur (Anlage 32 – Telematikinfrastruktur: Vereinbarung zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur nach 19. Änderungsvereinbarung) vom 14. Dezember 2017 in der Fassung vom 26. August 2022 – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de), Inkrafttreten 18.07.2022

[30] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung– Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

Praxen verschicken die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für die Versicherten als elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) an die betreffenden Krankenkassen. Der Versand wird technisch ebenfalls über einen KIM-Dienst umgesetzt.

Bis Ende des Jahres 2022 erhalten Versicherte weiterhin zwei Exemplare ihrer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf Papier, ein Exemplar für sich und ein Exemplar für ihren Arbeitgeber. Ab 1. Januar 2023 müssen die Arbeitgeber die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Daten der eAU elektronisch abrufen.

Rechtlicher Hintergrund

Die Verpflichtung, KIM-Dienste für die Übermittlung elektronischer Kommunikation wie eArztbriefe zu verwenden, wurde durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)[31] Ende 2019 eingeführt. Zur Umsetzung der Details sind die genauen Anforderungen zur Übermittlung von eArztbriefen in der Richtlinie „Elektronischer Brief“[32] der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgelegt. Nach einer Übergangsphase von sechs Monaten wurde die Nutzung eines KIM-Dienstes für Vertragsarztpraxen zum 1. April 2021 verpflichtend.

Die digitale Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wurde 2019 mit dem Terminservice-und-Versorgungs-Gesetz (TSVG)[33] für das Jahr 2021 eingeführt. Näheres zum Versand der eAU über einen KIM-Dienst ist in der Anlage 2b zum BMV-Ä geregelt.

Den Anschluss an die Telematikinfrastruktur sowie Einrichtung und Betrieb des Übertragungsdienstes KIM erhalten Arztpraxen pauschal erstattet, wie bereits im Vorbericht 2020 ausführlich dargestellt. Dies ist in der Anlage 8 der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 zum BMV-Ä) definiert.

---

[31] Siehe Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vom 11.12.2019 – Bundesgesetzblatt I S.2652 (bgbl.de)

[32] Siehe Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie elektronischer Brief) – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de)

[33] Siehe Terminservice-und-Versorgungs-Gesetz (TSVG) vom 06.05.2019 – Bundesministerium für Gesundheit (bundesgesundheitsministerium.de)

6.2 Elektronischer Arztbrief

6.2.1 Regelungen und Vergütung im EBM

Seit dem 1. Juli 2020 sind folgende Gebührenordnungsposition und Pseudo-Gebührenordnungspositionen für den Versand bzw. Empfang von eArztbriefen berechenbar:

(Pseudo-)GOP	Bezeichnung	Punkte	Euro (2022)
01660	Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale zur Förderung elektronischer Briefe zunächst befristet bis 30.06.2023	1	0,11
86900	Bereits zuvor in TI-Finanzierungsvereinbarung geregelt: Pauschale für den Versand eines eArztbriefes		0,28
86901	Pauschale für den Empfang eines eArztbriefes		0,27

Tabelle 11 Gebührenordnungsposition 01660 und Pseudo-Gebührenordnungspositionen 86900 und 86901 für Versand und Empfang von eArztbriefen

Dabei ist die Vergütung der beiden Pauschalen für den Versand und Empfang von eArztbriefen (Pseudo-GOP 86900 und 86901) in der TI-Finanzierungsvereinbarung geregelt und mit einem Höchstwert versehen. Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung (Teil A) wurde zur Förderung der eArztbriefe der Zuschlag zur Versandpauschale (GOP 01660) zunächst befristet bis zum 30. Juni 2023 in den EBM aufgenommen. Die Vergütung erfolgt entsprechend Teil B des Beschlusses außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Parallel zur Förderung des eArztbriefes durch die Einführung der befristeten GOP 01660 wurde die Vergütung für nicht-digitale Kommunikation abgesenkt. Zunächst wurden die Kostenpauschalen für Postsendungen und Faxe mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung (Teil C) zum 1. Juli 2020 reduziert, wie bereits im Vorbericht 2020 ausgeführt. So ist die Kostenpauschale 40110 für Postsendungen unabhängig von Umfang und Gewicht mit 81 Cent bewertet (ab 1. Januar 2022 mit 86 Cent); die Kostenpauschale 40111 für Faxe war zunächst mit 10 Cent und ist seit dem 1. Juli 2021 mit 5 Cent bewertet.

Außerdem wurde durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung[34] die Abrechnung der Kostenpauschalen für nicht-digitale Kommunikation ab dem 1. Oktober 2021 auf einen fachgruppenspezifischen

[34] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung– Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

Höchstwert begrenzt. Zum 1. Oktober 2022 und zum 1. Oktober 2023 werden die Höchstwerte jeweils abgesenkt. Hierdurch wird der Forderung des Gesetzgebers Rechnung getragen, die Übermittlung von eArztbriefen stärker zu fördern.

6.2.2 Leistungsentwicklung

Abbildung 11 zeigt, wie sich die Abrechnungszahlen für die verschiedenen Leistungen um den eArztbrief entwickelt haben.

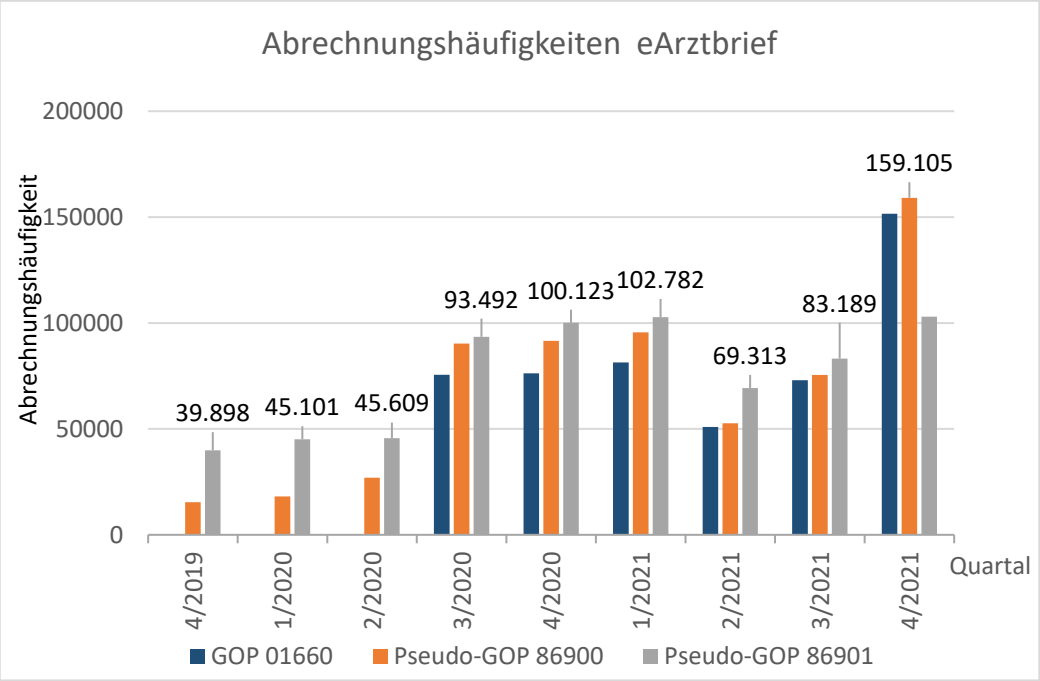

Abbildung 11 Abrechnungshäufigkeiten der (Pseudo-)Gebührenordnungspositionen für Versand und Empfang von eArztbriefen (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 30

Gleichzeitig mit der Einführung des Förder-Zuschlags für den Versand von eArztbriefen (GOP 01660) im dritten Quartal 2020 verdreifachten sich die Abrechnungen der Pseudo-Gebührenordnungspositionen für den Versand von eArztbriefen (von rund 27.000 auf 90.000 für Pseudo-GOP 86900) und verdoppelten sich für deren Empfang (von rund 46.000 auf 93.000 für Pseudo-GOP 86901). Der Zuschlag selbst wurde im dritten Quartal 2020 rund 76.000-mal berechnet. Dies kann als Hinweis darauf gelten, dass sowohl die Verfügbarkeit und Einrichtung eines Übertragungsdienstes (zum Beispiel KV-Connect) zunahmen als auch die Förderung der eArztbriefe zu greifen begann.

Nach drei Quartalen konstanter Steigerung fielen die Abrechnungszahlen im zweiten Quartal 2021 um 33 Prozent (von rund 103.000 auf 69.000 für Pseudo-GOP 86901) bzw. 45 Prozent (von rund 96.000 auf 53.000 für Pseudo-GOP 86901). Dies ist wahrscheinlich durch den verpflichtenden Wechsel des Übertragungsdienstes auf KIM zu erklären.

Nach weiteren moderaten Steigerungen im dritten Quartal wuchsen im vierten Quartal 2021 insbesondere die Positionen für den Versand von eArztbriefen stark an und verdoppelten sich (von rund 73.000 auf 152.000 für die GOP 01660 und von 75.000 auf 159.000 für die Pseudo-GOP 86900). Währenddessen stiegen die Abrechnungszahlen für den Empfang von eArztbriefen lediglich um 24 Prozent. Zum ersten Mal im Berichtszeitraum lagen im vierten Quartal 2021 deutlich mehr Leistungen für den Versand eines eArztbriefes vor als für dessen Empfang.

Der Leistungsbedarf belief sich für den Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale (GOP 01660) zwischen dem dritten Quartal 2020 und dem vierten Quartal 2021 auf insgesamt rund 56.000 Euro. Für die Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900) und die Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) belief sich der Leistungsbedarf zwischen dem ersten Quartal 2020 und dem vierten Quartal 2021 insgesamt auf rund 79.000 Euro bzw. 103.000 Euro. Die Beträge für die einzelnen Quartale sind im Anhang zu finden (Tabelle 31).

7 Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte

7.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Zu den ersten medizinischen Anwendungen in der Telematikinfrastruktur gehören der elektronische Medikationsplan (eMP) und das Notfalldatenmanagement (NFDM). Letzterer enthält auch den Datensatz Persönliche Erklärungen (DPE), in dem der Hinweis auf das Vorhandensein eines Organspendeausweis, einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht gespeichert werden kann. Mit dem DVPMG wurden diese Anwendungen als eigene Anwendungen der Telematikinfrastruktur aufgenommen. Damit werden diese Daten zukünftig als Online-Anwendung in der Telematikinfrastruktur gespeichert und nicht mehr auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) des Versicherten.

Der elektronische Medikationsplan ist die digitale Umsetzung des bereits im Oktober 2016 eingeführten bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP). Den elektronischen Medikationsplan müssen Haus- und Fachärztinnen/-ärzte für anspruchsberechtigte Versicherte erstellen und aktualisieren (sofern von den anspruchsberechtigten Versicherten gewünscht). Technisch gesehen legt die Ärztin/der Arzt einen elektronischen Medikationsplan für die Versicherte/den Versicherten an und erzeugt auf Basis der eingetragenen Daten einen BMP zum Ausdrucken und Aushändigen an die Versicherte/den Versicherten.

Wegen des Fehlens der technischen Voraussetzungen konnten die Gebührenordnungspositionen des Notfalldatenmanagements bis Juli 2020 noch nicht abgerechnet werden und auch der elektronische Medikationsplan noch keine Anwendung finden. Ein technischer Engpass war vor allem durch zu dieser Zeit noch nicht in ausreichendem Umfang vorhandene E-Health-Konnektoren und ihre mangelnde Integration in die Praxisverwaltungssysteme entstanden.

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

- Modul eMP und/oder NFDM für das Praxisverwaltungssystem
- Zugang zur Telematikinfrastruktur über einen E-Health-Konnektor
- eHBA der zweiten Generation für die qualifizierte elektronische Signatur des Notfalldatensatzes (organisatorisch, aber nicht technisch notwendig für den Medikationsplan)

- weiteres E-Health-Kartenterminal im Sprechzimmer, um Notfalldatensatz und/oder Medikationsplan im Gespräch mit den Versicherten auf die eGK übertragen zu können.

Seit 1. März 2022 können Ärztinnen und Ärzte außerdem als Teil der Beratung zur Organspende (GOP 01480) einen Hinweis auf das Vorhandensein eines Organspendeausweises auf die eGK in den Datensatz persönliche Erklärungen (DPE) übertragen. Das Dokument selbst ist nicht auf der eGK gespeichert, sondern lediglich die Information, ob ein Organspendeausweis vorliegt und wo er zu finden ist.

Mit der Übertragung des Notfalldatensatzes in die Online-Anwendung werden der Notfalldatensatz und der Datensatz persönliche Erklärungen Teil der elektronischen Patientenkurzakte (ePKA).

Rechtlicher Hintergrund

Mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG)[35] wurde in § 87 Abs. 2a SGB V eine zeitlich befristete Förderung für die Erstellung des Notfalldatensatzes festgeschrieben.

Details zum bundeseinheitlichen Medikationsplan sind seit 2016 in § 31a SGB V geregelt. Durch das DVPMG ist dort seit Juni 2021 auch das Anrecht für Versicherte auf Erstellung und Aktualisierung eines elektronischen Medikationsplans verankert.

Die elektronische Patientenkurzakte wurde als Weiterentwicklung des Notfalldatenmanagements begrifflich mit dem DVPMG im Juni 2021 in § 358 SGB V eingeführt. Nach derzeitigem Stand ist hier geregelt, dass die Patientenkurzakte ab dem 1. Juli 2023 Daten zu Befunden, Daten zur Medikation oder Zusatzinformationen über den Versicherten enthalten kann und den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten innerhalb der EU gewährleisten können soll.

[35] Siehe Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) vom 14.10.2020 – Bundesministerium für Gesundheit (bundesgesundheitsministerium.de)

7.2 Notfalldatenmanagement

7.2.1 Regelung und Vergütung im EBM

Durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung[36] mit Wirkung zum 1. Januar 2018 wurden drei Gebührenordnungspositionen für Leistungen im Zusammenhang mit dem Notfalldatensatz in den EBM aufgenommen. Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 524. Sitzung[37] wurde aufgrund des gesetzlichen Auftrags aus dem PDSG zeitlich befristet vom 20. Oktober 2020 bis 19. Oktober 2021 die Bewertung der GOP 01640 von 80 Punkten auf 160 Punkte verdoppelt (Tabelle 12):

GOP	Bezeichnung	Punkte	Euro (2022)
01640	Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes Einmal im KHF	20.10.2020 bis 19.10.2021: 160 ab 20.10.2021: 80	17,80 (2021) 9,01 (2022)
01641	Zuschlag für den Notfalldatensatz, insbesondere dessen Überprüfung und Aktualisierung Zuschlag zu allen Versicherten-, Grund-/Konsiliarpauschalen bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt; wird von KV automatisch einmal im BHF hinzugefügt	4	0,45
01642	Löschen eines Notfalldatensatzes Einmal im BHF	1	0,11

Tabelle 12 Gebührenordnungspositionen für das Mnagement von Notfalldatensätzen; KV = Kassenärztliche Vereinigung

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung (Teil G)[38] mit Wirkung zum 1. Januar 2019 wurde zudem die Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die eGK der oder des Versicherten als fakultativer Leistungsinhalt über die GOP 01630 im Abschnitt 1.6 des EBM (Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien) sowie über den Anhang 1 zum EBM abgebildet.

[36] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung– Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[37] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 524. Sitzung– Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[38] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung– Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

Eine Berechnung der Gebührenordnungspositionen für den Notfalldatensatz und den elektronischen Medikationsplan ist nur möglich, wenn die Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen in der Arztpraxis vorliegen. Ein Notfalldatensatz kann nur für Patienten angelegt werden, die Vorerkrankungen oder Allergien haben, von denen Ärztinnen, Ärzte und medizinisches Personal in einem Notfall wissen sollten.[39] Siehe hierzu auch Kapitel 6.1 des Vorberichts 2020.

Das Notfalldatenmanagement wird durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 511. Sitzung für das Jahr 2021 und durch den Beschluss in seiner 567. Sitzung für das Jahr 2022 weiterhin extrabudgetär vergütet.

7.2.2 Leistungsentwicklung

Abbildung 12 und Abbildung 13 zeigen die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit und des Leistungsbedarfs des Zuschlags für die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) zwischen dem vierten Quartal 2019 und dem vierten Quartal 2021.

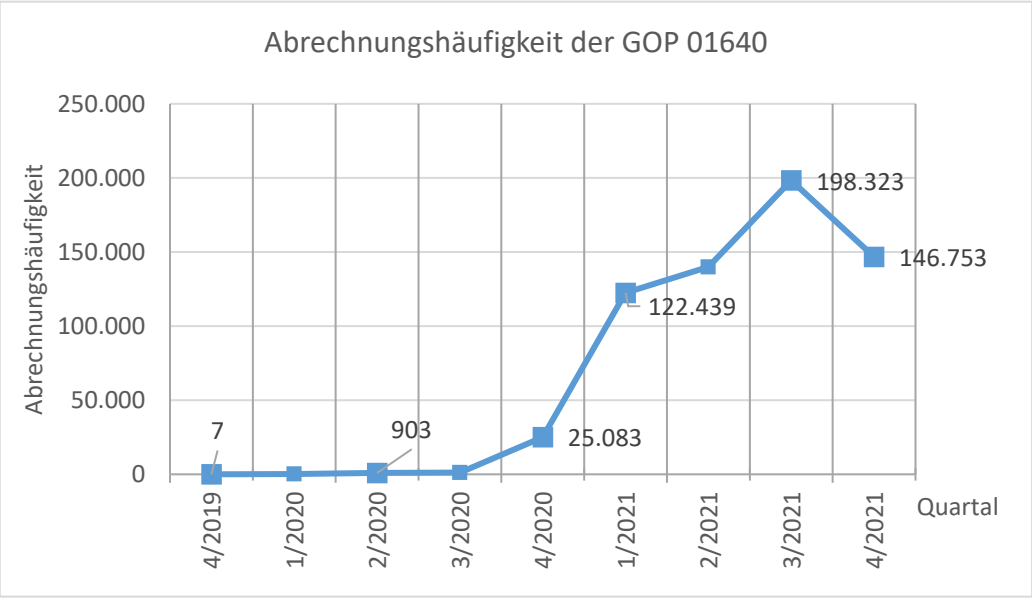

Abbildung 12 Abrechnungshäufigkeit der Gebührenordnungsposition für den Zuschlag für die Anlage des Notfalldatensatzes (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 32

[39] Siehe Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de)

Die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) wurde im berichteten Zeitraum gemäß den gesetzlichen Vorgaben aus dem PDSG durch eine Verdoppelung der Vergütung gefördert. Zudem ist davon auszugehen, dass die technischen Voraussetzungen erst ab der zweiten Jahreshälfte 2020 weiter in den Praxen verbreitet waren. Die zunehmende Verbreitung der technischen Voraussetzungen spiegelt sich vermutlich in dem steilen Anstieg der Abrechnungshäufigkeit dieser Leistung zwischen dem vierten Quartal 2020 und dem ersten Quartal 2021 wider.

Insgesamt weist die Entwicklung auch darauf hin, dass die Förderung eine positive Wirkung auf die Abrechnungshäufigkeit zeigen konnte. Die Zahlen von rund 1.000 Abrechnungen im dritten Quartal 2020 stiegen auf rund 200.000 Abrechnungen bis zum dritten Quartal 2021 an und fielen im vierten Quartal 2021 merklich auf rund 150.000 Abrechnungen ab (Abbildung 12). Zusätzlich ließe sich der Anstieg dadurch erklären, dass die Bedeutung eines vollständigen Notfalldatensatzes im Rahmen der Corona-Pandemie besonders zum Jahreswechsel 2020/2021 für Ärztinnen, Ärzte und Versicherte gestiegen sein könnte.

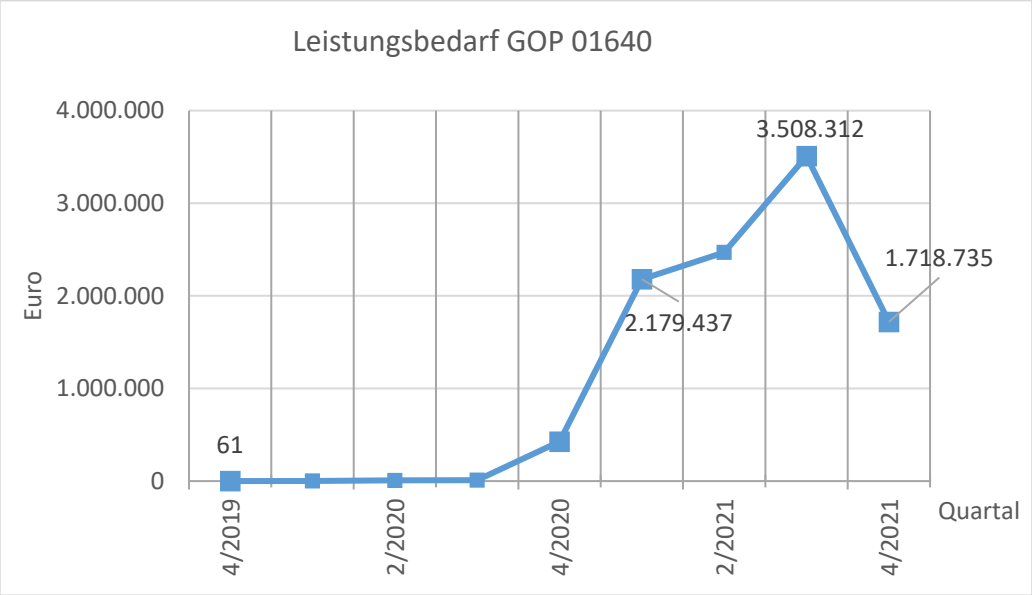

Abbildung 13 Leistungsbedarf für den Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 33

Besonders deutlich zeigt sich das Ende der Förderung der Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) im Leistungsbedarf (Abbildung 13). Mit dem Ende der Verdopplung der Vergütung im vierten Quartal 2021 fiel der Leistungsbedarf um 51 Prozent, von rund 3,5 Millionen Euro auf rund 1,7 Millionen Euro. Dies kann

darauf hinweisen, dass viele Versicherte, die einen Anspruch auf einen Notfalldatensatz haben und einen wünschen, bereits einen solchen Datensatz erhalten haben.

In Abbildung 14 und Abbildung 15 ist die Entwicklung des Zuschlags für die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes (GOP 01641) zu verfolgen. Diese Gebührenordnungsposition wird automatisch von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung hinzugefügt, sobald im Quartal ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt erfolgte und die technischen Voraussetzungen in der Arztpraxis erfüllt waren. Sie wird unabhängig vom tatsächlichen Vorhandenseins eines Notfalldatensatzes bei einer/einem Versicherten abgerechnet. Aus diesem Grund zeigen sich hier vergleichsweise große Abrechnungshäufigkeiten.

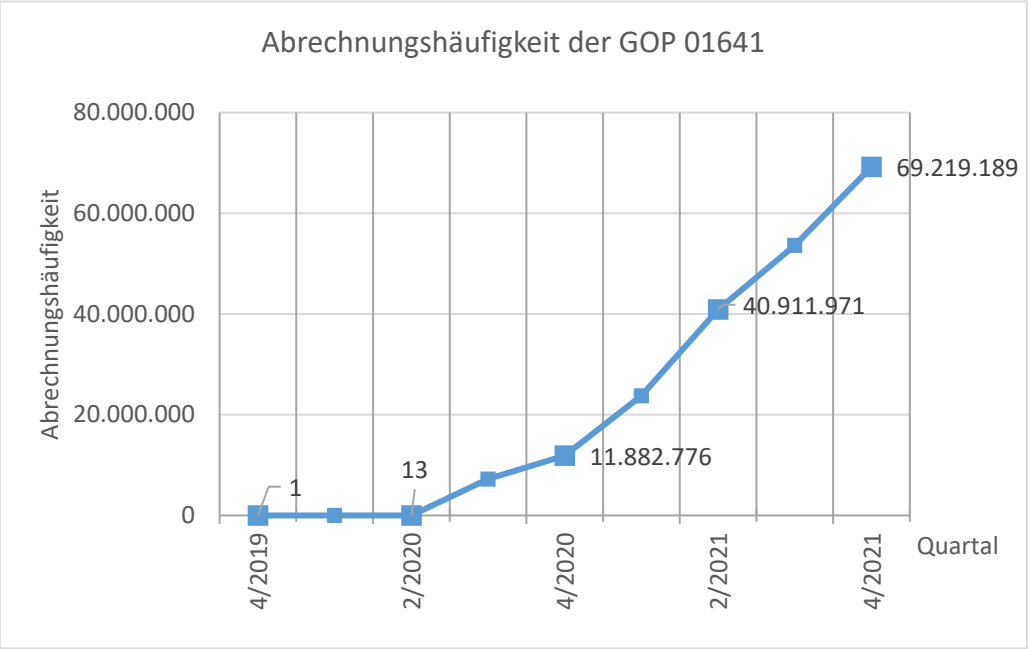

Abbildung 14 Abrechnungshäufigkeit für den Zuschlag für die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 32

Parallel zur Verbreitung der Anschlüsse an die Telematikinfrastruktur in den Praxen und der anderen benötigten technischen Voraussetzungen stiegen die Abrechnungszahlen des Zuschlags für die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes nahezu linear an (Abbildung 14). Im Berichtszeitraum versechsfachten sich die Abrechnungen fast, von rund 12 Millionen im vierten Quartal 2020 auf 69 Millionen im vierten Quartal 2021.

Auch der Leistungsbedarf der GOP 01641 spiegelt die lineare Entwicklung wider (Abbildung 15). Hier stieg der Betrag von rund 5 Millionen Euro im vierten Quartal 2020 auf 31 Millionen Euro im vierten Quartal 2021.

Abbildung 15 Leistungsbedarf für den Zuschlag für die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 33

Die Gebührenordnungsposition für die Löschung eines Notfalldatensatzes (GOP 01642) wurde seit dem vierten Quartal 2019 bis zum vierten Quartal 2021 lediglich 554-mal abgerechnet, was einen Leistungsbedarf von insgesamt 61,73 Euro bewirkte. Wegen der Geringfügigkeit wird an dieser Stelle auf eine eingehendere Darstellung verzichtet; die Daten finden sich im Anhang (Tabelle 32 und Tabelle 33).

7.3 Elektronischer Medikationsplan

7.3.1 Regelungen und Vergütung im EBM

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 430. Sitzung in Beschlussteil G mit Wirkung zum 1. Januar 2019 die Vergütung des – gedruckten wie elektronisch gespeicherten – Medikationsplans geregelt (Tabelle 13). Damit ist diese Leistung laut Anhang 1 des EBM Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen sowie spezifischer Pauschalen zur Versorgung geriatrischer und chronisch kranker Versicherter.

Für spezifische Einzelfälle wie zum Beispiel die Erstanlage eines Medikationsplans für Tumorpatientinnen und -patienten wurde ergänzend die Gebührenordnungsposition 01630 aufgenommen. Die Aktualisierung oder Löschung des elektronischen Medikationsplans gilt laut Anhang 1 des EBM durch die Grund- und Versichertenpauschalen als abgegolten.

GOP	Bezeichnung	Punkte	Euro (2022)
01630	Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans Nur für bestimmte Versichertengruppen (z.B. Tumorpatientinnen und -patienten, Transplantierte) berechenbar. Ein gedruckter Medikationsplan muss der/dem Versicherten ausgehändigt werden; eine elektronische Version kann dabei auf die eGK übertragen werden	39	4,39

Tabelle 13 Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans (Übertragung eines elektronischen Medikationsplans auf die eGK ist fakultativ)

Mit den Beschlüssen in seiner 511. und 567. Sitzung legte der Bewertungsausschuss fest, dass der Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans (GOP 01630) für die Jahre 2021 und 2022 extrabudgetär vergütet wird.

7.3.2 Leistungsentwicklung

Die Leistungsentwicklung für die Erstellung eines elektronischen Medikationsplans lässt sich an dieser Stelle nicht darstellen, da diese fakultativer Leistungsinhalt sowohl der Versicherten- und Grundpauschalen als auch der Behandlungspauschalen für geriatrische und chronisch kranke Versicherte ist. Beide Leistungen lassen sich deshalb nicht voneinander trennen.

8 Elektronische Patientenakte

8.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Mit der elektronischen Patientenakte (ePA) wurde eines der zentralen Elemente der vernetzten Gesundheitsversorgung und der Telematikinfrastruktur geschaffen. Patientendaten, die bisher an verschiedenen Orten wie Praxen und Krankenhäusern erfasst und gespeichert wurden, können mit der ePA digital gebündelt werden. Die ePA ist eine freiwillige, patientengeführte, individuelle und lebenslange Akte.

Versicherte haben damit potentiell alle ihre relevanten Informationen wie Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, den Medikationsplan und den Notfalldatensatz strukturiert und lokalisiert vorliegen und können diese ihren Ärztinnen, Ärzten, Therapeutinnen, Therapeuten, Apothekerinnen und Apothekern – auf Wunsch auch nur befristet – zur Verfügung stellen. Der Zugriff wird dabei protokolliert und ist nur nach Berechtigungsvergabe möglich (in der ePA kann auch ein Notfalldatensatz abgelegt werden, der in Zukunft in die elektronische Patientenkurzakte (ePKA) übergeht, siehe Kapitel 7).

Krankenkassen und die Betreiber der ePA haben grundsätzlich keinen Datenzugriff. Die Hoheit über die Be- und Entfüllung der Akte haben die Versicherten selbst. Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollen die Versicherten auf deren Wunsch hin bei der Nutzung der ePA unterstützen (§ 346 Abs. 1 SGB V), dürfen Daten aber niemals automatisch ohne Zustimmung der Versicherten übertragen. Die Daten in der ePA sind Kopien der Primärdaten in der Praxis. Versicherte verwalten ihre ePA in der Regel über eine App, die ihnen ihre Krankenkasse seit 1. Januar 2021 auf Wunsch zur Verfügung stellen muss.

Seit dem 1. Juli 2021 müssen laut Gesetz alle Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die notwendige Ausstattung vorhalten, um Daten über die Telematikinfrastruktur in die ePA zu übertragen oder auszulesen, ansonsten droht eine Kürzung des Honorars. Der Anwendungsumfang der ePA wird über einen Ausbaustufenplan[40] gemäß § 342 Abs. 2 SGB V schrittweise ausgebaut.

[40] Siehe Ausbaustufenplan der ePA – Nationale Agentur für digitale Medizin (gematik.de)

Rechtlicher Hintergrund

Mit dem E-Health-Gesetz[41] von 2015 wurden die Grundlagen für die ePA in heutiger Form gelegt. Mit der ePA sollte Versicherten ein kontinuierlicher Zugriff auf ihre Behandlungsdaten (medizinische Daten, elektronischer Arztbrief, Behandlungsberichte, Medikationsplan etc.) ermöglicht werden, der über Einrichtungen hinweg zur Verfügung gestellt wird. Die gematik wurde dabei vom Gesetzgeber verpflichtet, die erforderlichen technischen und organisatorischen Verfahren zu erarbeiten.

Mit Verabschiedung des PDSG im Oktober 2020 wurde ein konkreter Stufenplan vom Gesetzgeber formuliert. Dabei wurde durch den Gesetzgeber auch die Vergütung, die Vertragsärztinnen und -ärzte für die sektorenübergreifende Erstbefüllung der ePA mit Informationen aus dem aktuellen Behandlungskontext erhalten, auf 10 Euro festgelegt, bis eine Vergütung durch den Bewertungsausschuss ab dem 1. Januar 2022 beschlossen werden sollte (§ 87 Abs. 2a SGB V).

8.2 Regelung und Vergütung im EBM

Die vom Gesetzgeber im PDSG festgelegte Vergütung von 10 Euro für die sektorenübergreifende Erstbefüllung der ePA wurde mit der ePA-Erstbefüllungsvereinbarung[42] zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft rückwirkend zum 1. Januar 2021 über die Pseudo-GOP 88270 gewährleistet. Vergütet wird dabei immer die sektorenübergreifende Erstbefüllung; wurde diese bereits in Abrechnung gestellt, wird diese auch bei erneut notwendiger Befüllung, zum Beispiel bei von Versicherten gelöschten Daten, nicht nochmalig vergütet, sondern stattdessen kann die Zusatzpauschale für die ePA-Unterstützungsleistung durchgeführt werden (siehe unten).

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 578. Sitzung[43] wurde die Pseudo-GOP 88270 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 gestrichen und durch

---

[41] Siehe Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) vom 28.12.2015 – Bundesgesetzblatt I S.2408 (bgbl.de)

[42] Siehe Vereinbarung über die Abrechnungsvoraussetzungen und –verfahren zur Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA-Erstbefüllungsvereinbarung) – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de)

[43] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 578. Sitzung am 15. Dezember 2021, Teil A mit Wirkung vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2022 – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

die GOP 01648 ersetzt. Diese wird damit bis zum 31. Dezember 2022 sektorenübergreifend mit 89 Punkten vergütet.
Darüber hinaus wurden gemäß des gesetzlichen Auftrages nach § 87 Abs. 2a SGB V mit Beschluss der 69. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses[44] rückwirkend zum 1. Januar 2021 die Zusatzpauschalen für Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der ePA – GOP 01647 und GOP 01431 – in den EBM eingeführt:

Die GOP 01647 ist eine Zusatzpauschale im Behandlungsfall (15 Punkte) zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen aller Fachgruppenkapitel des EBM, zu den Grundpauschalen für ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, Institute und Krankenhäuser nach GOP 01320 und 01321 sowie zu der schmerztherapeutischen Grundpauschale nach GOP 30700.

Die GOP 01431 vergütet hingegen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA für Versicherte, bei denen im Arztfall[45] kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen der Videosprechstunde erfolgt (3 Punkte). Dies ist relevant, wenn in einem Quartal keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgerechnet wird, jedoch eine vertragsärztliche ePA-Tätigkeit vorgenommen wird. Zum Beispiel, wenn ein ePA-Eintrag nach einem persönlichen Kontakt über einen Quartalswechsel erfolgt, ohne dass die/der Versicherte im neuen Quartal persönlich oder im Rahmen einer Videosprechstunde gesehen wird.

Die Zusatzpauschale für die ePA (GOP 01431) und die Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung (GOP 01647) werden mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung für das Jahr 2022 extrabudgetär vergütet.

8.3 Leistungsentwicklung

Die Abrechnungshäufigkeiten und den Leistungsbedarf der Gebührenordnungspositionen, die die ePA betreffen, zeigen Tabelle 14 bzw. Tabelle 15:

[44] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 69. Sitzung am 17. Februar 2021, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021 – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[45] Der Arztfall ist die Bezeichnung für die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztin/Arzt in einem Quartal zu Lasten derselben Krankenkasse

GOP	Bezeichnung	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022
01431	Zusatzpauschale ePA	448	423	1.103	1.865	1.935
01647	Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung	3.207	9.235	15.736	30.069	31.309
88270	Erstbefüllung einer ePA			648	8.972	449*
01648	Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer ePA					12.314

*Tabelle 14 Abrechnungshäufigkeit der Gebührenordnungspositionen im Rahmen der ePA (Auswertung InBA: ArztRG-Daten) *Die Pseudo-GOP 88270 wurde zum 31. Dezember 2021 gestrichen. Bei den aufgeführten Fällen handelt es sich um nachträgliche Abrechnungen, die sich auf Behandlungsfälle des vierten Quartals 2021 beziehen. Zur Übersicht finden sich diese Daten auch im Anhang, Tabelle 34*

GOP	Bezeichnung	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022
01431	Zusatzpauschale ePA	148	140	364	617	657
01647	Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung	5.365	15.433	26.295	50.226	53.024
88270	Erstbefüllung einer ePA			6.480	89.720	4.490*
01648	Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer ePA					123.493

*Tabelle 15 Leistungsbedarf in Euro der Gebührenordnungspositionen im Rahmen der ePA (Auswertung InBA: ArztRG-Daten) *Die Pseudo-GOP 88270 wurde zum 31. Dezember 2021 gestrichen. Bei dem aufgeführten Betrag handelt es sich um nachträgliche Abrechnungen, die sich auf Behandlungsfälle des vierten Quartals 2021 beziehen. Zur Übersicht finden sich diese Daten auch im Anhang, Tabelle 35*

Die Leistungsentwicklung zeigt sich insbesondere bei der GOP 01647 und bei der Pseudo-GOP 88270 im Jahr 2021 von einem niedrigen Niveau aus anwachsend. Man kann aber im Angesicht der noch immer relativ niedrigen Zahlen insgesamt von einer Fortsetzung dieses Anstieges bzw. einer weiteren Dynamisierung in den Folgequartalen ausgehen.

Die Abrechnungszahl der Anfang 2022 eingeführten GOP 01648 (Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer ePA) zeigte bei ihrer Einführung eine Steigerung von 37 Prozent bei den Erstbefüllungen im Vergleich zu den Abrechnungen der vorher bestehenden Pseudo-GOP 88270 im vierten Quartal 2021.

9 DiGA

9.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Als Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) werden Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse (Klasse I oder IIa) bezeichnet, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht. DiGAs können von den Krankenkassen erstattet werden (siehe unten). Sie sind dazu bestimmt, die Förderung der Gesundheit sowie die Erkennung, Überwachung und Behandlung von Krankheiten oder Behinderung zu unterstützen. Die Einsatzgebiete und gesundheitsbezogenen Ziele von DiGAs sind beispielsweise die Bereitstellung von elektronischen Gesundheitsinformationen, die Bereitstellung von elektronischen Tagebüchern zur Dokumentation und die Unterstützung durch Diagnostik- und Therapie-Software oder interaktive Online-Therapieprogramme.

Rechtlicher Hintergrund

Mit dem DVG vom 19. Dezember 2019 wurde im § 33a Abs. 1 SGB V erstmals für alle gesetzlichen Krankenversicherten ein Anspruch auf die Versorgung mit DiGAs geschaffen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde dabei durch den § 139e Abs. 9 SGB V ermächtigt, eine Rechtsverordnung für das Verfahren und die Anforderungen zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit von DiGAs in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erlassen. Die daraufhin vom BMG ausgesprochene Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) beauftragte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), ein Verzeichnis für die erstattungsfähigen digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) zu schaffen (Tabelle 16).

Sofern mit der Nutzung einer DiGA ärztliche Leistungen verbunden sind, sind diese der Ärztin oder dem Arzt zu vergüten. Ob und gegebenenfalls welche ärztlichen Leistungen das sind, wird vom BfArM festgelegt. Bei der Festlegung der entsprechenden Vergütung dieser ärztlichen Leistungen ist zu unterscheiden, ob die DiGA dauerhaft oder vorläufig zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurde. Für ärztliche Leistungen zu dauerhaft aufgenommenen DiGAs ist gemäß § 87 Abs. 5c SGB V der EBM anzupassen. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit vorläufig aufgenommenen DiGAs vereinbaren die Partner des BMV-Ä ebenfalls gemäß § 87 Abs. 5c SGB V.

Name DiGA	Kurzbeschreibung	Aufnahme in Quartal
velibra*	für Personen mit einer generalisierten Angststörung, einer Panikstörung oder einer sozialen Angststörung	4/2020
somnio*	zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen	4/2020
elevida	für Personen mit Multipler Sklerose, bei denen zusätzlich Fatigue vorliegt	4/2020
deprexis	zur Therapieunterstützung von Personen mit Depressionen und depressiven Verstimmungen	1/2021
vorvida	für Personen mit schädlichem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit	2/2021
HelloBetter Stress und Burnout	zur Minderung der Stressbeanspruchung in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebens- und Arbeitsbewältigung	4/2021
HelloBetter Diabetes und Depression	zur Reduktion der depressiven Symptomschwere bei Personen mit Diabetes Mellitus Typ 1 oder Typ 2	4/2021
Kalmeda	Personen mit chronischer Tinnitusbelastung	4/2021
HelloBetter Vaginismus Plus	zur Verbesserung der vaginalen Penetrationsfähigkeit beim Geschlechtsverkehr	1/2022
Vivira	Behandlung von Rückenschmerzen bei unspezifischen Kreuzschmerzen oder Arthrose der Wirbelsäule	1/2022
HelloBetter Panik	zur Behandlung und Reduzierung der Symptomschwere einer Panikstörung und Agoraphobie mit Panikstörung.	2/2022
Selfapys Onlinekurs bei Depression	für Personen mit Depressionen	2/2022
zanadio*	für Personen mit Adipositas	3/2022

*Tabelle 16 Auflistung der dauerhaften DiGAs (Stand Oktober 2022) *DiGAs mit im DiGA-Verzeichnis angegebenen erforderlichen vertragsärztlichen Tätigkeiten in Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA*

Im § 134 Abs. 1 SGB V ist geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen mit Wirkung für alle Krankenkassen Vergütungsbeträge für digitale Gesundheitsanwendungen vereinbart.

Der Rechtsanspruch auf die Versorgung mittels einer DiGA für gesetzlich Versicherte ist im § 33a Abs. 1 SGB V geregelt. Mögliche ärztliche Leistungen, die im Zusammenhang mit einer dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen DiGA stehen, werden vom Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5c SGB V in den EBM aufgenommen – sofern dort noch nicht abgebildet.

9.2 Regelung und Vergütung im EBM

Für die Einführungszeit von DiGAs als neue Versorgungsform beschloss der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 70. Sitzung (Teil A)[46] eine gesonderte und befristete Vergütung im Rahmen der GOP 01470 (Erstverordnung einer DiGA). Die Befristung gilt vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2022. Ab dem 1. Januar 2023 soll die Erstverordnung einer DiGA dann Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen werden (Teil C des Beschlusses).

In Teil B des Beschlusses wurde für die im Zusammenhang mit der digitalen Gesundheitsanwendung somnio notwendigen ärztlichen Leistungen im Sinne einer Verlaufskontrolle und Auswertung zusätzlich die GOP 01471 in den EBM aufgenommen. Analog wurde mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 595. Sitzung Teil A[47] mit Wirkung zum 1. Juli 2022 die GOP 01472 aufgenommen, welche die notwendige Verlaufskontrolle und Auswertung für die digitale Gesundheitsanwendung Vivira enthält. Derzeit finden Beratungen zu den im DiGA-Verzeichnis aufgeführten notwendigen ärztlichen Leistungen in Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA zanadio statt. Einen Überblick über die derzeit im Zusammenhang mit einer DiGA abzurechnenden Gebührenordnungspositionen liefert Tabelle 17:

GOP	Bezeichnung	Punkte	Euro (2022)
01470	Zusatzpauschale für die Erstverordnung einer DiGA Bei Erstverordnung mehrerer DiGAs je Versicherte/Versicherten im selben BHF ist die GOP mit Begründung mehrmals berechnungsfähig, sonst einmal im BHF. Die GOP ist auch im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig.	18	2,03
01471	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA somnio Die GOP ist einmal im BHF berechnungsfähig, auch im Rahmen einer Videosprechstunde. Die Verordnung muss durch Angabe einer Zusatzkennzeichnung dokumentiert werden.	64	7,21
01472	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA Vivira Die GOP ist einmal im BHF, aber höchstens zweimal im KHF berechnungsfähig.	64	7,21

Tabelle 17 Gebührenordnungspositionen für die Erstverordnung einer DiGA und die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGAs somnio und Vivira

[46] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 70. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[47] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 595. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

9.3 Leistungsentwicklung

Nach dem Stand von Oktober 2022 sind derzeit 33 DiGAs im DiGA-Verzeichnis gelistet, davon sind 13 DiGAs dauerhaft in das Verzeichnis aufgenommen (Tabelle 16). Die Verordnung von dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen DiGAs wird seit dem ersten Quartal 2021 befristet bis zum vierten Quartal 2022 über die Zusatzpauschale für die Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) vergütet. Seit dem dritten Quartal 2021 kann diese GOP auch für die Verordnung von vorläufig aufgenommenen DiGAs abgerechnet werden.

Die Abrechnungshäufigkeit der GOP 01470 ab dem ersten Quartal 2021 zeigt Abbildung 16:

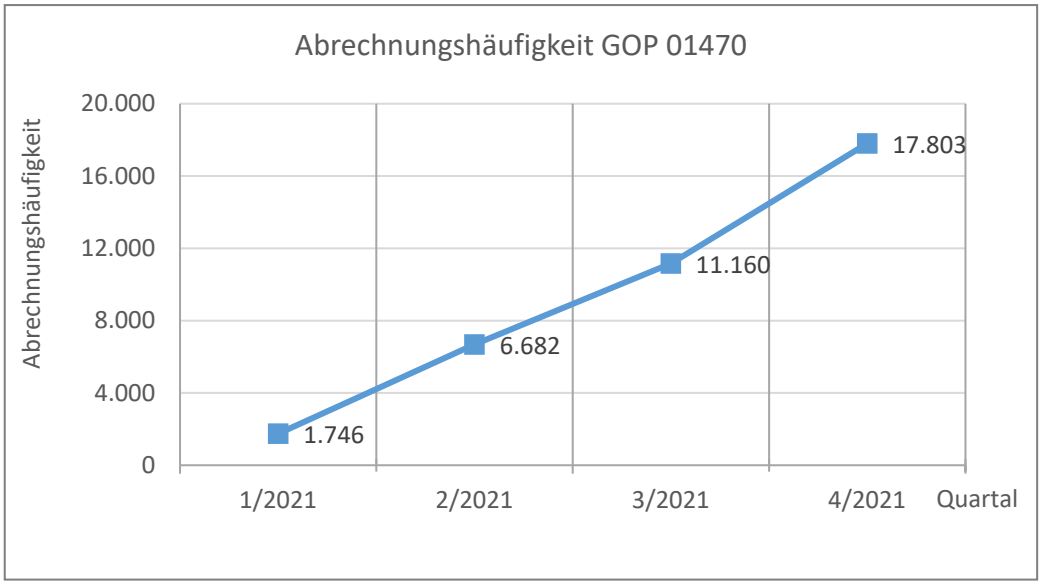

Abbildung 16 Abrechnungshäufigkeit der GOP 01470 – Zusatzpauschale Erstverordnung DiGA (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur tabellarischen Übersicht dieser Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 36

Im ersten Quartal 2021 waren vier dauerhafte und sechs vorläufige DiGAs im Verzeichnis gelistet; insgesamt wurde rund 1.700 Mal in diesem Quartal eine DiGA verordnet. Welche DiGA wie oft verordnet wurde, ist aus den Daten nicht abzuleiten. Im zweiten Quartal 2021 waren fünf dauerhafte DiGAs und zehn vorläufige DiGAs im Verzeichnis; die Gesamtverordnungszahl stieg auf rund 6.700 an. Im dritten Quartal 2021 – eine Abrechnung für vorläufige DiGAs war ab diesem Quartal möglich – blieb die Anzahl der dauerhaften DiGAs im Verzeichnis bei fünf, die Anzahl der vorläufigen DiGAs stieg auf 13 an. Die Abrechnungshäufigkeit

für die Verordnung einer DiGA (GOP 01470) stieg um 67 Prozent gegenüber dem Vorquartal (2/2021) auf 11.200.

Im vierten Quartal 2021 waren bereits acht dauerhafte und 19 vorläufige DiGAs im Verzeichnis gelistet; die Abrechnungshäufigkeit stieg gegenüber dem ersten Quartal 2021 auf das Zehnfache an (rund 17.800 Abrechnungen). Der Leistungsbedarf stieg entsprechend der Abrechnungshäufigkeit und lag im vierten Quartal 2021 bei rund 35.600 Euro (Abbildung 17):

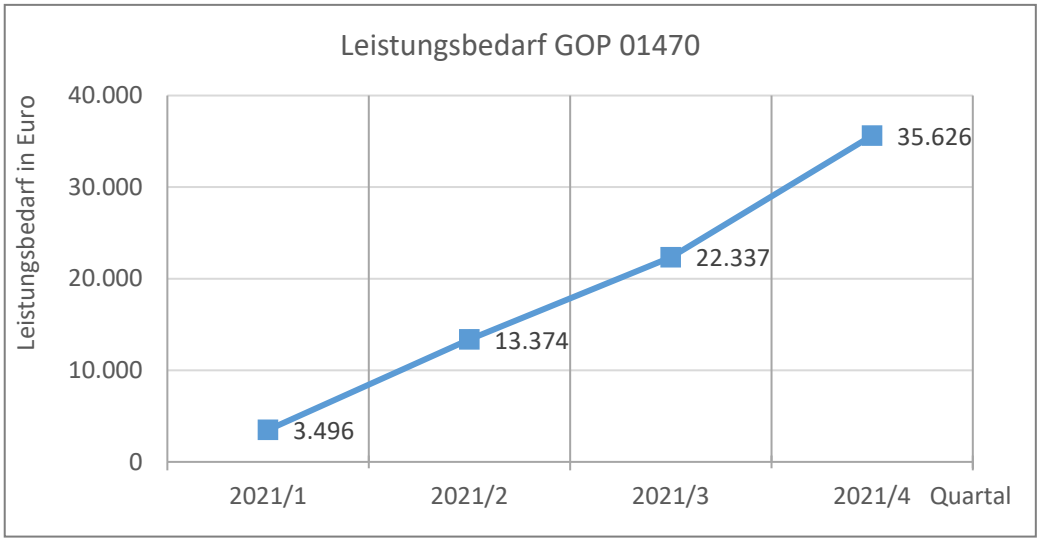

Abbildung 17 Leistungsbedarf in Euro der Gebührenordnungsposition 01470 – Zusatzpauschale Erstverordnung DiGA (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur tabellarischen Übersicht dieser Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 37

Die GOP 01471, die im Zusammenhang mit der DiGA somnio für notwendige Verlaufskontrollen und Auswertungen abgerechnet werden kann, wurde im vierten Quartal 2021 rund 560 Mal abgerechnet (Abbildung 18). Es ist eine deutliche, siebenfache Steigerung der Abrechungshäufigkeit seit der Einführung der Gebührenordnungsposition in den EBM zu erkennen. Der Leistungsbedarf lag im vierten Quartal 2021 bei rund 3.900 Euro (Abbildung 19).

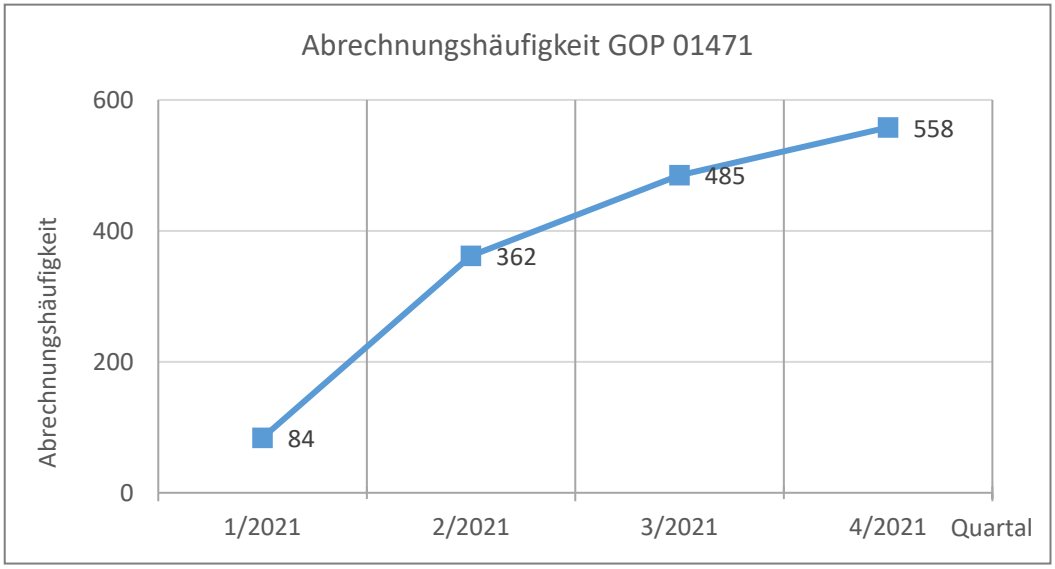

Abbildung 18 Abrechnungshäufigkeit der GOP 01471 – Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur tabellarischen Übersicht dieser Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 36

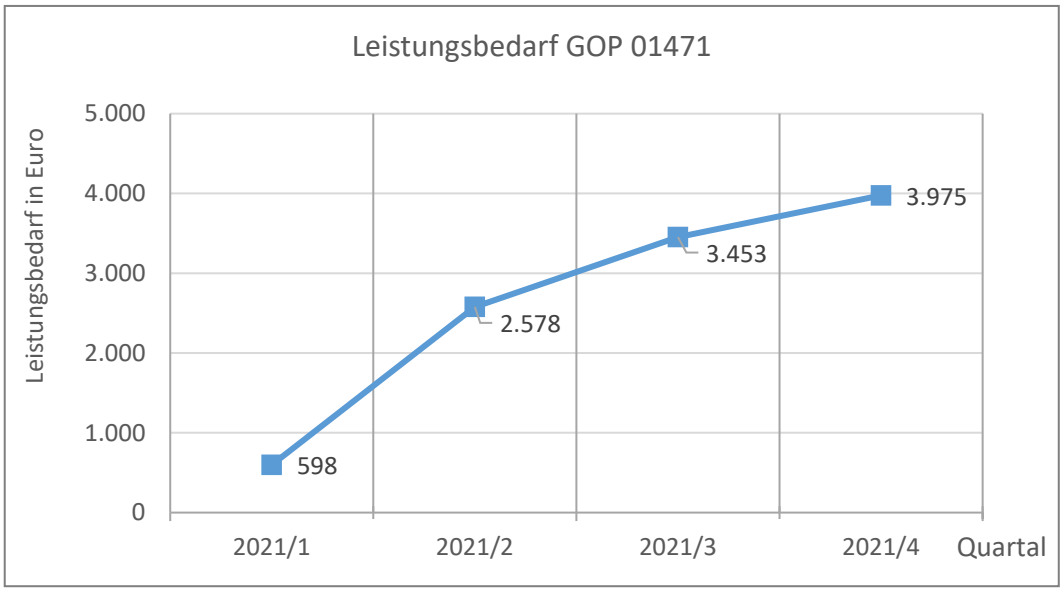

Abbildung 19 Leistungsbedarf in Euro der GOP 01471 – Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur tabellarischen Übersicht dieser Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 37

Die Abrechnungshäufigkeiten für die GOP 01472 zur Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Vivira liegen noch nicht vor. Diese DiGA kann zur Behandlung von Rückenschmerzen bei unspezifischen Kreuzschmerzen oder Arthrose der Wirbelsäule verordnet werden.

Für die dauerhaften DiGAs velibra, elevida, deprexis, vorvida, HelloBetter Stress und Burnout, HelloBetter Diabetes und Depression, HelloBetter Vaginismus Plus, HelloBetter Panik und Selfapys Onlinekurs bei Depression hat das BfArM keine erforderlichen Leistungen bestimmt, sodass keine Beschlüsse zur Anpassung des EBM getroffen wurden. Für die dauerhafte DiGA Kalmeda hat das BfArM erforderliche ärztliche Leistungen bestimmt. Der Bewertungsausschuss hat nach fachlicher Prüfung festgestellt, dass es sich dabei um Leistungen handelt, die bereits Bestandteil des EBM sind und daher ebenfalls keinen Beschluss zur Anpassung des EBM getroffen.

Teil B Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses

10 Einleitung

Der ergänzte Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit im Berichtsteil B den zweiten Bericht zu sektorenübergreifenden telemedizinischen Leistungen vor. Der Bericht befasst sich mit den Neuerungen seit der letzten Berichtslegung im Oktober 2020 bis zum Oktober 2022 durch Beschlussfassungen zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Durch die neuen Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses beinhaltet dieser Bericht neben den Telekonsilien, die bereits Gegenstand des ersten Berichtes waren, auch die Thematik zum Zweitmeinungsverfahren sowie zu den Regelungen der telemedizinischen Versorgung in der ASV und im organisierten Not(-fall)dienst.

11 Sektorenübergreifende Telekonsilien

11.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Telekonsilien, oder auch telemedizinische Konsilien, können zwischen Fachärztinnen und Fachärzten und psychologischen, nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten gleicher oder verschiedener Disziplinen genutzt werden, um sich auf elektronischem Weg über eine patientenbezogene medizinische Fragestellung auszutauschen und somit schnellstmöglich Diagnosen sowie Behandlungsstrategien aufstellen zu können. Das Telekonsilium bietet dabei beispielsweise die Möglichkeit, anderen Behandelnden medizinische Befunde mit einer hohen Datensicherheit zur Verfügung zu stellen und diese fachlich zu erörtern. Telekonsilien gestatten eine zeitgleiche oder zeitversetzte Kommunikation zwischen einer einholenden Ärztin oder Arzt, Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten, Zahnärztin oder Zahnarzt und einer Konsiliarärztin, -arzt, -psychotherapeutin oder -psychotherapeuten, -zahnärztin oder -zahnarzt, dabei können diese ambulant oder stationär tätig sein (sektorenübergreifend).

Rechtlicher Hintergrund

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband haben gemäß § 87 Abs. 2a SGB V im ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V vereinbart, dass im EBM Konsilien in einem weiten Umfang in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistung abgerechnet werden können. Grundlage ist das DVG.

Die Nutzung der Telemedizin muss dabei auf eine sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologie gestützt stattfinden. Grundlage hierfür bildet im Bereich der Telekonsilien die Vereinbarung gemäß § 367 Abs. 1 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung)[48], die zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung mit Wirkung zum 1. April 2020 getroffen wurde.

[48] Vereinbarung über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung) – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de)

11.2 Regelung und Vergütung im EBM

Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 60. Sitzung[49] wurde die Abrechnung von Telekonsilien mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung ermöglicht. Folgende Gebührenordnungspositionen wurden in den Abschnitt 1.6 (Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien) des EBM aufgenommen (Tabelle 18):

GOP	Bezeichnung	Punkte	Euro (2022)
01670	Zuschlag Einholung eines Telekonsiliums Zuschlag für das Zusammenstellen der Unterlagen und die elektronische Übermittlung im Rahmen des Telekonsiliums. Die Leistung ist zweimal im BHF berechnungsfähig.	110	12,39 Euro
01671	Telekonsiliarische Beurteilung Einmal im Arztgruppenfall berechnungsfähig für die Beurteilung der medizinischen Fragestellung, die Erstellung eines schriftlichen Berichts und die elektronische Übermittlung an die einholende Ärztin oder den Arzt. Die Leistung ist für eine Dauer von mindestens zehn Minuten berechnungsfähig.	128	14,42 Euro
01672	Zuschlag zur GOP 01671 Bei zeitaufwändigeren Konsilien ist dieser Zuschlag je weitere vollendete fünf Minuten dreimal im Arztgruppenfall berechnungsfähig.	65	7,32 Euro

Tabelle 18 Gebührenordnungspositionen für die Einholung und Durchführung von Telekonsilien

In der 73. Sitzung des ergänzten Bewertungsausschusses[50] mit Wirkung zum 1. Juli 2021 wurde für die GOP 01671 und GOP 01672 die Abrechnung auf den Arztgruppenfall und nicht mehr jeweils auf den Behandlungsfall festgelegt.

Mit der Anpassung von Behandlungsfall auf den Arztgruppenfall soll eine Ungleichbehandlung von im Krankenhaus tätigen Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten im Vergleich zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten vermieden werden. Der Arztgruppenfall umfasst die Behandlung derselben oder desselben Versicherten durch dieselbe Arztgruppe einer Arztpraxis in demselben Quartal zu Lasten derselben Krankenkasse. Das bedeutet, dass

[49] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 60. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[50] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 73. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

ein Telekonsilium für eine oder einen Versicherten von zwei verschiedenen Ärztinnen oder Ärzten unterschiedlicher Arztgruppen im Quartal durchgeführt werden kann und jeweils die GOP 01671 und gegebenenfalls zusätzlich die GOP 01672 berechnungsfähig ist. Damit wird die Abrechnung der Leistungen für die durchführende Ärztin oder Arzt je Fachgruppe ermöglicht (analog zum vertragsärztlichen Bereich).
Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 60. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 wurde geregelt, dass eine telekonsiliarische Abstimmung im Rahmen eines Videokonsiliums erfolgen kann. Im Zuge dessen wurden die GOP 01444 (Zuschlag Authentifizierung) und die GOP 01450 (Zuschlag Videosprechstunde) für die Abrechnung durch die initiierende Ärztin oder Arzt, Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten angepasst (siehe Kapitel 2.2.1).

11.3 Leistungsentwicklung

In Abbildung 20 ist die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit der GOP 01670 (Einholung eines Telekonsiliums) und GOP 01671 (Telekonsiliarische Beurteilung) dargestellt. Im Durchschnitt wurde im Jahr 2021 rund 8.200-mal im Quartal ein Telekonsilium eingeholt (GOP 01670) (2021 gesamt: n=32.719). Die Abrechnungshäufigkeiten der GOP 01670 stieg vom vierten Quartal 2020 bis zum vierten Quartal 2021 um rund 59 Prozent an.

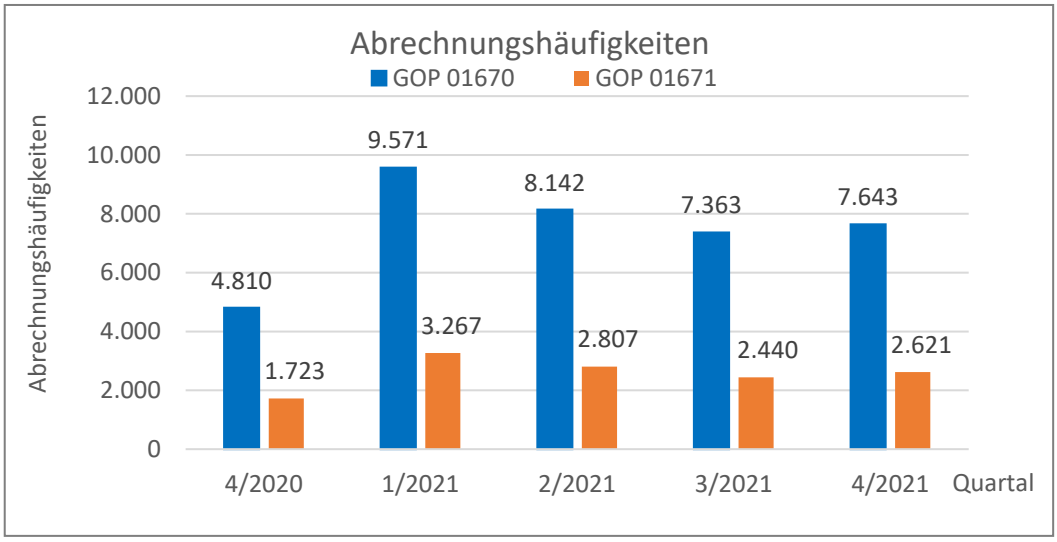

Abbildung 20 Abrechnungshäufigkeiten der GOP 01670 (Einholung eines Telekonsiliums) und GOP 01671 (Telekonsiliarische Beurteilung) (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 38

Es fällt auf, dass die telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671) stets wesentlich seltener abgerechnet wurde als die Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670). Im Jahr 2021 wurde die GOP 01671 im Durchschnitt rund 2.800-mal pro Quartal (2021 gesamt: n=11.135) abgerechnet, im Durchschnitt rund dreimal weniger als die GOP 01670.

Bei rund 24 Prozent der telekonsiliarischen Beurteilungen wurde die Zuschlags-GOP für zeitaufwändigere Konsilien (GOP 01672) abgerechnet (Tabelle 19). Im Jahr 2021 im Durchschnitt rund 660-mal pro Quartal. Der Leistungsbedarf im Jahr 2021 betrug für alle drei Gebührenordnungspositionen (GOP 01670 bis GOP 01672) insgesamt rund 577.800 Euro. Der größte Anteil (69 %), wie auch in den Abrechnungshäufigkeiten erkennbar, kommt durch die Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) zustande (Jahr 2021: 399.929 €).

GOP	4/2020 (Euro)	1/2021 (Euro)	2/2021 (Euro)	3/2021 (Euro)	4/2021 (Euro)	Gesamt 2021 (Euro)
GOP 01670	58.099	116.904	99.320	90.139	93.565	399.929
GOP 01671	24.228	46.535	40.037	34.779	37.337	158.688
GOP 01672	4.306	6.493	4.715	3.725	4.231	19.164
Gesamt	86.633	169.933	144.072	128.642	135.133	577.781

Tabelle 19 Leistungsbedarf in Euro der GOP 01670 (Einholung eines Telekonsiliums) bis GOP 01672 (Telekonsiliarische Beurteilung) (Auswertung InBA: ArztRG-Daten); zur Detailübersicht aller Datenpunkte siehe Anhang, Tabelle 39

Im Jahr 2021 haben insgesamt 2.290 Ärztinnen und Ärzte ein Telekonsilium eingeholt (GOP 01670). Wie schon aus den Abrechnungshäufigkeiten zu vermuten, haben wesentlich weniger Ärztinnen und Ärzte eine telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671) abgerechnet (n = 1.310).

Fachgruppen

Die abrechnenden Fachgruppen für die Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) sowie die Fachgruppen, die eine telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671) vorgenommen haben, sind in Abbildung 21 und Abbildung 22 dargestellt. Die Fachgruppen der Hausärztinnen und Hausärzte[51] sowie der Inneren Medizin und Gynäkologie rechneten die Einholung eines Telekonsiliums sowie ebenfalls die telekonsiliarische Beurteilung am häufigsten ab.

[51] Die Abrechnungsgruppe der Hausärztinnen und Hausärzte schließt die folgenden Abrechnungsgruppen mit ein: Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner/Internistinnen und Internisten (Hausärztin/Hausarzt), Hausärztliche Internistinnen und Internisten sowie sonstige Hausärztinnen und Hausärzte

Hausärztinnen und Hausärzte rechneten insgesamt 48 Prozent (n=15.822) der GOP 01670 (Einholung eines Telekonsiliums) ab, gefolgt von den Fachgruppen Gynäkologie (12%; n= 3.977) und Innere Medizin (9%; n=2.946) (Abbildung 21).

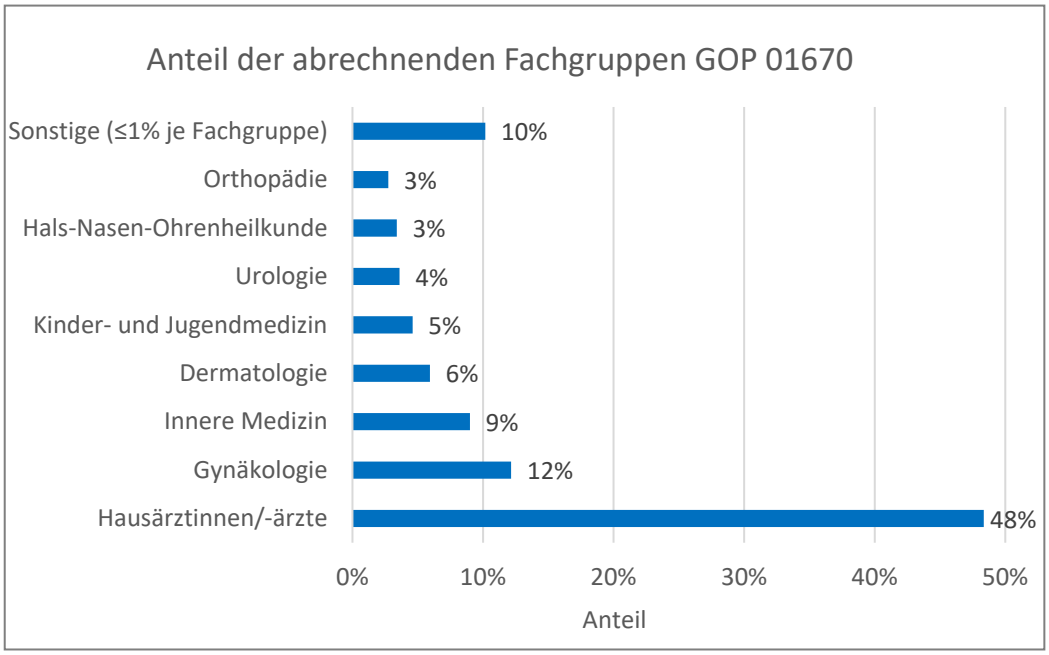

Abbildung 21 Anteil der abrechnenden Fachgruppen für die Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) (Auswertung InBA: AST-Daten 2021)

Die telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671) wurde am häufigsten von der Fachgruppe der Inneren Medizin abgerechnet (29%; n=3.186), gefolgt von der Fachgruppe der Hausärztinnen und Hausärzte (21%; n=2.291) und der Gynäkologie (7%; n=797) (Abbildung 22). Es ist zu vermuten, dass komplexe Fragestellungen, bei denen die Ärztin oder der Arzt eine Kollegin oder einen Kollegen desselben Fachgebiets beispielsweise zur weiteren Behandlung einer/eines Versicherten konsultieren möchte, der Hintergrund für die Häufung der Abrechnungen bei diesen Fachgruppen sind. Bei welcher Fachgruppe ein Telekonsilium eingeholt wird, ist aus den vorliegenden Daten nicht ersichtlich.

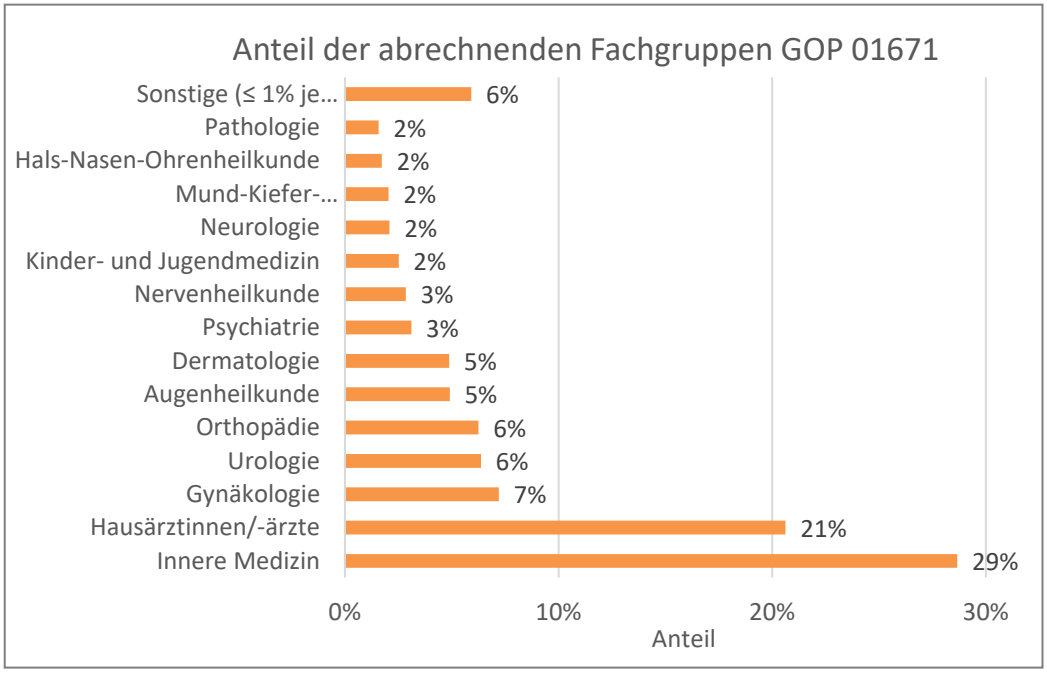

Abbildung 22 Anteil der abrechnenden Fachgruppen für die telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671) (Auswertung InBA: AST-Daten 2021)

12 Telemedizinische Leistungen im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung

12.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Bei der ASV handelt es sich um eine hochspezialisierte, interdisziplinär abgestimmte Versorgung von komplexen, schwer therapierbaren und seltenen Erkrankungen. Niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte aus verschiedenen Fachrichtungen arbeiten als Team zusammen, um eine optimale Versorgung von schwerkranken Menschen zu ermöglichen.

Rechtlicher Hintergrund

Die nähere Ausgestaltung der ASV regelt der G-BA nach § 116b Abs. 4 SGB V in seiner „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-Richtlinie)“, die am 20. Juli 2013 in Kraft getreten ist. Darin sind unter anderem Festlegungen zu den berechtigten Ärztinnen und Ärzten („ASV-Berechtigte“), personelle sowie sächliche und organisatorische Anforderungen sowie Vorgaben zur Qualitätssicherung aufgeführt. Die genauen Details zu den einzelnen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen legt der G-BA in den Anlagen zur ASV-Richtlinie fest. Derzeit liegen für 19 Indikationen spezifische Vorgaben zur Behandlung im Rahmen der ASV vor.[52]

12.2 Regelung und Vergütung im EBM

Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 57. Sitzung (Teil B)[53] wurden mit Wirkung zum 24. Juli 2020 fünf bestehende Gebührenordnungspositionen in der ASV auch als Videosprechstunden ermöglicht (Tabelle 20). Auf diese Weise wurden die Grundpauschalen in der Versorgung von Versicherten mit Hämophilie, psychotherapeutische Einzelgespräche und die Vorstellung von Versicherten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz im Zusammenhang mit einer von der ASV-Richtlinie umfassten Indikation zu möglichen Videoleistungen.

---

[52] Siehe Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de)

[53] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 57. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

GOP	Bezeichnung	Punkte	Euro (2022)
50510	Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr Einmal im BHF berechnungsfähig als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde	256	28,84 Euro
50511	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr Einmal im BHF berechnungsfähig als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde	314	35,38 Euro
50512	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres Einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde	330	37,18 Euro
51030	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung Dauer mindestens 10 Minuten	154	17,35 Euro
51041	Vorstellung einer/eines Versicherten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams gemäß den Anlagen der ASV-Richtlinie des G-BA; einmal im BHF und auch im Rahmen einer Videofallkonferenz berechnungsfähig	201	22,65 Euro

Tabelle 20 Als Videosprechstunde erbringbare Gebührenordnungspositionen in der ASV

Werden die Gespräche für die Grundpauschalen für die Versorgung von Versicherten mit Hämophilie (GOP 50510 bis 50512) sowie psychotherapeutische Gespräche als Einzelbehandlung im Rahmen der ASV (GOP 51030) als Videosprechstunden durchgeführt, so ist der Technikzuschlag Videosprechstunde (GOP 01450) berechnungsfähig (siehe Kapitel 2.2.1). Die Vorstellung einer oder eines Versicherten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz (GOP 51041) ist nicht in Kombination mit der GOP 01450 berechnungsfähig.

12.3 Leistungsentwicklung

Aussagen zur Leistungsentwicklung der Videosprechstunden in der ASV (GOP 50510 bis 50512, GOP 51030 und GOP 51041) sind anhand der vorliegenden Daten nicht möglich.

13 Telemedizinische Durchführung von Zweitmeinungen

13.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Versicherte haben einen Rechtsanspruch darauf, sich vor bestimmten planbaren Operationen (Eingriffen) eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Die Ärztin oder der Arzt, die/der die Indikation für den planbaren Eingriff stellt, ist dazu verpflichtet, Versicherte über dieses Recht aufzuklären. Diese Aufklärung muss mündlich und verständlich, in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgen.

Eine Zweitmeinung soll als unabhängige, neutrale ärztliche Meinung abgegeben werden. Die Zweitmeinenden sollen die Versicherten über mögliche Therapie- oder Handlungsalternativen informieren und beraten, damit Versicherte eine Entscheidung treffen können. Für die Abgabe einer Zweitmeinung sind vorliegende ärztliche Befunde – beispielsweise die von der indikationsstellenden Ärztin oder dem Arzt direkt zur Verfügung gestellten – durchzusehen und ein Anamnesegespräch zu führen.

Reichen die Vorbefunde nicht aus, können Zweitmeinende gegebenenfalls weitere Unterlagen bei der indikationsstellenden Ärztin oder dem Arzt anfordern oder ergänzende Untersuchungen durchführen. Ergänzende Untersuchungen müssen medizinisch begründet sein und bei der Abrechnung entsprechend gekennzeichnet werden. Das Ergebnis der Zweitmeinung wird der oder dem Versicherten mündlich mitgeteilt; dies ist auch im Rahmen einer Videosprechstunde möglich. Falls die oder der Versicherte es möchte, erhält sie oder er einen zusammenfassenden schriftlichen Bericht. Die indikationsstellende Ärztin oder der Arzt erhält einen schriftlichen Konsiliarbericht, der elektronisch übermittelt wird.

Rechtlicher Hintergrund

Die gesetzliche Grundlage bildet der § 27b SGB V. Dieser Paragraf wurde mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) im Jahr 2015 aufgenommen.

Der G-BA legt in einer Richtlinie[54] die entsprechenden Indikationen für planbare Eingriffe fest, für die sich die oder der Versicherte eine Zweitmeinung einholen kann. Die Liste der Indikationen wird fortlaufend aktualisiert. Die Richtlinie legt außerdem die allgemeinen und indikationsspezifischen Anforderungen an

[54] Siehe Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren – Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de)

das Zweitmeinungsverfahren und die Anforderungen an die Durchführenden einer Zweitmeinung fest. Die letzte Konkretisierung erfolgte im Mai 2022.

Derzeit sind acht Indikationen für eine Zweitmeinungsbeurteilung vorgesehen (Tabelle 21; Stand Oktober 2022):

Indikation	Inkrafttreten Richtlinie G-BA	Anpassung EBM in Quartal
Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)	08.12.2018	1/2019 (31. ergBA)
Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien)	08.12.2018	1/2019 (31. ergBA)
Arthroskopische Eingriffe an der Schulter	20.02.2020	2/2020 (48. ergBA)
Implantationen von Knieendoprothesen	12.01.2021	keine
Amputationen beim Diabetischen Fußsyndrom	27.05.2021	3/2021 (70. ergBA)
Eingriffe an der Wirbelsäule	19.11.2021	1/2022 (78. ergBA)
Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen	31.05.2022	3/2022 (81. ergBA)
Planbares Einsetzen eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	28.07.2022	keine

Tabelle 21 Eingriffe mit gesetzlich vorgesehenen Zweitmeinungsverfahren (Stand Oktober 2022)

13.2 Regelung und Vergütung im EBM

Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 31. Sitzung[55] wurde die Abrechnung von Leistungen im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren im EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2019 ermöglicht. Folgende Gebührenordnungsposition wurde in den Abschnitt 1.6 (Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien) des EBM aufgenommen (Tabelle 22):

GOP	Bezeichnung	Punkte	Euro (2022)
01645	Aufklärung und Beratung sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen zum Zweitmeinungsverfahren	75	8,45 Euro

Tabelle 22 Gebührenordnungsposition für die indikationsstellende Ärztin oder den Arzt zur Beratung über die Möglichkeit einer Zweitmeinung

[55] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 31. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

Zudem wurden Festlegungen in den allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts 4.3.9 des EBM (Ärztliche Zweitmeinung) getroffen:

- Zweitmeinende können die jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt oder beim Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde einmal im Quartal berechnen
- Erfolgt die ärztliche Zweitmeinung im Rahmen einer Videosprechstunde, sind zu den jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen die GOP 01444 und GOP 01450 berechnungsfähig (siehe Kapitel 2.2.1)
- Ärztinnen oder Ärzte, die eine Zweitmeinung abgeben möchten, brauchen eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Grundsätzlich können sowohl Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte als auch Privatärztinnen und Privatärzte eine Genehmigung erhalten
- Wenn die oder der Zweitmeinende weitere Untersuchungen für notwendig erachtet, muss dies medizinisch begründet werden

Die Möglichkeit zur Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgte durch den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 74. Sitzung[56] mit Wirkung zum 1. Juli 2021. Die Videosprechstunde muss gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgen.

Weitere Leistungen, die im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden, werden im Teil A des Berichtes unter dem Punkt Telemedizinische Videosprechstunde und Videofallkonferenzen berichtet (Kapitel 2).

13.3 Leistungsentwicklung

Zweitmeinungen können per Video und persönlich durchgeführt werden. In den vorliegenden Abrechnungsdaten finden sich keine ausschließlich per Video durchgeführten Zweitmeinungen. Zweitmeinungen, die „gemischt“ durchgeführt wurden, also per Video und im persönlichen Gespräch, sind mit den vorliegenden Daten nicht darstellbar.[57]

[56] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 74. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

[57] Siehe Evaluationsbericht Zweitmeinungsverfahren; E-Mail vom 21.04.2022 an das BMG Referat 226

14 Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst mit telemedizinischen Leistungen

14.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Im organisierten Not(-fall)dienst werden Versicherte behandelt, deren Erkrankungen akut und nicht lebensbedrohlich sind, so dass keine Benachrichtigung des Rettungsdienstes notwendig ist. Die Durchführung des organisierten Not(-fall)dienstes kann seit Juli 2022 auch telemedizinisch erfolgen.

Rechtlicher Hintergrund

Die gesetzliche Grundlage für die telemedizinischen Leistungen im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes bildet der § 87 Abs. 2a SGB V, der mit dem DVPMG angepasst wurde.

Der ergänzte Bewertungsausschuss war beauftragt worden, Regelungen für telemedizinische Leistungen im Rahmen der Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst im EBM bis zum 31. März 2022 zu treffen.

14.2 Regelung und Vergütung im EBM

Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 80. Sitzung[58] mit Wirkung zum 1. Juli 2022 wurden bestehende Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 EBM (Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst), die im organisierten Not(-fall)dienst berechnungsfähig sind, auch im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig. Folgende Gebührenordnungspositionen können bei telemedizinischer Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst berechnet werden (Tabelle 23):

[58] Siehe entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 80. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

GOP	Bezeichnung	Punkte	Euro (2022)
01210	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst bei Inanspruchnahme zwischen 07:00 und 19:00 Uhr Einmal im BHF berechnungsfähig (außer samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12.)	120	13,52 Euro
01212	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 07:00 Uhr ganztägig samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. einmal im BHF berechnungsfähig	195	21,97 Euro

Tabelle 23 Gebührenordnungspositionen für den organisierten Not(-fall)dienst, die als Videosprechstunde durchgeführt werden können

Bei einem ausschließlichen Arzt-Patienten-Kontakt per Video im Quartal im organisierten Not(-fall)dienst wird jeweils ein Abschlag von zehn Prozent auf die Bewertung der GOP 01210 und 01212 vorgenommen. Die Bewertung entspricht dann 108 Punkten für die GOP 01210 und 176 Punkten für die GOP 01212.

Die im EBM geltenden Obergrenzen für den ausschließlichen Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde finden im organisierten Not(-fall)dienst keine Anwendung.

Ergänzend wurden folgende Regelungen getroffen:

- Die Technikzuschläge nach GOP 01450 und GOP 01444 sind auch im organisierten Not(-fall)dienst berechnungsfähig (siehe Kapitel 2.2.1).
- Erfolgt im Quartal per Videosprechstunde ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst, ist der Technikzuschlag auch im Zusammenhang mit den sogenannten Notfallkonsultationspauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.
- Die Schweregradzuschläge zu den Notfallpauschalen nach GOP 01223, GOP 01224 bzw. GOP 01226 sind weiterhin nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.
- Zusätzlich müssen Videosprechstunden im organisierten Not(-fall)dienst durch die bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung GOP 88220 dokumentiert werden.

14.3 Leistungsentwicklung

Da der Beschluss zum 1. Juli 2022 in Kraft getreten ist, liegen derzeit noch keine Abrechnungsdaten vor.

Anhang

Zu Kapitel 2

Abrechnungshäufigkeiten Videoleistungen

GOP	Gruppe	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
01451	Anschubförd.	156.565	1.093.885	439.970	800.328	1.162.485	834.139	543.125	1.716
01444	Authentifizierung	12.161	58.826	25.123	41.899	58.479	56.564	64.311	86.208
01450	Technikzuschlag	202.654	1.165.921	501.066	865.623	1.232.243	901.759	609.978	782.130
01442	Fallkonferenz	1.904	12.853	2.656	5.095	5.734	3.061	2.276	2.732
03230	Gespräch	11.148	43.206	21.890	41.687	38.748	28.821	22.333	33.502
04230	Gespräch	1.332	6.677	3.675	4.880	5.602	5.126	3.847	4.445
04231	Gespräch		450	329	543	699	673	339	179
04355	Gespräch	120	1.308	430	716	1.115	841	588	544
04430	Gespräch	313	752	162	454	798	349	234	389
14220	Gespräch	7.098	43.998	13.367	26.534	40.745	27.319	17.160	21.886
14222	Gespräch	2.664	20.346	5.414	9.591	14.300	9.975	6.278	7.540
16220	Gespräch	738	6.009	1.568	2.686	3.341	2.535	1.961	2.247
21216	Gespräch	263	2.996	414	1.431	1.689	674	299	589
21220	Gespräch	3.774	30.506	10.757	18.373	23.890	17.051	11.986	12.640
21221	Gespräch								<5
22220	Gespräch	1.841	14.166	7.649	11.489	15.770	13.291	8.796	9.873
22221	Gespräch	748	5.365	3.277	6.608	9.927	6.643	4.557	6.097
23220	Gespräch	32.068	206.528	115.149	177.087	253.832	208.415	151.047	178.224
30708	Gespräch		5.413	1.894	3.833	5.371	3.519	2.684	2.887
35401	Einzelpsych.	6.524	55.935	19.546	32.106	51.110	32.837	17.846	22.488
35402	Einzelpsych.	5.782	48.298	20.727	31.265	47.055	33.879	19.163	22.351
35405	Einzelpsych.	17.826	139.887	56.642	101.177	158.371	113.379	69.349	85.983
35411	Einzelpsych.	691	5.261	1.442	2.612	4.158	2.616	1.157	1.553
35412	Einzelpsych.	696	4.689	1.855	2.588	3.934	2.736	1.428	1.710
35415	Einzelpsych.	13.906	107.843	47.631	81.194	116.153	81.681	50.688	63.757
35421	Einzelpsych.	18.629	144.734	50.779	86.161	138.055	90.893	50.864	65.512
35422	Einzelpsych.	14.720	112.804	48.142	75.210	116.182	87.984	53.111	60.664
35425	Einzelpsych.	28.143	206.626	92.971	153.333	233.968	177.958	118.263	140.322
35431	Einzelpsych.				96	168	151	132	147
35432	Einzelpsych.				11	27	44	36	146
35435	Einzelpsych.						3	6	26
35571	Einzelpsych.	0	0	0	0	0	0	0	0
35591	Einzelpsych.		0	0	0	0	0	0	0
35173	Gruppenpsych.								36
35174	Gruppenpsych.								21
35175	Gruppenpsych.								17
35176	Gruppenpsych.								12
35177	Gruppenpsych.								<5
35503	Gruppenpsych.								23
35504	Gruppenpsych.								10
35505	Gruppenpsych.								37
35506	Gruppenpsych.								9
35507	Gruppenpsych.								<5

GOP	Gruppe	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
35513	Gruppenpsych.								212
35514	Gruppenpsych.								133
35515	Gruppenpsych.								104
35516	Gruppenpsych.								25
35517	Gruppenpsych.								27
35518	Gruppenpsych.								13
35523	Gruppenpsych.								2
35524	Gruppenpsych.								11
35525	Gruppenpsych.								15
35526	Gruppenpsych.								10
35527	Gruppenpsych.								8
35528	Gruppenpsych.								9
35533	Gruppenpsych.								27
35534	Gruppenpsych.								66
35535	Gruppenpsych.								182
35536	Gruppenpsych.								151
35537	Gruppenpsych.								129
35538	Gruppenpsych.								74
35543	Gruppenpsych.								214
35544	Gruppenpsych.								158
35545	Gruppenpsych.								151
35546	Gruppenpsych.								24
35547	Gruppenpsych.								<5
35548	Gruppenpsych.								<5
35553	Gruppenpsych.								298
35554	Gruppenpsych.								236
35555	Gruppenpsych.								171
35556	Gruppenpsych.								51
35557	Gruppenpsych.								23
35558	Gruppenpsych.								7
35572	Gruppenpsych.								0
35593	Gruppenpsych.								0
35594	Gruppenpsych.								0
35595	Gruppenpsych.								0
35596	Gruppenpsych.								0
35597	Gruppenpsych.								0
35598	Gruppenpsych.								0
30932	Psychoth. weiter	626	3.989	1.542	2.159	3.203	2.480	1.563	1.858
30933	Psychoth. weiter								<5
35110	Psychoth. weiter	1.695	11.861	5.140	8.272	10.200	7.436	5.767	6.783
35111	Psychoth. weiter	344	2.250	2.038	3.301	5.130	3.793	2.631	3.113
35112	Psychoth. weiter		40	<5	<5	78	87	57	93
35113	Psychoth. weiter		<5						
35141	Psychoth. weiter	667	7.356	3.978	6.829	10.486	7.723	5.000	6.307
35142	Psychoth. weiter	17	522	222	365	699	605	378	460
35152	Psychoth. weiter								23.350
35573	Psychoth. weiter	0	0	0	0	0	0	0	0
35600	Psychoth. weiter	5.363	64.985	34.829	53.724	81.322	63.610	47.159	56.525
35601	Psychoth. weiter	497	8.446	4.330	3.806	6.164	5.208	2.698	4.871

GOP	Gruppe	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
01952	Corona Lstg.		204	101	171	262	173	111	148
14223	Corona Lstg.		6.804	5.591	13.363	31.475	22.103	9.649	12.925
30931	Corona Lstg.	14	189	60	60	134	79	61	74
35150	Corona Lstg.	5.293	36.365	12.894	30.206	44.818	28.026	15.700	21.459
35151	Corona Lstg.	10.695	108.713	39.255	71.953	121.343	80.501	48.711	63.462
35163	Corona Lstg.								14
35164	Corona Lstg.								11
35165	Corona Lstg.								21
35166	Corona Lstg.								6
35167	Corona Lstg.								<5
35168	Corona Lstg.								<5
08621	Kryo-Beratg.							<5	<5
01470	DiGA					191	282	780	875
01471	DiGA					2	13	17	20
01320	Pauschalen K.01		8	13	6	7	9	10	9
01321	Pauschalen K.01		749	138	263	253	142	67	68
03001	Pauschalen K.03	22	114	56	59	44	24	45	36
03002	Pauschalen K.03	128	678	546	649	327	215	295	407
03003	Pauschalen K.03	3.541	13.424	8.811	15.559	16.980	18.869	28.100	39.550
03004	Pauschalen K.03	688	3.546	1.045	1.418	1.494	1.101	960	1.385
03005	Pauschalen K.03	135	1.197	291	224	229	136	122	110
04001	Pauschalen K.04	196	1.732	542	524	690	722	439	646
04002	Pauschalen K.04	378	3.258	1.129	1.158	1.486	1.184	845	1.159
04003	Pauschalen K.04	32	43	9	11	24	13	15	8
04004	Pauschalen K.04	<5				<5	0	0	0
04005	Pauschalen K.04		<5		<5				
05211	Pauschalen K.05	<5	331	343	303	302	302	244	215
05212	Pauschalen K.05	<5	44	60	36	41	40	34	57
06210	Pauschalen K.06	5	24	10	1	3	13	12	9
06211	Pauschalen K.06	71	464	166	109	349	360	445	449
06212	Pauschalen K.06	24	121	51	243	895	907	1.316	1.337
07210	Pauschalen K.07	<5	9		<5	<5	<5		<5
07211	Pauschalen K.07	78	312	149	200	271	282	235	266
07212	Pauschalen K.07	19	86	27	37	35	39	33	24
08210	Pauschalen K.08			<5					
08211	Pauschalen K.08	422	2.718	1.265	1.174	2.795	2.950	5.226	6.075
08212	Pauschalen K.08	32	94	17	27	43	44	51	72
09210	Pauschalen K.09	15	46	8	12	11	10	9	14
09211	Pauschalen K.09	293	1.351	494	1.314	2.702	2.110	2.863	4.688
09212	Pauschalen K.09	89	378	62	77	133	99	66	111
10210	Pauschalen K.10	38	260	64	59	101	89	28	49
10211	Pauschalen K.10	661	4.682	1.708	1.678	2.353	2.153	1.665	1.998
10212	Pauschalen K.10	126	959	199	295	297	249	210	211
11210	Pauschalen K.11		18	23	18	26	24	38	24
11211	Pauschalen K.11	22	142	123	187	333	295	310	286
11212	Pauschalen K.11		21	14	24	36	35	24	25
13211	Pauschalen K.13	25	137	45	9	10	12	<5	9
13212	Pauschalen K.13	5	60	21	<5	<5	<5	<5	<5
13291	Pauschalen K.13	19	76	17	33	20	35	24	30
13292	Pauschalen K.13	6	30	<5	17	12	20	15	10
13341	Pauschalen K.13		30	<5	15	11	5	<5	<5

GOP	Gruppe	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
13342	Pauschalen K.13	<5	10		<5	<5	<5		
13391	Pauschalen K.13	32	317	92	170	267	300	230	223
13392	Pauschalen K.13	10	77	14	24	44	45	27	30
13491	Pauschalen K.13	<5	63	8	13	22	15	8	14
13492	Pauschalen K.13	<5	95	6	11	11	10	9	8
13541	Pauschalen K.13	34	145	53	62	116	66	55	252
13542	Pauschalen K.13	41	154	52	70	123	55	42	61
13591	Pauschalen K.13	16	77	18	103	87	33	17	21
13592	Pauschalen K.13	5	35	5	47	48	13	<5	6
13640	Pauschalen K.13		<5						
13641	Pauschalen K.13	211	1.135	220	387	266	270	224	225
13642	Pauschalen K.13	138	501	147	333	143	113	113	117
13690	Pauschalen K.13								<5
13691	Pauschalen K.13	139	536	173	416	641	467	410	397
13692	Pauschalen K.13	109	311	98	156	171	91	82	61
14210	Pauschalen K.14	<5	34	6	6	15	12	11	10
14211	Pauschalen K.14	268	3.156	828	961	1.675	965	662	819
15211	Pauschalen K.15	11	23	14	12	12	16		5
15212	Pauschalen K.15		<5	<5					
16211	Pauschalen K.16	235	1.539	393	545	702	569	407	447
16212	Pauschalen K.16	182	1.529	284	406	534	258	176	293
18210	Pauschalen K.18	14	120	58	54	81	55	43	31
18211	Pauschalen K.18	251	1.774	633	934	1.575	1.692	2.061	5.067
18212	Pauschalen K.18	80	577	143	144	225	139	103	130
20210	Pauschalen K.20		<5	<5	<5	6	23	16	25
20211	Pauschalen K.20	<5	32	11	11	18	28	24	29
20212	Pauschalen K.20		<5	<5	<5	<5			<5
21210	Pauschalen K.21		<5		<5				
21211	Pauschalen K.21	326	3.945	1.160	1.521	2.060	1.714	1.062	1.080
21212	Pauschalen K.21	84	1.326	219	438	620	350	219	287
21213	Pauschalen K.21		5		<5	<5	<5		
21214	Pauschalen K.21	155	2.291	458	838	1.238	749	533	595
21215	Pauschalen K.21	95	1.993	268	697	866	373	244	295
22210	Pauschalen K.22					<5	<5	<5	
22211	Pauschalen K.22	30	2.537	1.267	1.448	2.065	1.768	1.182	1.312
22212	Pauschalen K.22	7	438	229	264	397	355	235	262
23210	Pauschalen K.23	<5	<5	<5	5	<5	<5	7	<5
23211	Pauschalen K.23	834	36.156	19.352	21.391	34.839	28.039	19.359	22.386
23212	Pauschalen K.23	103	5.035	2.979	3.138	4.870	3.950	2.738	3.192
23214	Pauschalen K.23	101	6.353	1.770	1.562	3.398	2.216	1.352	1.545
25214	Pauschalen K.25	<5	15	<5	21	18	22	12	8
26210	Pauschalen K.26		<5	6	<5	8	<5	<5	5
26211	Pauschalen K.26	20	233	124	139	236	544	970	1.630
26212	Pauschalen K.26	20	131	91	56	49	43	44	51
27210	Pauschalen K.27					2			
27211	Pauschalen K.27	<5	140	85	111	613	736	1.270	1.090
27212	Pauschalen K.27	<5	30	22	25	80	39	22	34
30700	Pauschalen K.30	73	943	261	461	554	381	294	347

Tabelle 24 Abrechnungshäufigkeiten von durchgeführten Gebührenordnungspositionen im Rahmen der Videosprechstunde; die ausgewerteten Pauschalen beziehen sich auf Fälle, bei denen im Abrechnungsquartal ein reiner Video-Kontakt und kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfand.

Leistungsbedarf Videoleistungen (inkl. Zuschläge) in Euro

GOP	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Videofallkonferenz (01442)	13.388	121.469	25.110	48.171	54.858	29.313	21.798	26.158
Authentifizierung (01444)	13.372	64.691	27.626	46.092	64.993	62.862	71.450	95.721
Zuschlag Videosprechstunde (01450)	831.787	3.255.116	1.576.515	2.467.137	3.164.158	2.545.824	1.887.856	2.258.791
Anschubförderung Videosprechst. (01451)	1.342.121	7.065.012	3.081.071	5.233.111	6.332.065	4.908.088	3.435.098	10.801

Tabelle 25 Leistungsbedarf von durchgeführten Videoleistungen in Euro

Zu Kapitel 4

Abrechnungshäufigkeiten telemedizinische Funktionsanalyse

GOP	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Telefonkontakt (01438)	1.202	1.142	1.364	1.521	1.660	1.607	2.099	1.949
Telemed. FnA Defi. (04414)	5	10	0	0	6	6	<5	<5
Telemed. FnA CRT (04416)	<5	<5	0	<5	<5	0	<5	0
Telemed. FnA ICD (13574)	4.322	4.535	4.674	5.200	5.534	5.971	6.702	6.842
Telemed. FnA CRT (13576)	2.608	2.702	2.884	3.231	3.419	3.528	4.004	4.203

Tabelle 26 Abrechnungshäufigkeiten der telemedizinischen Funktionsanalysen für die Jahre 2020/2021. FnA = Funktionsanalyse

Leistungsbedarf telemedizinische Funktionsanalyse

GOP	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Telefonkontakt (01438)	11.615	11.024	13.098	14.618	16.238	15.718	20.521	19.067
Telemed. FnA Defi. (04414)	402	804	0	0	489	489	151	244
Telemed. FnA CRT (04416)	99	99	0	99	200	0	100	0
Telemed. FnA ICD (13574)	189.890	199.242	205.013	228.067	245.923	264.995	297.434	303.421
Telemed. FnA CRT (13576)	140.863	146.051	155.481	174.246	186.672	192.117	218.312	229.097

Tabelle 27 Leistungsbedarf der telemedizinischen Funktionsanalysen für die Jahre 2020/2021 in Euro. FnA = Funktionsanalyse

Zu Kapitel 5

Abrechnungshäufigkeiten Telekonsiliarische Befundbeurteilung

GOP	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung (34800)	19	19	51	45	12	72	69	76
Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen (34810)	<5	<5	0	<5	0	<5	0	0
Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I (34820)	15	18	38	23	27	23	18	12
Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II (34821)	0	0	<5	0	0	0	0	0

Tabelle 28 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen für die Telekonsiliarische Befundbeurteilung in den Jahren 2020/2021

Leistungsbedarf telekonsiliarische Befundbeurteilung in Euro

GOP	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung (34800)	190	190	510	450	121	729	698	769
Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen (34810)	12	12	0	12	0	12	0	0
Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I (34820)	455	546	1152	697	829	706	552	368
Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II (34821)	0	0	43	0	0	0	0	0

Tabelle 29 Leistungsbedarf der Gebührenordnungspositionen für die telekonsiliarische Befundbeurteilung in Euro

Zu Kapitel 6

Abrechnungshäufigkeiten Elektronische Arztbriefe

(Pseudo-)GOP	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Zuschlag Versand eArztbrief (01660)			75.531	76.231	81.349	50.937	73.017	151.610
Versandpauschale eArztbrief (86900)	18.094	26.951	90.274	91.592	95.604	52.630	75.493	159.105
Pauschale Empfang eArztbrief (86901)	45.101	45.609	93.492	100.123	102.782	69.313	83.189	102.973

Tabelle 30 Abrechnungshäufigkeit der (Pseudo-)Gebührenordnungspositionen im Zusammenhang mit elektronischen Arztbriefen

Leistungsbedarf Elektronische Arztbriefe in Euro

(Pseudo-)GOP	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Zuschlag Versand eArztbrief (01660)			8.300	8.379	8.979	5.631	8.063	16.744
Versandpauschale eArztbrief (86900)	5.066	5.614	11.212	10.803	9.127	6.400	9.726	21.452
Pauschale Empfang eArztbrief (86901)	12.177	10.433	16.166	16.312	13.127	8.940	11.134	14.345

Tabelle 31 Leistungsbedarf für elektronische Arztbriefe in Euro

Zu Kapitel 7

Abrechnungshäufigkeiten Notfalldatenmanagement

GOP	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Zuschlag Anlage NFD (01640)	223	903	1.212	25.083	122.439	139.954	198.323	146.753
Zuschlag NFD (01641)	<5	13	7.235.785	11.882.776	23.751.998	40.911.971	53.643.774	69.219.189
Löschen eines NFD (01642)	<5	<5	<5	11	26	59	150	294

Tabelle 32 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen zum Notfalldatenmanagement; NFD = Notfalldatensatz

Leistungsbedarf Notfalldatenmanagement in Euro

GOP	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Zuschlag Anlage NFD (01640)	1.960	7.937	10.654	425.515	2.179.437	2.469.827	3.508.312	1.718.735
Zuschlag NFD (01641)	<5	6	3.212.499	5.252.403	10.519.082	18.103.660	23.717.266	30.615.910
Löschen eines NFD (01642)	0	0	0	<5	<5	6	17	32

Tabelle 33 Leistungsbedarf zum Notfalldatenmanagement in Euro; NFD = Notfalldatensatz

Zu Kapitel 8

Abrechnungshäufigkeiten elektronische Patientenakte

GOP	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022
Zusatzpauschale ePA (01431)	448	423	1.103	1.865	1.935
Zusatzpauschale ePA-Unterstützungs-leistung (01647)	3.207	9.235	15.736	30.069	31.309
Erstbefüllung einer ePA (88270)			648	8.972	449
Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer ePA (01648)					12.314

Tabelle 34 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen zur ePA

Leistungsbedarf elektronische Patientenakte

GOP	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022
Zusatzpauschale ePA (01431)	148	140	364	617	657
Zusatzpauschale ePA-Unterstützungs-leistung (01647)	5.365	15.433	26.295	50.226	53.024
Erstbefüllung einer ePA (88270)			6.480	89.720	4.490
Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer ePA (01648)					123.493

Tabelle 35 Leistungsbedarf zur Erstbefüllung und Unterstützung bei der Verwaltung einer ePA in Euro

Zu Kapitel 9

Abrechnungshäufigkeiten ärztlicher Leistungen für digitale Gesundheitsanwen-dungen

GOP	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022
Zusatzpauschale Erstverordnung DiGA (01470)	1.746	6.682	11.160	17.803	1.746
Verlaufskontrolle und Auswertung DiGA somnio (01471)	84	362	485	558	84

Tabelle 36 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen zu ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit DiGAs

Leistungsbedarf ärztliche Leistungen für digitale Gesundheitsanwendungen in Euro

GOP	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021	1/2022
Zusatzpauschale Erstverordnung DiGA (01470)	3.496	13.374	22.337	35.626	3.496
Verlaufskontrolle und Auswertung DiGA somnio (01471)	598	2.578	3.453	3.975	598

Tabelle 37 Leistungsbedarf für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit DiGAs

Zu Kapitel 11

Abrechnungshäufigkeiten zu sektorenübergreifenden Telekonsilien

GOP	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Zuschlag Einholung eines Telekonsiliums (01670)	4.810	9.571	8.142	7.363	7.643
Telekonsiliarische Beurteilung (01671)	1.723	3.267	2.807	2.440	2.621
Zuschlag zur GOP 01671 (01672)	603	898	652	515	585

Tabelle 38 Abrechnungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen für sektorenübergreifende Telekonsilien

Leistungsbedarf sektorenübergreifende Telekonsilien

GOP	4/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021
Zuschlag Einholung eines Telekonsiliums (01670)	58.099	116.904	99.320	90.139	93.565
Telekonsiliarische Beurteilung (01671)	24.228	46.535	40.037	34.779	37.337
Zuschlag zur GOP 01671 (01672)	4.306	6.493	4.715	3.725	4.231

Tabelle 39 Leistungsbedarf für sektorenübergreifende Telekonsilien

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co. KG, Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.bundesanzeiger-verlag.de
ISSN 0722-8333