

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

**Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzenden
Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung
im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für das Berichtsjahr 2022**

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	14
Teil A Bericht des Bewertungsausschusses.....	19
1 Einleitung.....	19
1.1 Inhaltliche Umsetzung des Berichtes im Rahmen der Anpassungen des § 87 SGB V durch das Digital-Gesetz (DigiG).....	19
1.2 Datengrundlage	20
2 Telemedizinische Videosprechstunde.....	22
2.1 Allgemeine Erläuterungen	22
2.2 Regelungen und Vergütung im EBM	23
2.3 Berechnungsfähige Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde im Jahr 2022	28
2.4 Leistungsentwicklung.....	30
2.5 Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit.....	32
2.6 Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Fachgruppen und Anteil der Fachgruppen an allen abgerechneten Videosprechstunden	33
2.7 Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Einrichtungsformen.....	35
2.8 Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Leistungsbereichen und einzelnen Leistungen.....	36
2.9 Anzahl Ärztinnen/Ärzte, die Videosprechstunden abrechnen, im Verhältnis zu allen Ärztinnen/Ärzten einer Fachgruppe	37
2.10 Behandlungsfälle mit Videosprechstunden nach Fachgruppen.....	39
2.11 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde.....	41
2.11.1 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten in Bezug auf einzelne Leistungsbereiche der Videosprechstunde.....	42
2.11.2 Betrachtung der Morbidität von Versicherten für ausgewählte Inanspruchnahmen der Videosprechstunde	47
2.12 Authentifizierungen im Rahmen von Videosprechstunden.....	49
3 Videofallkonferenzen	51
3.1 Allgemeine Erläuterungen	51
3.2 Regelungen und Vergütung im EBM	51
3.3 Leistungsentwicklung.....	53
4 Telemonitoring bei Versicherten mit Herzinsuffizienz.....	55
4.1 Allgemeine Erläuterungen	55
4.2 Regelungen und Vergütung im EBM	56
4.3 Leistungsentwicklung.....	59
4.4 Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Einrichtungsformen und Fachgruppen	64
4.5 Anzahl zugelassener Ärztinnen und Ärzte zum Telemonitoring Herzinsuffizienz nach KV- Bezirken	68
4.6 Stand der Versorgungseinrichtungen im 4. Quartal 2022	69

4.7	Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten im Telemonitoring Herzinsuffizienz	71
5	Telemedizinische Funktionsanalysen von ICD- und CRT-Geräten	73
5.1	Allgemeine Erläuterungen	73
5.2	Regelungen und Vergütung im EBM	73
5.3	Leistungsentwicklung	75
5.4	Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Fachgruppen und Einrichtungsformen	77
5.5	Untersuchungen zum Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen an ICD- und CRT- Funktionsanalysen	80
5.5.1	Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen an allen ICD- und CRT-Funktionsanalysen ..	80
5.5.2	Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen an allen ICD- und CRT-Funktionsanalysen auf Behandlungsebene	81
6	Telekonsiliarische Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen	83
6.1	Allgemeine Erläuterungen	83
6.2	Regelungen und Vergütung im EBM	83
6.3	Leistungsentwicklung	85
7	Elektronische Patientenakte	86
7.1	Allgemeine Erläuterungen	86
7.2	Regelungen und Vergütung im EBM	87
7.3	Leistungsentwicklung	89
7.4	Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Fachgruppen und Einrichtungsformen	92
7.5	Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit Inanspruchnahme der ePA	96
8	Elektronische Arztbriefe	98
8.1	Allgemeine Erläuterungen	98
8.2	Regelungen und Vergütung im EBM bzw. der TI-Finanzierungsvereinbarung	99
8.3	Leistungsentwicklung	100
8.4	Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Einrichtungsformen	101
8.5	Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Fachgruppen und Anteil abrechnender Ärztinnen und Ärzte in den Fachgruppen	104
9	Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte	106
9.1	Allgemeine Erläuterungen	106
9.2	Notfalldatenmanagement	108
9.2.1	Regelungen und Vergütung im EBM	108
9.2.2	Leistungsentwicklung	109
9.2.3	Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Fachgruppen und Einrichtungsformen	112
9.2.4	Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit der Anlage eines Notfalldatensatzes	116
9.3	Elektronischer Medikationsplan	118
9.3.1	Regelungen und Vergütung im EBM	118
9.3.2	Leistungsentwicklung	119
10	Digitale Gesundheitsanwendungen	120

10.1	Allgemeine Erläuterungen	120
10.2	Regelungen und Vergütung im EBM	122
10.3	Leistungsentwicklung.....	123
10.4	Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Fachgruppen und Einrichtungsformen	126
10.5	Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit einer Erstverordnung für eine DiGA 129	

Teil B Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses.....130

11 Einleitung.....130

11.1	Inhaltliche Umsetzung des Berichtes im Rahmen der Anpassungen des §87 SGB V durch das Digital-Gesetz (DigiG).....	130
11.2	Datengrundlage	130

12 Sektorenübergreifende Telekonsilien131

12.1	Allgemeine Erläuterungen	131
12.2	Regelungen und Vergütung im EBM	132
12.3	Leistungsentwicklung.....	133
12.4	Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Fachgruppen und Einrichtungsformen	135
12.5	Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit Leistungen zu Telekonsilien ..	141

**13 Telemedizinische Leistungen im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen
Versorgung (ASV)144**

13.1	Allgemeine Erläuterungen	144
13.2	Regelungen und Vergütung im EBM	144
13.3	Leistungsentwicklung telemedizinischer Leistungen in der ASV	146

14 Telemedizinische Durchführung von Zweitmeinungen147

14.1	Allgemeine Erläuterungen	147
14.2	Regelungen und Vergütung im EBM	148
14.3	Leistungsentwicklung.....	149

15 Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst mit telemedizinischen Leistungen.....150

15.1	Allgemeine Erläuterungen	150
15.2	Regelungen und Vergütung im EBM	150
15.3	Leistungsentwicklung.....	152

**16 Telemedizinische Leistungen in der koordinierten und strukturierten Versorgung
insbesondere schwer psychisch kranker Versicherter.....153**

16.1	Allgemeine Erläuterungen	153
16.2	Regelungen und Vergütung im EBM	154
16.3	Leistungsentwicklung.....	155

Anhang 156

Tabellenverzeichnis

Hinweis: Die Angaben zu Bewertung in Punkten und Vergütung in € in den Tabellen stammen aus dem Jahr 2022, wenn nicht anders angegeben.

Tabelle 1 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu Videosprechstunden, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.....	26
Tabelle 2 Auflistung der wichtigsten im Berichtszeitraum im Rahmen der Videosprechstunde berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen (GOP).....	29
Tabelle 3 Abrechnungshäufigkeit der Videosprechstunde (GOP 01450) nach Fachgruppen und Anteil an allen abgerechneten Videosprechstunden in % für das Jahr 2022.....	34
Tabelle 4 Abrechnungshäufigkeit der Videosprechstunde (GOP 01450) nach Einrichtungenformen in den Jahren 2020-2022	36
Tabelle 5 Abrechnungshäufigkeit der Leistungsbereiche bzw. der Gebührenordnungspositionen (GOP), die per Video durchgeführt wurden.....	36
Tabelle 6 Anzahl Ärztinnen/Ärzte/Psychotherapeutinnen/-therapeuten (n Ä), die mind. einmal im Jahr eine Videosprechstunde (GOP 01450) abrechneten, und Gesamtanzahl der Ärztinnen/Ärzte/Psychotherapeutinnen/-therapeuten in den jeweiligen Fachgruppen (N Ä) in den Jahren 2020-2022.	38
Tabelle 7 Verhältnis von rein telemedizinischen zu gemischt telemedizinischen und zu rein persönlichen Behandlungsfällen im Jahr 2022, aufgeschlüsselt nach Fachgruppen.....	40
Tabelle 8 Krankheitsspektrum auf Grundlage von überproportional vorliegenden ICD-Diagnosen im Behandlungsfall bei Versicherten mit Inanspruchnahme einer Videosprechstunde.....	48
Tabelle 9 Durchführbarkeit von Fallkonferenzen per Video.	51
Tabelle 10 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu Videofallkonferenzen, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.	52
Tabelle 11 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr für die GOP 01442.	53
Tabelle 12 Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. des erweiterten Bewertungsausschusses zu Telemonitoring bei Herzinsuffizienz, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.....	57
Tabelle 13 Neu geschaffene Gebührenordnungspositionen mit dem Beschluss des EBA in seiner 76. Sitzung, getrennt nach PBA/TMZ.....	57
Tabelle 14 Abrechnungshäufigkeit von Leistungen, die von primär behandelnden Ärztinnen/Ärzten (PBA) im Telemonitoring Herzinsuffizienz berechnungsfähig sind, nach Einrichtungenformen im 2.-4. Quartal 2022.	66
Tabelle 15 Abrechnungshäufigkeit von Leistungen, die von telemedizinischen Zentren (TMZ) im Telemonitoring Herzinsuffizienz berechnungsfähig sind, nach Einrichtungenformen im 2.-4- Quartal 2022.....	66
Tabelle 16 Abrechnungshäufigkeit (AH) der Indikationsprüfung und der Betreuung von Versicherten im Telemonitoring durch primär behandelnde Ärztinnen/Ärzte (PBA) sowie für die Betreuung von Versicherten mit Aggregaten/mit externen Geräten durch telemedizinische Zentren (TMZ).....	67
Tabelle 17 Durchschnittliche 'Größe' von telemedizinischen Zentren (TMZ) im 4. Quartal 2022 insgesamt und in Abhängigkeit von ihrer Ausrichtung auf die Art der Überwachung ihrer Versicherten.	70
Tabelle 18 Gebührenordnungspositionen für die telemedizinischen Kontrollen (Funktionsanalysen) von ICD- und CRT-Geräten für Fachärzte/-ärztinnen der Kardiologie (GOP 13574; GOP 13576) und die Kinder- und Jugendmedizin (GOP 04414; GOP 04416).....	74
Tabelle 19 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Funktionsanalysen, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.....	75
Tabelle 20 Abrechnungshäufigkeit pro Jahr der Funktionsanalyse im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt bei Erwachsenen für ICD- und CRT-Aggregate..	76

Tabelle 21 Abrechnungshäufigkeit und Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte der telemedizinischen Funktionsanalyse bei Erwachsenen im Jahr 2022.....	79
Tabelle 22 Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalyse im Jahr 2022 nach Einrichtungsform und mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung.....	79
Tabelle 23 Gebührenordnungspositionen für die Beauftragung und Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung.	83
Tabelle 24 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.....	84
Tabelle 25 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € der Leistungen zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen..	85
Tabelle 26 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur elektronischen Patientenakte, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.	88
Tabelle 27 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur ePA nach KV-Bezirken im Jahr 2022.....	92
Tabelle 28 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur ePA im Jahr 2022. Dargestellt sind die Abrechnungshäufigkeit pro Fachgruppe, die Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe und die Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe (n Ä)..	93
Tabelle 29 Gebührenordnungsposition 01660 und Pseudo-Gebührenordnungspositionen 86900 und 86901 für Versand und Empfang von eArztbriefen.	99
Tabelle 30 Leistungsbedarf für eArztbriefe in den Jahren 2021 und 2022.....	101
Tabelle 31 Gebührenordnungspositionen für das Management von Notfalldatensätzen; KV = Kassenärztliche Vereinigung.	108
Tabelle 32 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zum Notfalldatenmanagement, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.	109
Tabelle 33 Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans	118
Tabelle 34 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zum Medikationsplan, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.....	119
Tabelle 35 Auflistung der dauerhaften DiGA (n=15) (Stand Ende 2022).....	121
Tabelle 36 Gebührenordnungspositionen für die Erstverordnung einer DiGA und die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio, Vivira und zanadio.	122
Tabelle 37 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu DiGA, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.	123
Tabelle 38 Gebührenordnungspositionen für die Einholung und Durchführung von Telekonsilien.	132
Tabelle 39 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu Telekonsilien, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.	133
Tabelle 40 Leistungsbedarf in € der Leistungen zu Telekonsilien in den Jahren 2021 und 2022.	134
Tabelle 41 Leistungen in der ASV aus Kapitel 50 EBM, die auch als Videosprechstunde berechnungsfähig sind.....	145
Tabelle 42 Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen in der ASV, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.	146
Tabelle 43 Eingriffe mit gesetzlich vorgesehenen Zweitmeinungsverfahren (Stand Dezember 2022).	148
Tabelle 44 Gebührenordnungsposition für die indikationsstellende Ärztin oder den Arzt zur Beratung über die Möglichkeit einer Zweitmeinung.	148
Tabelle 45 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Durchführung von Zweitmeinungen, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.....	149
Tabelle 46 Gebührenordnungspositionen für den organisierten Not(-fall)dienst, die als Videosprechstunde durchgeführt werden können.....	151

Tabelle 47 Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen im organisierten Not(-fall)dienst, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.....	151
Tabelle 48 Gebührenordnungsposition für die patientenorientierte Fallbesprechung gemäß KSVPsych-Richtlinie.....	154
Tabelle 49 Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des ergänzten Bewertungsausschusses zu Leistungen der KSVPsych, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.....	155
Tabelle 50 Abrechnungshäufigkeit für die GOP 01442, 01444 und 01450 pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.	156
Tabelle 51 Leistungsbedarf in € für die GOP 01442, 01444 und 01450 pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.	156
Tabelle 52 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr für die GOP 01442, 01444 und 01450.....	156
Tabelle 53 Regionale Abrechnungshäufigkeit des Technikzuschlags Videosprechstunde (GOP 01450) nach KV-Bezirken für die Jahre 2020 bis 2022.	157
Tabelle 54 Abrechnungshäufigkeit von Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde	157
Tabelle 55 Prozentualer Anteil der überproportional häufigen ICD-Diagnosen von Behandlungsfällen von Versicherten mit Inanspruchnahme einer Videosprechstunde im Vergleich zu den entsprechenden Behandlungsfällen aller Versicherten	162
Tabelle 56 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Authentifizierung von Versicherten (GOP 01444) im Rahmen der Videosprechstunde nach KV-Bezirken.....	165
Tabelle 57 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € der GOP 01442 pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.....	165
Tabelle 58 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Videofallkonferenz (GOP 01442) nach KV-Bezirken im Jahr 2022.....	166
Tabelle 59 Abrechnungshäufigkeit der Videofallkonferenz (GOP 01442) nach Einrichtungsformen im Jahr 2022.....	166
Tabelle 60 Abrechnungshäufigkeit der Videofallkonferenz (GOP 01442) nach Fachgruppen im Jahr 2022.	167
Tabelle 61 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € aller Leistungen des Telemonitoring Herzinsuffizienz im Quartalsverlauf und insgesamt für das Jahr 2022 (2.-4. Quartal).. ..	168
Tabelle 62 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen des Telemonitoring Herzinsuffizienz, die primärbehandelnde Ärztinnen/Ärzte (PBA) betreffen, nach KV-Bezirken für das Jahr 2022 (2.-4. Quartal).....	169
Tabelle 63 Abrechnungshäufigkeit von GOP des Telemonitoring Herzinsuffizienz, die telemedizinische Zentren (TMZ) betreffen, in Bezug auf die KV-Bezirke für das Jahr 2022 (2.-4. Quartal).....	170
Tabelle 64 a/b: Anzahl abrechnender Telemedizinischer Zentren (TMZ) im 4. Quartal 2022 nach KV-Bezirken. b: Anzahl abrechnender primärbehandelnder Ärztinnen/Ärzte (PBA) im 4. Quartal 2022.	171
Tabelle 65 Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD- und CRT-Aggregaten pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.....	171
Tabelle 66 Leistungsbedarf in € der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD- und CRT-Aggregaten pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.....	172
Tabelle 67 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr der Leistungen der telemedizinischen Funktionsanalyse.	172
Tabelle 68 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen der telemedizinischen Funktionsanalyse nach KV-Bezirken im Jahr 2022.	173

Tabelle 69 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur telemedizinischen Funktionsanalyse nach Einrichtungsformen für das Jahr 2022.....	173
Tabelle 70 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur telemedizinischen Funktionsanalyse nach Fachgruppen im Jahr 2022.....	174
Tabelle 71 Abrechnungshäufigkeit der telekonsiliarische Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen - pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.	174
Tabelle 72 Leistungsbedarf in € der telekonsiliarischen Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen - pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.	174
Tabelle 73 Abrechnungshäufigkeit zur ePA pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022. Die GOP 01648 ist erst seit dem 01.01.2022 berechnungsfähig.....	175
Tabelle 74 Leistungsbedarf in € zur ePA pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022. Die GOP 01648 ist erst seit dem 01.01.2022 berechnungsfähig.....	175
Tabelle 75 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr zur ePA.	175
Tabelle 76 Abrechnungshäufigkeit zur ePA nach Einrichtungsformen für das Jahr 2022.....	175
Tabelle 77 Abrechnungshäufigkeit zu elektronischen Arztbriefen pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.....	176
Tabelle 78 Leistungsbedarf in € zu elektronischen Arztbriefen pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.	176
Tabelle 79 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr für eArztbriefe.....	176
Tabelle 80 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zu eArztbriefen nach KV-Bezirken.....	177
Tabelle 81 Abrechnungshäufigkeit für eArztbriefe nach Einrichtungsformen im Jahr 2022.....	177
Tabelle 82 Abrechnungshäufigkeit für elektronische Arztbriefe nach Fachgruppen im Jahr 2022.....	178
Tabelle 83 Abrechnungshäufigkeit zum Notfalldatenmanagement pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.....	178
Tabelle 84 Leistungsbedarf in € zum Notfalldatenmanagement pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.....	179
Tabelle 85 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr für Notfalldatenmanagement.	179
Tabelle 86 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zum Notfalldatenmanagement nach KV-Bezirken.....	179
Tabelle 87 Abrechnungshäufigkeit für die Leistungen des Notfalldatenmanagements nach Fachgruppen im Jahr 2022.....	180
Tabelle 88 Abrechnungshäufigkeit für die Leistungen des Notfalldatenmanagements im Jahr 2022 nach Einrichtungsformen.....	180
Tabelle 89 Abrechnungshäufigkeit zu ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit DiGA pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.....	181
Tabelle 90 Leistungsbedarf in € für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit DiGA pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.....	181
Tabelle 91 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit DiGA.	181
Tabelle 92 Regionale Abrechnungshäufigkeit der ärztlichen Leistungen zu DiGA nach KV-Bezirken.	182
Tabelle 93 Abrechnungshäufigkeit für die Leistungen im Zusammenhang mit DiGA nach Fachgruppen im Jahr 2022.....	183
Tabelle 94 Abrechnungshäufigkeit für ärztliche Leistungen zu DiGA nach Einrichtungsformen im Jahr 2022.....	183
Tabelle 95 Abrechnungshäufigkeit zu Telekonsilien pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.	184
Tabelle 96 Leistungsbedarf in € zu Telekonsilien in den Jahren 2021 und 2022 pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.....	184

Tabelle 97 Jährliche Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf für die Leistungen zu Telekonsilien.....	184
Tabelle 98 Regionale Abrechnungshäufigkeit für Telekonsilien nach KV-Bezirken.....	185
Tabelle 99 Abrechnungshäufigkeit für Telekonsilien nach Fachgruppen.....	186
Tabelle 100 Abrechnungshäufigkeit für Telekonsilien nach Einrichtungenformen im Jahr 2022....	186
Tabelle 101 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € für Notfallpauschalen I (GOP 01210V) und II (GOP 01212V) als Videoleistungen seit der Einführung im 3. Quartal 2022.	187

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Wichtige Änderungen hinsichtlich der Vergütung von Videosprechstundenleistungen seit dem vierten Quartal 2019.	28
Abbildung 2 Abrechnungshäufigkeit (AH) und Leistungsbedarf (LB, in €) der GOP 01450 in den Jahren 2020-2022.	30
Abbildung 3 Abrechnungshäufigkeit (AH) und Leistungsbedarf (LB, in €) der GOP 01450 je Quartal.	31
Abbildung 4 Regionale Abrechnungshäufigkeit des Technikzuschlags Videosprechstunde (GOP 01450) nach KV-Bezirken.....	32
Abbildung 5 Anteil der Fachgruppen in % an den Abrechnungen von Videosprechstunden (GOP 01450) im Jahr 2022.	33
Abbildung 6 Verteilung der abgerechneten Videosprechstunden (GOP 01450) auf die Einrichtungenformen im Jahr 2022.	35
Abbildung 7 Anteil abrechnender Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeuten/-therapeutinnen, die mindestens eine Videosprechstunde (GOP 01450) im Jahr 2022 abrechneten, in den Fachgruppen.	39
Abbildung 8 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten, bei denen die Videosprechstunde (GOP 01450) im Jahr 2022 abgerechnet wurde.....	41
Abbildung 9 Alters- und Geschlechtsverteilung in % bei den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen... ..	42
Abbildung 10 Alters- und Geschlechtsverteilung in % bei der Inanspruchnahme von Gesprächsleistungen.....	43
Abbildung 11 Alters- und Geschlechtsverteilung in % bei der Inanspruchnahme von Einzelpsychotherapien (antragspflichtige Psychotherapie).....	44
Abbildung 12 Alters- und Geschlechtsverteilung in % bei der Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapie.	45
Abbildung 13 Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme von mindestens einer Videosprechstunde im Rahmen einer Psychotherapie an allen Versicherten mit Inanspruchnahme einer Psychotherapie im Jahr 2022.....	46
Abbildung 14 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € der Authentifizierung eines unbekannten Versicherten im Rahmen der Videosprechstunde über die GOP 01444.	49
Abbildung 15 Verhältnis von Authentifizierung zur Videosprechstunde.	50
Abbildung 16 Abrechnungshäufigkeit der GOP 01442 (Videofallkonferenz) in den Jahren 2021 und 2022.	53
Abbildung 17 Schematische Darstellung des Telemonitorings bei Versicherten mit Herzinsuffizienz (Darstellung InBA).	55
Abbildung 18 Abrechnungshäufigkeit für die Indikationsstellung bei Versicherten mit Telemonitoring Herzinsuffizienz für die primär behandelnden Ärztinnen/Ärzte im 2. – 4. Quartal 2022.	60

Abbildung 19 Abrechnungshäufigkeit der Zusatzpauschalen für primär behandelnde Ärztinnen/Ärzte (PBA) im 2 – 4. Quartal 2022 für die Betreuung von Versicherten mit Telemonitoring Herzinsuffizienz.	61
Abbildung 20 Abrechnungshäufigkeit der zentralen Behandlungs-GOP für telemedizinische Zentren (TMZ) im 2. – 4. Quartal 2022 für die Behandlung von Versicherten mit Telemonitoring Herzinsuffizienz.	62
Abbildung 21 Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit der Zuschläge (GOP 13585 und 13587) für die intensivisierte Überwachung von Versicherten im Verhältnis zu den assoziierten Haupt-GOP 13584 (Aggregate) und GOP 13586 (ext. Geräte) im 2.- 4. Quartal 2022.	63
Abbildung 22 Regionale Abrechnungshäufigkeit der GOP 13583, 13584 und 13586 nach KV-Bezirken im 2. bis 4. Quartal 2022.	65
Abbildung 23 Anzahl der Ärztinnen/Ärzte mit Genehmigung zur Durchführung des Telemonitoring Herzinsuffizienz zum 31.12.2022 nach KV-Bezirken.	68
Abbildung 24 Anzahl der abrechnenden Betriebsstätten von primär behandelnden Ärztinnen/Ärzten (PBA) und telemedizinischer Zentren (TMZ) im 4. Quartal 2022..	69
Abbildung 25 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten im Telemonitoring Herzinsuffizienz mittels implantierter Aggregate (GOP 13584).....	71
Abbildung 26 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten im Telemonitoring Herzinsuffizienz mittels externer Geräte (GOP 13586).....	72
Abbildung 27 Jährliche Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD- (GOP 13574) und CRT-Aggregaten (GOP 13576) bei erwachsenen Versicherten....	75
Abbildung 28 Jährlicher Leistungsbedarf in € der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD-Aggregaten (GOP 13574) und CRT-Aggregaten (GOP 13576) bei erwachsenen Versicherten.....	77
Abbildung 29 Regionale Abrechnungshäufigkeit der GOP 13574 (ICD) und GOP 13576 (CRT) nach KV-Bezirken im Jahr 2022..	78
Abbildung 30 Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen (GOP 04414, 04416, 13574, 13576) an allen ICD- und CRT-Funktionsanalysen (persönlich und/oder telemedizinisch).	80
Abbildung 31 Anteil in % der Behandlungsfälle, die mind. eine telemedizinische Funktionsanalyse erhalten haben, an allen Behandlungsfällen mit einer erfolgten Funktionsanalyse im Jahr 2022.....	81
Abbildung 32 Abrechnungshäufigkeit der Gebührenordnungspositionen zur ePA.	89
Abbildung 33 Leistungsbedarf der Gebührenordnungspositionen im Rahmen der ePA.	90
Abbildung 34 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur ePA im Quartalsverlauf für die Jahre 2021 und 2022.....	91
Abbildung 35 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur ePA nach Einrichtungsformen im Jahr 2022.	95
Abbildung 36 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten, bei denen eine Erstbefüllung einer ePA (GOP 01648) im Jahr 2022 abgerechnet wurde	96
Abbildung 37 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten bei denen eine Zusatzpauschale (GOP 01647) für die ePA im Jahr 2022 abgerechnet wurde.	97
Abbildung 38 Abrechnungshäufigkeit der (Pseudo-)Gebührenordnungspositionen für Versand und Empfang von eArztbriefen.....	100
Abbildung 39 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900) und der Empfangspuschale (Pseudo-GOP 86901) für eArztbriefe nach KV-Bezirken im Jahr 2022.....	102
Abbildung 40 Durchschnittliche Abrechnungen je abrechnende Einrichtung der Leistungen zu eArztbriefen im Jahr 2022, dargestellt nach Einrichtungsformen.	103

Abbildung 41 Abrechnungshäufigkeit der Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900) und der Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) für eArztbriefe im Jahr 2022 je Fachgruppe mit besonders großer Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022.	104
Abbildung 42 Anteil der Ärztinnen/Ärzte in den Fachgruppen, welche die Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900) und die Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) für eArztbriefe im Jahr 2022 abgerechnet haben.	105
Abbildung 43 Abrechnungshäufigkeit der Gebührenordnungsposition für den Zuschlag für die Anlage des Notfalldatensatzes (GOP 01640).	110
Abbildung 44 Abrechnungshäufigkeit für den Zuschlag für die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes (GOP 01641).	111
Abbildung 45 Regionale Abrechnungshäufigkeit für den Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) nach KV-Bezirken im Jahr 2022.	112
Abbildung 46 Die fünf Fachgruppen mit der größten Abrechnungshäufigkeit für den Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640).	113
Abbildung 47 Fachgruppen mit dem geringsten Anteil Ärztinnen/Ärzte, die im Jahr 2022 mindestens eine GOP 01641 abgerechnet haben.	114
Abbildung 48 Durchschnittliche Abrechnungen des Zuschlags für die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) und des Zuschlags Notfalldatensatz (GOP 01641) je abrechnende Einrichtung im Jahr 2022.	116
Abbildung 49 Anteil der verschiedenen Altersgruppen und Geschlechter derjenigen Versicherten, für die im Jahr 2022 ein Notfalldatensatz angelegt wurde (GOP 01640)	117
Abbildung 50 Abrechnungshäufigkeit der Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470).	124
Abbildung 51 Abrechnungshäufigkeit der Verlaufskontrolle und Auswertung zur DiGA somnio (GOP 01471) und zur DiGA Vivira (GOP 01472).	125
Abbildung 52 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Zusatzpauschale für eine DiGA-Erstverordnung (GOP 01470) nach KV-Bezirken im Jahr 2022. Dargestellt ist die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.	126
Abbildung 53 Abrechnungshäufigkeit der Zusatzpauschale für eine DiGA-Erstverordnung (GOP 01470) im Jahr 2022 nach Fachgruppen.	127
Abbildung 54 Durchschnittliche Abrechnungen der Zusatzpauschale für eine DiGA-Erstverordnung (GOP 01470) je abrechnende Einrichtung im Jahr 2022 nach Einrichtungsformen.	128
Abbildung 55 Anteil der verschiedenen Altersgruppen und Geschlechter derjenigen Versicherten, denen im Jahr eine DiGA-Erstverordnung (GOP 01470) ausgestellt wurde	129
Abbildung 56 Abrechnungshäufigkeit der Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670), Telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671) und des Zuschlags für zeitaufwändige Telekonsilien (GOP 01672) in den Jahren 2021 und 2022.	134
Abbildung 57 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) sowie der telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671) nach KV-Bezirken im Jahr 2022.	135
Abbildung 58 Abrechnungshäufigkeit der Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) in den Fachgruppen.	137
Abbildung 59 Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit pro abrechnende/n Ärztin/Arzt für die Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) der Fachgruppen aus Abbildung 58.	137
Abbildung 60 Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit der telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671) pro abrechnende/n Ärztin/Arzt in den Fachgruppen.	138
Abbildung 61 Durchschnittliche Abrechnungen der Leistungen zu Telekonsilien je abrechnende Einrichtung im Jahr 2022, dargestellt nach Einrichtungsformen.	140
Abbildung 62 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten, bei denen eine Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) im Jahr 2022 abgerechnet wurde	141
Abbildung 63 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten, bei denen eine telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671) im Jahr 2022 abgerechnet wurde	142

Abkürzungsverzeichnis

AH	Abrechnungshäufigkeit
AKI-RL	Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege
AST-Daten	Daten der ärztlichen Abrechnungsstatistik
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
CED	Chronisch-entzündliche Darmerkrankung
COVID-19	Durch SARS-CoV-2 ausgelöste Infektionserkrankung
CRT	implantierbares Schrittmacher-System zur kardialen Resynchronisationstherapie
CRT-D	CRT-Schrittmacher mit Defibrillator-Funktion
CRT-P	CRT-Schrittmacher ohne Defibrillator-Funktion
CT	Computertomografie
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DiGAV	Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung
DigiG	Digital-Gesetz
DPE	Datensatz Persönliche Erklärungen
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
EKG	Elektrokardiograf/Elektrokardiogramm
eHBA	elektronischer Heilberufsausweis
eMP	elektronischer Medikationsplan
ePA	elektronische Patientenakte
ergBA/ergEBA	ergänzter BA/ergänzter erweiterter BA
FA/FÄ	Fachärztin/Facharzt/Fachärztinnen/Fachärzte
FnA	Funktionsanalyse
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
gematik	Nationale Agentur für Digitale Medizin
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOP	Gebührenordnungsposition(-en)
GSP	Geburtstagsstichprobe

GSPA	Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe
HA/HÄ	Hausärztin/Hausarzt/Hausärztinnen/Hausärzte
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
ICD	Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
ICD-10-GM	10. Version der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, German Modification
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHF	Krankheitsfall
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
KV	(Regionale) Kassenärztliche Vereinigung
KZT	Kurzzeittherapie
LB	Leistungsbedarf (in €)
LZT	Langzeittherapie
MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
MRSA	methicillinresistenter Staphylococcus aureus
MVV-RL	G-BA-Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NFD	Notfalldatensatz
NFDM	Notfalldatenmanagement
NIPT	Nichtinvasiver Pränataltest
NYHA	New York Heart Association (Fachgesellschaft)
PBA	Primärbehandelnde/-r Ärztin/Arzt (Hausärztin/Hausarzt, Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin)
PDSG	Patientendaten-Schutz-Gesetz
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PVS	Praxisverwaltungssystem
QES	qualifizierte elektronische Signatur
QS	Qualitätssicherung
SARS-CoV-2	Schweres-akutes-Atemwegssyndrom-Coronavirus Typ 2
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SP	(fachärztlicher bzw. psychotherapeutischer) Schwerpunkt
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
TI	Telematikinfrastruktur
TMZ	Telemedizinisches Zentrum
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung

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

Fünfter Bericht des Bewertungsausschusses (Teil A)

Im Bereich der ambulanten Versorgung (Teil A) zeigte sich zwischen den Bereichen mit telemedizinischen Leistungen eine divergente Entwicklung. Während in Bereichen wie der Videosprechstunde ein Rückgang der Leistungsmenge zu verzeichnen war, zeigten Leistungsbereiche wie z.B. die Videofallkonferenz, die telemedizinische Funktionsanalyse oder die ePA im Jahresverlauf 2022 einen eher konsolidierten Verlauf. Anstiege der Leistungsmenge waren in den Bereichen des Telemonitoring Herzinsuffizienz, des eArztbriefes und der DiGA zu verzeichnen.

Die Rückgänge oder Abschwächungen des Wachstums fielen zeitlich insbesondere mit dem Auslaufen der Pandemie-Situation und der zugehörigen Corona-Sonderregeln ab dem 2. Quartal 2022 zusammen.

Videosprechstunde. Im Bereich der Videosprechstunde war im Jahr 2022 ein deutlicher Rückgang der Abrechnungshäufigkeit um 24 % gegenüber dem Jahr 2021 zu verzeichnen. Dieser erwartbare Rückgang stand – unter Betrachtung der Leistungsentwicklung auf Ebene der Quartale – in zeitlichem Zusammenhang mit dem Auslaufen der Corona-Sonderregelungen nach dem ersten Quartal des Jahres 2022. Die Abrechnungshäufigkeit der Videosprechstunde (bzw. des als Surrogat-Parameter zugrundeliegenden Technikzuschlags GOP 01450) erreichte im Jahr 2022 durch den Rückgang wieder ein ähnliches Leistungsniveau wie im Jahr 2020. Mit dem Wegfall der Corona-Sonderregelungen durch einen Beschluss in der 589. Sitzung des BA wurden die Begrenzungsregeln zur Videosprechstunde auf einem erhöhten Niveau von 30 % festgeschrieben. Als neue im Rahmen der Videosprechstunde durchführbare Leistungen kamen Beratungsleistungen im Rahmen von Testungen auf autosomale genetische Erkrankungen, Leistungen im organisierten Not(-fall)dienst und am Ende des Jahres 2022 Leistungen im Rahmen der Außerklinische-Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL) hinzu.

Einen nennenswerten Anteil an der Versorgung insgesamt nimmt die Videosprechstunde weiterhin im Bereich der Einzeltherapien bei der Antrags-Psychotherapie ein. In diesem Bereich wurden 7,2 % aller Leistungen per Video durchgeführt (Vorjahr 2021: 11,7 %). In anderen Versorgungsbereichen, wie z.B. der Gesprächstherapie oder der nicht-antragspflichtigen Psychotherapie, lag der Anteil bei <1 %.

Verhältnismäßig häufig wurde die Videosprechstunde in den KV-Bezirken der Stadtstaaten durchgeführt.

Die Videosprechstunde wurde weiterhin in weiten Teilen von Ärzten/Ärztinnen im Bereich der sprechenden Medizin und Psychotherapeutinnen/-therapeuten durchgeführt (83 %) – 56 % von der Fachgruppe Psychotherapie und ca. 27 % von Hausärztinnen/-ärzten. Insbesondere in der Psychotherapie, aber auch in der Psychosomatik nahm mit fast 60 % bzw. fast 50 % ein hoher Anteil an Ärztinnen/Ärzten bzw. Therapeutinnen/Therapeuten an der Gesamtgruppe, die die Videosprechstunde prinzipiell praktizieren, teil; bei anderen Fachgruppen -wie z.B. den Hausärzten/-ärztinnen – scheint dieses Potenzial mit 8,4 % noch nicht ausgeschöpft zu sein.

Versicherte, die Videosprechstunden in Anspruch nahmen, waren überdurchschnittlich im jüngeren Erwachsenenalter und weiblich. In manchen Leistungsbereichen, wie insbesondere im Bereich der antragspflichtigen Einzelpsychotherapie, kam es im Jahr 2022 zu einem relevanten Kontakt von Versicherten mit der Videosprechstunde. So hatten im Jahr 2022 fast 30 % aller Patientinnen und Patienten aus diesem Bereich mindestens einmal eine Videosprechstunde.

(Video-)Fallkonferenzen. Mit einem Beschluss in der 6. Sitzung des ergEBA wurde im Bereich der KSVPsych-RL eine neue Fallkonferenz (GOP 37550) aufgenommen, die auch im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden kann.

Bei der Videofallkonferenz mit Pflegekräften (GOP 01442) wurden im Jahr insgesamt ca. 10.000 Konferenzen durchgeführt.

Telemonitoring Herzinsuffizienz. Im Bereich des Telemonitoring Herzinsuffizienz konnten erstmalig Zahlen ausgewertet werden. Im 4. Quartal 2022 nahmen nun 113 abrechnende Telemedizinische Zentren (TMZ) und 337 primär behandelnde Ärzte/Ärztinnen (PBA) an dieser Versorgungsform teil.

Die Rolle des PBA wurde dabei auf Jahressicht zumeist von der Fachgruppe der Inneren Medizin (ca. 88 %) und weniger durch Hausärztinnen/-ärzte (12 %) ausgefüllt.

Der Fokus beim Telemonitoring Herzinsuffizienz scheint vorerst noch auf Versicherten mit implantierten Aggregaten (GOP 13584) zu liegen (78 %, Stand: 4. Quartal 2022), die Überwachung mit externen Geräten (GOP 13586) startete verzögert und steigerte sich zum 4. Quartal 2022 auf einen Anteil von 22 % an allen Versicherten im Telemonitoring Herzinsuffizienz.

Das Telemonitoring Herzinsuffizienz hat sich relativ zu der Anzahl der Versicherten in einer KV-Region besonders stark in den (nord-)östlichen Flächenländern (Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg) entwickelt.

Im 2. bis 4. Quartal 2022 wurden insgesamt 4.714 Versicherte im Telemonitoring Herzinsuffizienz betreut, wobei ca. 77 % der Patientinnen und Patienten männlich waren.

Telemedizinische Funktionsanalyse. Die Leistungen der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD- und CRT-Aggregaten zeigten im Jahr 2022 ein geringes Wachstum von 2 bis 4 %. Der Anteil der telemedizinischen Funktionsanalysen an allen Funktionsanalysen (also auch nicht-telemedizinischen Funktionsanalysen) stieg moderat auf 11,4 %. Allerdings ist dieser moderate

Anstieg gegenüber einem zu verzeichnenden Rückgang bei der Gesamtanzahl von Funktionsanalysen zu bewerten.

Das Wachstum bei den telemedizinischen Funktionsanalysen war dabei nicht nur durch eine hohe bzw. erhöhte Abrechnungshäufigkeit von telemedizinischen Funktionsanalysen bei Versicherten, die diese erhalten, gekennzeichnet, sondern wurde auch durch eine nennenswerte Anzahl an Behandlungsfällen getragen, die eine telemedizinische Funktionsanalyse erhielten. Dabei lagen regional höchst unterschiedliche Zahlen vor: Während in den KV-Bezirken Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern 24 bis 26 % der Behandlungsfälle (zumindest eine) telemedizinische Funktionsanalyse erhielten, betrug der Anteil an Behandlungsfällen mit telemedizinischer Funktionsanalyse in anderen KV-Bezirken nur 5 bis 6 %.

Telekonsiliarische Befundbeurteilung. Bei der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen ist weiterhin – trotz leichter Steigerung – keine nennenswerte Leistungsentwicklung ersichtlich. Darüber hinaus wurden bei der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Computer-Tomografie-Aufnahmen (CT-Aufnahmen) nahezu keine Gebührenordnungspositionen des EBM abgerechnet.

Elektronische Patientenakte – ePA. Der vom Gesetzgeber geplante Ausbau der elektronischen Patientenakte (ePA) wird seit dem 1. Januar 2021 bzw. seit Anfang 2022 von neu geschaffenen Leistungen im Zusammenhang mit der ePA bzw. zur Erstbefüllung der ePA begleitet. Es zeigte sich, dass weiterhin – trotz einer deutlichen Steigerung der Erstbefüllungen einer ePA (GOP 01648) um 250 % auf ca. 36.000 Erstbefüllungen im Jahr 2022 – nur ein Bruchteil der Versicherten eine ePA-Leistung von Vertragsärztinnen und -ärzten beanspruchte (ca. 46.500 Versicherte). Trotz des hohen Jahresanstieges zeigte sich innerhalb des Jahres 2022 ein deutlich absteigender Verlauf der Abrechnungshäufigkeit mit fast 50 % Rückgang vom 1. zum 4. Quartal 2022 hin. Die Zuschlags-GOP 01648 zeigte innerhalb des Jahres 2022 einen eher konsolidierten Verlauf bei gleichzeitig starkem jährlichem Wachstum von 78 % gegenüber dem Jahr 2021. Bei diesem innerhalb des Jahres 2022 sichtbaren Rückgang bzw. Stagnation bei den Leistungen der ePA bestand zumindest eine Gleichzeitigkeit mit dem Auslaufen der Corona-Sonderregeln im 1. Quartal 2022. Bei der Videosprechstunde war ein solcher innerjähriger Rückgang auch zu beobachten.

Eine ePA wurde im Jahr 2022 hauptsächlich von den Fachgruppen Hausärztinnen/-ärzte (ca. 39 %), Neurologie und Nervenheilkunde (ca. 19 %) und Gynäkologie (ca. 11 %) erstmalig befüllt. Bei allen drei Fachgruppen legte allerdings nur ein Bruchteil (deutlich <1 %) der Ärztinnen und Ärzte überhaupt eine ePA an.

Elektronische Kommunikation – eArztbriefe. Die elektronische Kommunikation unter Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mittels eArztbriefen wird mittlerweile immer mehr über spezielle Kommunikationsdienste innerhalb der Telematikinfrastruktur umgesetzt.

Für eArztbriefe wurde die Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900) häufiger abgerechnet als die Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) bei einer insgesamt zu verzeichnenden dynamischen Entwicklung. So stieg im Jahr 2022 die Abrechnungshäufigkeit der Versandpauschale für eArztbriefe um 600 % auf 2,68 Mio. Abrechnungen und die Empfangspauschale um ca. 280 % auf 1,37 Mio. Abrechnungen.

Internistinnen/Internisten rechneten im Jahr 2022 mit rund 861.000 Abrechnungen besonders häufig Versandpauschalen für eArztbriefe (Pseudo-GOP 86900) ab, Hausärztinnen/Hausärzte mit rund 1 Mio. Abrechnungen besonders häufig Empfangspauschalen (Pseudo-GOP 86901).

Notfalldatenmanagement – NFDM. Die Funktionalität der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) umfasst eine Speicherfunktion für eine begrenzte und fest definierte Menge Patientendaten. So können für Versicherte ein Notfalldatensatz, ein elektronischer Medikationsplan und Hinweise auf den Aufbewahrungsort eines vorhandenen Organspendeausweises oder weiterer persönlicher Erklärungen auf der eGK gespeichert werden. Die Abrechnungshäufigkeit des Zuschlags Notfalldatensatz (GOP 01641) fiel mit ca. 301 Mio. Abrechnungen im Jahr 2022 sehr groß aus, da die zuständige KV den Zuschlag bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt und bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen (insbesondere: Anschluss an die TI) automatisch zusetzt.

Die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) wurde mit ca. 324.000 Abrechnungen im Jahr 2022 deutlich seltener berechnet und verzeichnete im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang von 47 %. Die Anlage eines Notfalldatensatzes wurde mit ca. 122.000 Abrechnungen am häufigsten von der Fachgruppe Gynäkologie abgerechnet. Gegebenenfalls liegt die Spitzenposition dieser Fachgruppe darin begründet, dass Schwangerschaften eine mögliche medizinische Voraussetzung für die Anlage eines Notfalldatensatzes sind.

Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA. Im Jahr 2022 wurden sieben DiGA dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen, welches damit Ende des 4. Quartals 2022 15 dauerhafte DiGA umfasste. Für drei der im Jahr 2022 neu dauerhaft aufgenommenen DiGA hat das BfArM ärztliche Tätigkeiten bestimmt. Nach fachlicher Prüfung wurden im Jahr 2022 dafür zwei neue Leistungen (GOP 01472 und GOP 01473) in den EBM aufgenommen. Die Abrechnungshäufigkeit der Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470), die für die Verordnung aller DiGA – vorläufig und dauerhaft zugelassen – abgerechnet werden konnte, verdreifachte sich gegenüber dem Vorjahr auf ca. 115.000 Erstverordnungen im Jahr 2022. Mit dem Auslaufen der Befristung der GOP 01470 wird die Erstverordnung einer DiGA mit Beginn des Jahres 2023 über die Versicherten- und Grundpauschalen vergütet.

Dritter Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses (Teil B)

Der dritte Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gibt einen Überblick über die Neuerungen des Jahres 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 eine Vielzahl von telemedizinischen Leistungen berechnungsfähig gewesen. Der Bericht geht für die Durchführung von sektorenübergreifenden Telekonsilien, Zweitmeinungen sowie von Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), im organisierten Not(-fall)dienst und der koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Versicherter (gemäß KSVPsych-Richtlinie) auf die Regelung und Vergütung im EBM ein. Zusätzlich stellt der Bericht

die Leistungsentwicklung für sektorenübergreifende Telekonsilien und telemedizinische Leistungen im organisierten Not(-fall)dienst dar, da die vorliegenden Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung für diese Leistungen eine Auswertung erlauben.

Sektorenübergreifende Telekonsilien wurden zum 1. Oktober 2020 in die Versorgung aufgenommen. Im Jahr 2022 betrug der Leistungsbedarf für die sektorenübergreifenden Telekonsilien insgesamt ca. 650.400 €. Bei den Abrechnungszahlen fällt auf, dass die Einholung eines Telekonsiliums im Jahr 2022 rund dreimal häufiger in den Abrechnungsdaten zu finden ist als die telekonsiliarische Beurteilung. Die Einholung eines Telekonsiliums wurde ca. 35.600-mal abgerechnet, die Beurteilung dagegen ca. 13.200-mal. Die Fachgruppen der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Inneren Medizin rechneten die Einholung eines Telekonsiliums sowie die telekonsiliarische Beurteilung am häufigsten ab. Leistungen zu Telekonsilien wurden am häufigsten für Versicherte über 60 Jahre abgerechnet; diese Gruppe von Versicherten hatte einen Anteil von etwa 54 % (für die Einholung – GOP 01670) bis 55 % Anteil (für die Beurteilung – GOP 01671) an allen Versicherten mit Telekonsilien.

Telemedizinische Leistungen in der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung – ASV. Auch in der sektorenübergreifenden Versorgung im Rahmen der ASV sind telemedizinische Leistungen möglich. Seit Juli 2020 können in diesem Bereich einige Gespräche durch spezifische Leistungen im Kapitel 50 des EBM als Videosprechstunden durchgeführt werden. Dies trifft auf die Grundpauschalen für die Versorgung von Versicherten mit Hämophilie, psychotherapeutische Gespräche als Einzelbehandlungen, problemorientierte ärztliche Gespräche bei Mukoviszidose sowie die Vorstellung von Versicherten bei Tumorkonferenzen oder bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) im Rahmen der ASV zu.

Zweitmeinungen. Die Durchführung von Zweitmeinungen im Rahmen einer Videosprechstunde wurde im Juli 2021 in die Versorgung eingeführt. 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; Ende des 4. Quartals 2022 umfasste diese Liste neun Operationen.

Telemedizinische Leistungen im organisierten Not(-fall)dienst können seit Juli 2022 erfolgen. Im organisierten Not(-fall)dienst werden Versicherte behandelt, deren Erkrankungen akut und nicht lebensbedrohlich sind, sodass keine Benachrichtigung des Rettungsdienstes notwendig ist. Der Leistungsbedarf für die Notfallpauschale I (GOP 01210) oder Notfallpauschale II (GOP 01212) als Videosprechstunde belief sich im 3. und 4. Quartal 2022 insgesamt auf rund 2.500 €.

Telemedizinische Leistungen in der Koordinierten und Strukturierten Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Versicherter – KSVPsych. Mit der Einführung des neuen Versorgungsprogramms gemäß der KSVPsych-Richtlinie des G-BA sollen Versicherte mit einem komplexen, interdisziplinären Behandlungsbedarf in Netzverbünden aus Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten in Zusammenarbeit mit Kliniken, anderen Gesundheitsberufen und ergänzenden Angeboten versorgt werden. Im Zuge der Einführung wurde zum 4. Quartal 2022 auch eine Fallbesprechung in den EBM aufgenommen, die optional als Videokonferenz stattfinden kann.

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. Es liegen bis jetzt Berichte aus den Jahren 2016, 2018, 2020 und 2022 vor. 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.

Die Inhalte, zu denen beraten und beschlossen wurde, sind im Bericht – wie in den Vorberichten – zu Themengruppen zusammengefasst. In jedem Kapitel werden kurz die Begrifflichkeiten und rechtlichen Hintergründe allgemein erläutert und anschließend die Beschlüsse dargelegt, die im Berichtsjahr getroffen wurden oder in Kraft getreten sind. In den folgenden Unterkapiteln werden – bei Verfügbarkeit von Daten – die Leistungsentwicklung dargestellt und ggf. aus Sicht des Bewertungsausschusses interpretiert. Für das Verständnis werden gelegentlich Daten aggregiert dargestellt – die vollständigen Auswertungen sind immer im Anhang des Berichtes aufgeführt.

1.1 Inhaltliche Umsetzung des Berichtes im Rahmen der Anpassungen des § 87 SGB V durch das Digital-Gesetz (DigiG)

Mit dem am 26. März 2024 in Kraft getretenen Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)¹ wurden detaillierte Anforderungen bezüglich des Inhaltes des Berichtes formuliert. Darüber hinaus wurde der Berichtszeitraum von 2 Jahren auf 1 Jahr verkürzt. Als neuer Berichtszeitpunkt wird der 1. Juni eines Jahres definiert.

Diese Änderungen wurden auch unter Berücksichtigung der vorliegenden Gesetzesbegründung im Bericht umgesetzt. Dabei wurde prinzipiell auf das Berichten von Jahreswerten umgestellt. Lediglich bezüglich der basalen Betrachtung der Leistungsentwicklung (Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in €) oder bei neuen unterjährig in den EBM-Katalog aufgenommenen Leistungen wurde eine zusätzliche Betrachtung nach Quartalen für das Berichtsjahr und den Vorberichtszeitraum beibehalten.

Subgruppenanalysen, wie z.B. hinsichtlich der regionalen Verteilung, der Verteilung von Fachgruppen, der Verteilung von Einrichtungsformen, wurden in Form von jährlich fortschreibbaren Tabellen ausgewiesen.

¹ Siehe Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens ([DigiG](#)) vom 22.03.2024 – Bundesgesetzblatt 2024 Teil I Nr. 101 (bgbl.de).

1.2 Datengrundlage

Datengrundlage für die Auswertungen zu Abrechnungsanzahlen, Leistungsbedarf und Anzahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten ist die ärztliche Abrechnungsstatistik (AST-Daten). Für Analysen, die Versicherte und Behandlungsfälle betreffen, wird die Geburtstagsstichprobe (GSP) oder die anlassbezogene GSP (GSPA) verwendet. Hierbei liegen die Abrechnungsdaten für eine Stichprobe von Versicherten auf Grundlage des Geburtskalendertages vor und werden auf die Gesamtheit der Versicherten hochgerechnet.

Auf Grundlage der GSPA erfolgten in diesem Bericht neben den Alters- und Geschlechtsanalysen auch Untersuchungen zur Morbidität anhand der Auswertung von Codes auf Grundlage der ICD-10-GM, die für jeden Behandlungsfall vorliegen. Insgesamt unterliegt die Zuordnungsfähigkeit von ICD-Kodes zum spezifischen Anlass einer Behandlung innerhalb eines Behandlungsfalles jedoch einer deutlichen Unschärfe.

Zusätzlich kann es durch die Hochrechnung auf alle Versicherten auf Grundlage der Daten von ca. 23 % der Versicherten in der Geburtstagsstichprobe insbesondere bei Analysen mit niedrigen Fallzahlen zu Verzerrungen kommen.

Die im vorliegenden Bericht verwendeten Fachgruppen sind nicht vollständig deckungsgleich mit den Fachgruppen nach der Weiterbildungsordnung des Bundesarztsregisters, darauf aufbauenden Schlüsselverzeichnissen oder anderen Schlüsselverzeichnissen.² Das bedeutet, dass die im vorliegenden Bericht dargestellten Fachgruppen auch von einigen Abrechnungsgruppen aus den AST-Daten und anderen Routinedaten des Bewertungsausschusses abweichen.³

² Die im vorliegenden Bericht verwendeten Fachgruppen unterscheiden sich zum Beispiel von den [KBV - Schlüsseltabellen](#) sowie dem [Schlüsselverzeichnis 6](#) der AST-Daten – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de) und Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

³ Folgende Fachgruppen im vorliegenden Bericht weichen von dem Schlüsselverzeichnis der AST-Daten ab und setzen sich aus den in Klammern genannten Abrechnungsgruppen der AST-Daten zusammen: Fachgruppe Hausärztinnen/-ärzte (Allgemeinmediziner; Allgemeinmediziner/Internisten (Hausarzt); Hausärztliche Internisten; Arztgruppenübergreifende Praxen, hausärztlich; Sonstige Hausärzte); Fachgruppe Psychotherapie (Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie; Ärztliche Psychotherapeuten; Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie; Psychologische Psychotherapeuten; Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie; Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten; Fachgruppenübergreifende Praxen, nicht ärztliche Psychotherapeuten); Fachgruppe Chirurgie (Chirurgie; Neurochirurgie; Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie); Fachgruppe HNO und Phoniatrie (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde; Phoniatrie und Pädaudiologie); Fachgruppe Dermatologie (Hautarzt); Fachgruppe Labor (Laboratoriumsmedizin; Laborgemeinschaften); Fachgruppe Innere Medizin (FA ohne Schwerpunkt; SP Angiologie; SP Endokrinologie; Gastroenterologie; SP Hämatologie/Onkologie; Kardiologie; SP Nephrologie; SP Pneumologie; SP Rheumatologie; Innere Medizin, schwerpunktübergreifend); Fachgruppe Neurologie und Nervenheilkunde (Neurologie; Nervenheilkunde) Fachgruppe Nuklearmedizin, Radiologie und Strahlentherapie (Nuklearmedizin; Radiologie; Strahlentherapie); Fachgruppe Psychiatrie (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Psychiatrie); Fachgruppe Sonstige (Medizinische Versorgungszentren; Einrichtungen nach § 311 SGB V [aktuell § 402 Abs. 2 SGB V]; Fachwissenschaftler; Arztgruppenübergreifende Praxen, fachärztlich; Arztgruppenübergreifende Praxen, versorgungsbereichsübergreifend; Mammographie-Screening-Einheiten; Sonstige Leistungserbringer).

Auch die im vorliegenden Bericht verwendeten Einrichtungsformen sind nicht deckungsgleich mit den Organisationsformen aus den AST-Daten.⁴

⁴ Siehe [Schlüsselverzeichnis 14](#) der AST-Daten –Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de). Abweichend von diesem Schlüsselverzeichnis werden Abrechnungen von Ermächtigten Einzelpraxen dem Krankenhausbereich zugeordnet. Außerdem werden in den Tabellen und Abbildungen des vorliegenden Berichts jeweils alle Organisationsformen, die nicht einzeln dargestellt sind, der Einrichtungsform „Sonstige“ zugeordnet.

2 Telemedizinische Videosprechstunde

2.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Eine Videosprechstunde ist ein Online-Kontakt in Echtzeit mit Videoübertragung zwischen Ärztin, Arzt, Psychotherapeutin oder Psychotherapeut 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.

Im Bereich der Psychotherapie finden therapeutische und/oder bestimmte diagnostische Sitzungen in Form von Videosprechstunden 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 beim erstmaligen Kontakt authentifiziert werden.

Abzugrenzen von der eigentlichen Videosprechstunde sind Videofallkonferenzen. Diese dienen funktional als Besprechungen zwischen mehreren Ärztinnen und Ärzten oder zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Pflegekräften bzw. nichtärztlichem Fachpersonal, mit oder ohne Anwesenheit der/des Versicherten.

Videosprechstunden und Videofallkonferenzen bedienen sich beide des gleichen Mediums Videoübertragung. Sie 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 der Videofallkonferenzen getrennt in Kapitel 3 dieses Berichts 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)⁵ 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

⁵ Siehe Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals ([PpSG](#)) vom 11.12.2018 – Bundesgesetzblatt I S. 2394 (bgbl.de).

zwischen Pflegeheimen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in § 87 Abs. 2a SGB V erstmalig verankert.

Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG)⁶ von 2021 wurden weitere Schritte unternommen, um die Digitalisierung flächendeckend in der Versorgung zu etablieren. So wurde die Vermittlung von Vor-Ort-Arztterminen um die Vermittlung telemedizinischer Leistungen (wie z.B. der Videosprechstunde) ergänzt und der organisierte Not(-fall)dienst – von an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen – um die Durchführung telemedizinischer Leistungen erweitert. Darüber hinaus sollten mit dem DVPMG telemedizinische Leistungen auch für Heilmittelerbringer und Hebammen ermöglicht werden und die psychotherapeutische Akutbehandlung im Rahmen einer Videosprechstunde durchführbar werden. Über ein Portal sollte es anbietenden Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Versicherten einfacher ermöglicht werden, freie Videosprechstundentermine zu melden bzw. zu finden.

2.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Die Durchführung von Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde ist prinzipiell seit dem 2. Quartal 2017 möglich. Anfänglich erfolgte die Vergütung der Videosprechstunde primär über eine eigenständige Videosprechstunden-GOP 01439, den Technikzuschlag GOP 01450 und einige Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen, die im Rahmen der Videosprechstunde durchgeführt werden konnten. Die Berechnungsfähigkeit insgesamt und die Berechnungsfähigkeit der GOP 01439 und GOP 01450 waren damit auf bestimmte Indikationen und Fachgruppen beschränkt. Eine detaillierte Darstellung der Historie liefern die vorangegangenen Berichte der Jahre 2018 bis 2022.⁷

Dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) folgend, kam es mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 453. Sitzung⁸ zum 1. Oktober 2019 zur Abschaffung der GOP 01439 und zu einer Novellierung des Vergütungssystems der Videosprechstunde, welche bis heute – von der Struktur her – Bestand hat.

Grundsätzlich erfolgt die Finanzierung von Videosprechstunden seitdem über die Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen sowie Zusatzpauschalen und nicht mehr über eine spezifische

⁶ Siehe Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege ([DVPMG](#)) vom 03.06.2021 – Bundesministerium für Gesundheit ([bundesgesundheitsministerium.de](#)).

⁷ Siehe Vorbericht 2022: [Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzenden Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, 06.12.2022](#) – Drucksache 20/4982. 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 berechnungsfähigen Konsilien, 07.12.2020 – Drucksache 19/25185 ([bundestag.de](#)). Siehe Vorbericht 2018: [Bericht des Bewertungsausschusses](#) zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung, 26.11.2018 – Drucksache 19/6020 ([bundestag.de](#)).

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

Leistung „Videosprechstunde“. Die oben genannten Pauschalen 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 im Behandlungsfall 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 die Zusatzpauschalen in unterschiedlicher Höhe von 20-30 % erfolgen (siehe hierzu Vorbericht 2020). Hintergrund ist, dass bestimmte Aufwände für die physische Infrastruktur (Praxisräume, Personal etc.) nicht in dem Maße anfallen wie bei einem physischen Kontakt und nicht alle in den Pauschalen inkludierten Leistungsbestandteile im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden können. Erfolgt im gleichen Quartal allerdings 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 spezifische Leistungen, wie z.B. Gesprächsleistungen, im Rahmen der Videosprechstunde berechnet werden, sofern dies in der jeweiligen Abrechnungsbestimmung der Gebührenordnungsposition oder an anderer Stelle des EBM erlaubt wird. Über diese spezifische Öffnung von Leistungen für die Videosprechstunde entwickelt sich der EBM seitdem kontinuierlich weiter.

Schon mit dem Beschluss in der 453. Sitzung des BA wurden so z.B. die Gebührenordnungspositionen für Fallkonferenzen um die Durchführbarkeit per Video erweitert, bzw. mit der **GOP 01442** (Videofallkonferenz) sogar eine eigenständige Leistung für die Videofallkonferenz geschaffen (siehe Kapitel 3).

Darüber hinaus wurden mit dem Beschluss aus der 453. Sitzung des BA weitere wichtige Regelungen und die Vergütungsstruktur prägende Gebührenordnungspositionen bezüglich der Videosprechstunde 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 damals 20 % aller Behandlungsfälle der Vertragsärztin, des Vertragsarztes, der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten. Zweitens eine versichertenübergreifende Obergrenze von damals 20 % je Vertragsärztin/-arzt oder Psychotherapeutin/-therapeuten und je Gebührenordnungsposition, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung auch im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden kann.
- **Technikzuschlag:** 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. Die GOP 01450 wird mit 40 Punkten bewertet, allerdings

wird für den Zuschlag ein Höchstwert von 1.899 Punkten je Ärztin, Arzt, Psychotherapeutin oder Psychotherapeut und Quartal gebildet.

- **Authentifizierung:** Für die Vergütung des zusätzlichen Aufwands, der dem Praxispersonal entsteht, um eine oder einen der Praxis unbekannten Versicherten im Rahmen der Videosprechstunde zu authentifizieren, wurde die **GOP 01444** (Zuschlag Authentifizierung) befristet als Zuschlag (10 Punkte) zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen aufgenommen. Die Befristung wurde dabei mehrfach verlängert (s.u.). Zukünftig sollen digitale Identitäten den Versicherten genauso wie die elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis dienen.

Nach der mit der 453. Sitzung des BA 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 um die Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde (vorübergehend) erweitert.

Anpassung der Vergütung der Videosprechstunde im oder zum Jahr 2022

Tabelle 1 zeigt die Beschlüsse des BA und des ergBA bezüglich der Videosprechstunde, die im oder mit Wirkung zum Berichtsjahr 2022 getroffen wurden.

Tabelle 1 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu Videosprechstunden, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/ GOP	Laufzeit/Befristung
Finanzierung	567. BA	01.01.2022	Vergütung der GOP 01450 außerhalb der MGV	31.12.2022
Epidemiologische Notlage	579. BA	01.01.2022	Verlängerung Corona-Sonderregeln (Aussetzung Begrenzungsregeln; psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen als Videosprechstunde u.a.) (Verlängerung 478. BA; 493. BA; 496. BA; 570. BA)	31.03.2022
Abrechnungsbestimmung	589. BA	01.04.2022	Video Obergrenze 30 % - außer Kapitel 35 EBM	Nein
Neue Leistung	594. BA	01.07.2022	Test auf autosomale Trisomien (NIPT) per Video, GOP 01789, 01790	Nein
Abrechnungsbestimmung	597. BA	01.07.2022	Video Obergrenze für Kapitel 35 EBM	Nein
Finanzierung	603. BA	01.01.2023	Vergütung GOP 01450 außerhalb der MGV	31.12.2023
Neue Leistung/ Finanzierung	617. BA	01.12.2022	Gemäß AKI-RL per Video erbringbar: GOP 37706, 37700, 37720 – Teil D: Regelungen zur Finanzierung außerhalb MGV. Erweiterung der GOP 01444 um GOP 37706	Nein
Verlängerung/ Finanzierung	626. BA	01.01.2023	Verlängerung GOP 01444 und Finanzierung außerhalb MGV (Verlängerung 453. BA, 570. BA)	31.12.2023
Beschlüsse des ergänzten BA (ergBA/ergEBA)				
Neue Leistung	80. ergBA	01.07.2022	Organisierter Not(-fall)dienst	Nein
Neue Leistung	6. ergEBA	01.10.2022	KSV-Psych-RL (Fallbesprechung GOP 37550)	Nein

Inhaltlich wurden mit den in Tabelle 1 ersichtlichen Beschlüssen im Jahr 2022 folgende Änderungen implementiert oder beschlossen:

Mit dem Beschluss aus der 579. Sitzung des BA⁹ wurden die zeitlich befristeten Corona-Sonderregeln, die im zweiten Quartal 2020 beschlossen worden waren, ein letztes Mal bis zum Ende des 1. Quartals 2022 verlängert. Die Corona-Sonderregeln ermöglichten u.a. die Aussetzung der behandlungsfall- und leistungsbezogenen Begrenzungen bei Videosprechstunden (bis dato durften nur 20 % der Behandlungsfälle sowie nur 20 % einer Leistungen einer Ärztin/eines Arztes per Videosprechstunde abgerechnet werden). Darüber hinaus ermöglichten die Corona-Sonderregeln die Durchführung von psychotherapeutischen Sprechstunden und probatorischen Sitzungen als Videosprechstunde bei gleichzeitigem Aussetzen eines notwendigen persönlichen Arzt-

⁹ Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 579. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

Patienten-Kontakts zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung bei der Initiation von psychotherapeutischen Sprechstunden (siehe hierzu auch Vorberichte 2020 und 2022).

Mit dem Beschluss aus der 589. Sitzung des BA¹⁰ wurde die vom Gesetzgeber vollzogene Änderung des § 87 Abs. 2a SGB V zum 2. Quartal 2022 umgesetzt. Diese betraf die dauerhafte Anhebung der behandlungsfall- und leistungsbezogenen Begrenzungen bei Videosprechstunden von zuvor 20 % auf 30 %, sodass nach Auslaufen der Corona-Sonderregeln zum Ende des 1. Quartals 2022 eine Versorgung mittels Videosprechstunden auf einem erhöhten Begrenzungsniveau von 30 % ermöglicht wurde (siehe Tabelle 1).

Eine Verlängerung der Vergütung der Authentifizierungsleistung (GOP 01444) um fünf bzw. nochmalig um vier Quartale bis zum 31. Dezember 2023 wurde mit dem Beschluss aus der 570. bzw. 626. Sitzung des BA¹¹ ermöglicht. Grund war die sich verzögernde Etablierung der digitalen Versichertenidentitäten und damit der weiterhin bestehende Zusatzaufwand für die Praxen bei der Authentifizierung der Versicherten¹².

Durch den Beschluss aus der 594. Sitzung des BA¹³ wurden die GOP 01789 und GOP 01790 für Gesprächsleistungen vor und nach positivem nichtinvasivem Pränataltest (NIPT) auf autosomale Trisomien – auch per Video erbringbar – eingeführt.

Durch den Beschluss aus der 617. Sitzung des BA¹⁴ wurden zum 1. Dezember 2022 die Potenzialerhebung (GOP 37700), die Grundpauschale 37706 und eine Fallkonferenz (GOP 37720) im Rahmen der AKI-Versorgung – auch per Video erbringbar – eingeführt.

Mit den Beschlüssen aus den 567. und 603. Sitzungen des BA¹⁵, welche die Finanzierungsregelung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) zusammentragen, wurde die Finanzierung der GOP 01450 für das Jahr 2022 bzw. 2023 weiterhin über eine extrabudgetäre Vergütung gewährleistet.

Weiterführende Leistungen zur Videosprechstunde, die Einrichtungen sowohl aus dem ambulanten Bereich als auch dem vertragsärztlich versorgten stationären Bereich betreffen, wurden vom ergänzten Bewertungsausschuss beschlossen:

Mit dem Beschluss aus der 80. Sitzung des ergBA können seit dem 1. Juli 2022 die Notfallpauschalen des organisierten Not(-fall)dienstes (GOP 01210 und 01212) per Videosprechstunde

¹⁰ Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 589. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

¹¹ Siehe [Beschluss](#) Teil E des Bewertungsausschusses in seiner 570. Sitzung; [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 626. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

¹² In den nachfolgenden Jahren wurde die Gültigkeit dieser GOP wiederholt verlängert, bis aktuell zum 31. Dezember 2025.

¹³ Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 594. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

¹⁴ Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 617. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

¹⁵ Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung; [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 603. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

durchgeführt werden. Bei einem reinen Videokontakt erfolgt dabei ein Abschlag von 10 % auf die Pauschalen (siehe Kapitel 15).

Eine Fallbesprechung (GOP 37550) wurde in der 6. Sitzung des ergEBA im Rahmen der Beschlussfassung zur KSVPsych-RL¹⁶ zum 01. Oktober 2022 beschlossen.

Zusammenfassend zeigt Abbildung 1 die wichtigsten Veränderungen hinsichtlich der Vergütung der Videosprechstunde im EBM seit der Novellierung im 4. Quartal 2019:

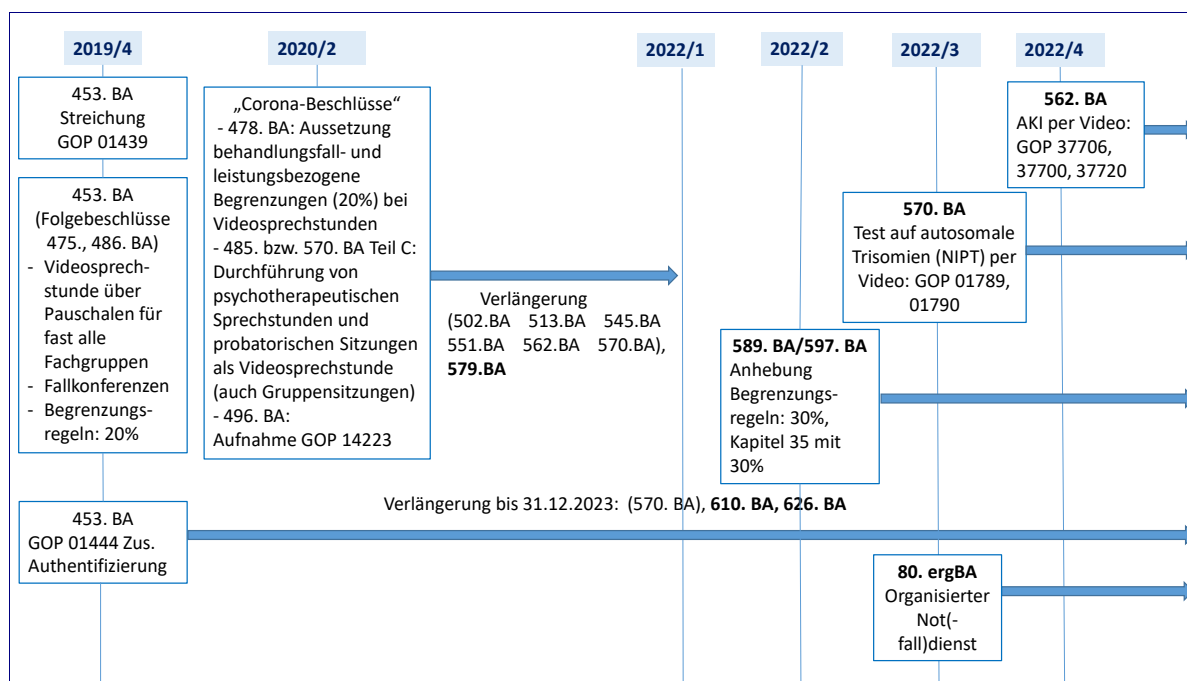


Abbildung 1 Wichtige Änderungen hinsichtlich der Vergütung von Videosprechstundenleistungen seit dem vierten Quartal 2019.

2.3 Berechnungsfähige Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde im Jahr 2022

Im Berichtsjahr 2022 waren folgende Gebührenordnungspositionen – neben den Grund-, Konsiliar- und Versichertenpauschalen bzw. Zusatzpauschalen und Zuschlägen – im Rahmen der Videosprechstunde berechnungsfähig (Tabelle 2):

¹⁶ Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.

Tabelle 2 Auflistung der wichtigsten im Berichtszeitraum im Rahmen der Videosprechstunde berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen (GOP) (teilweise gruppiert; unb. = unbefristet, KZT = Kurzzeittherapie, LZT = Langzeittherapie). Nicht aufgeführt sind die Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen bzw. Zusatzpauschalen oder Zuschläge und GOP aus dem Bereich der ASV.

GOP	Bezeichnung	Quartal	bis
01444	Authentifizierung	2019/4	2025/4
01450	Technikzuschlag	2017/2	unb.
Ärztliche Gesprächsleistungen			
03230, 04230, 04231, 04355, 04430, 14220, 14222, 16220, 21216, 21220, 22220, 22221, 23220	Einzel-Gespräch, Beratung, Abklärung, Ärztliche Psychotherapie/Psychiatrie (Kinder/Erwachsene)	2019/4	unb.
30708	Beratung und Erörterung (Schmerztherapie)	2020/2	unb.
22222, 21221, 14221	Gruppenbehandlung: Ärztliche Psychotherapie, Psychiatrie (Kinder/Erw.)	2021/4	unb.
Einzeltherapie, Antrags-Psychotherapie Kapitel 35			
35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35571	Tiefenpsychologie, Analytisch, Verhalten, Zuschlag	2019/4	unb.
35591	Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	2020/2	unb.
35431, 35432, 35435	Systemische Therapie (KZT+LZT, Einzelbehandlung)	2020/4	unb.
Psychotherapie Kapitel 35, nicht antragspflichtig			
35110, 35111, 35112, 35113, 35141, 35142, 35600, 35601, 30932	Erhebung Befunde, Übungen (Gruppe), Testverfahren, Neuropsycholog. T. (Einzelbehandlung)	2019/4	unb.
35573	Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	2020/1	unb.
30933	Neuropsycholog. Therapie (Gruppe)	2021/4	unb.
35152	Psychotherapeutische Akutsprechstunde	2021/4	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	2021/4	unb.
Fallkonferenzen			
37120, 37320	Fallkonferenz gemäß Anlage 27 und 30 BMV-Ä	2019/2	unb.
01442, 30706, 30210, 30948, 37400	Videofallkonferenz und andere	2019/4	unb.
37550	Fallbesprechung gemäß § 6 KSVPsych-RL	2022/4	unb.
37720	Fallkonferenz im Rahmen AKI-RL	2022/4	unb.
Berechnungsfähig im Rahmen von Corona-Sonderregelungen			
01952	Zuschlag Therapiegespräch	2020/2	2022/1
14223	Funktionelle Entwicklungstherapie	2020/2	2022/1
35150, 30931	Probatorische Sitzung	2020/1	2022/1
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde	2020/1	2022/1
35163-35168	Probatorische Sitzung (Gruppe)	2021/4	2022/1
Andere			
08619, 08621, 08622, 08623	Beratung im Rahmen der Kryokonservierung	2021/3	unb.
01470	DiGA-Verordnung	2021/1	2022/4
01471	Verlaufskontrolle DiGA somnio	2021/1	unb.
01210, 01212	Notfallpauschale I+II	2022/3	unb.
01789, 01790	NIPT (Nichtinvasiver Pränataltest auf Trisomien)	2022/3	unb.
37700, 3706	Versorgung Versicherte im Rahmen AKI-RL	2022/4	unb.

2.4 Leistungsentwicklung

Wie in Kapitel 2.2 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 gibt einen Überblick über die Abrechnungshäufigkeit und den Leistungsbedarf in € für das Jahr 2022 und über die Entwicklung in Bezug auf die Vorjahre.

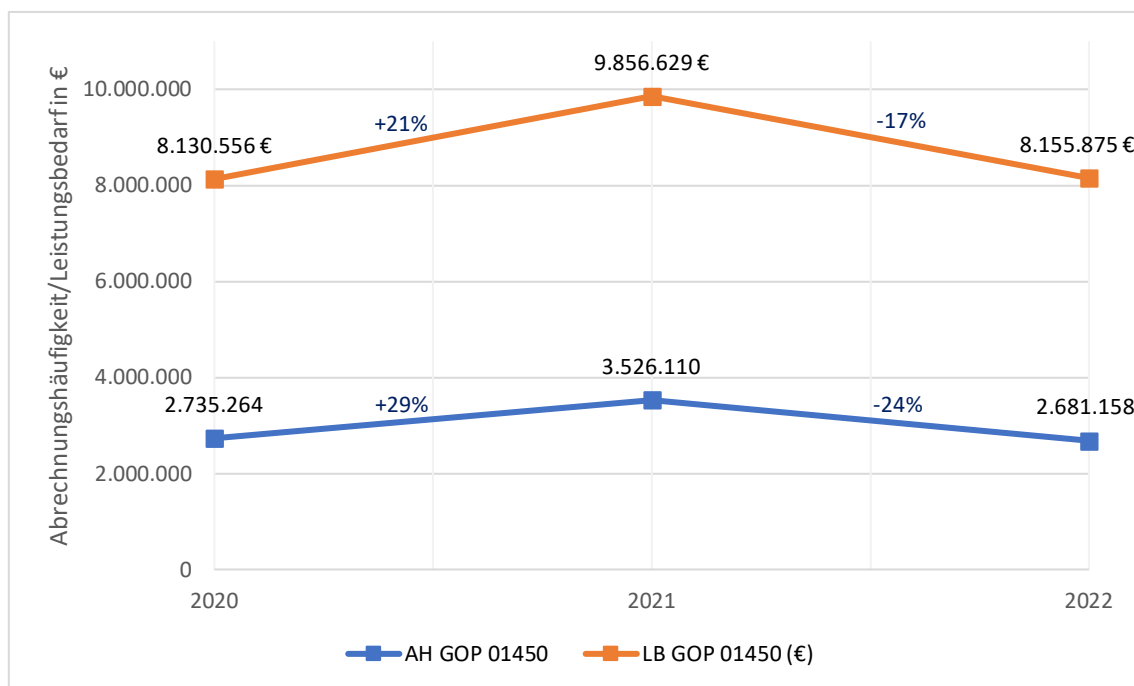


Abbildung 2 Abrechnungshäufigkeit (AH) und Leistungsbedarf (LB, in €) der GOP 01450 in den Jahren 2020-2022.

Betrachtet man Abbildung 2, fallen im Wesentlichen drei Aspekte auf:

Sowohl die Abrechnungshäufigkeit (blaue Kurve) als auch der Leistungsbedarf in € (orangefarbene Kurve) steigen zum Jahr 2021 deutlich um 29 % an und fallen zum Jahr 2022 wieder annähernd auf den Wert vom Jahr 2020 ab.

Die deutliche Zunahme zum Jahr 2021 und die konsekutive Abnahme der Abrechnungshäufigkeit zum Jahr 2022 hin dürfte mit der im Rahmen der Corona-Pandemie zum Jahr 2020, und insbesondere zum Jahr 2021, zu verzeichnenden deutlichen Ausweitung der Videosprechstunde (siehe Vorbericht 2022) zusammenhängen. In Anbetracht des hohen Anstiegs der Abrechnungshäufigkeit in dieser Ausnahmelage erscheint der in Abbildung 2 verzeichnete Rückgang von 24 % zum Jahr 2022 hin erwartbar.

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 Ärztin/Arzt und Quartal bereits erschöpft haben.

Der Leistungsbedarf der GOP 01450 (orangefarbene Kurve) zeigt – wie oben festgestellt – einen ähnlichen Verlauf, gestaltet sich jedoch aufgrund von Abrechnungsbegrenzungen (Höchstmenge pro Ärztin/Arzt bzw. Psychotherapeutin/-therapeut) insgesamt um ca. 40 % niedriger, als bei einer Multiplikation von Punktwert der Leistung (40 Punkte) mit dem Orientierungswert und mit der Abrechnungshäufigkeit zu errechnen wäre. Dieser Höchstwert führt auch dazu, dass Schwankungen der Abrechnungshäufigkeit bei einer sehr hohen Abrechnungshäufigkeit der GOP 01450 nicht im vollen Umfang auf die Leistungsentwicklung durchschlagen können.

Eine detailliertere Darstellung hinsichtlich der Videosprechstunde liefert die Entwicklung auf der Quartalsebene (Abbildung 3):

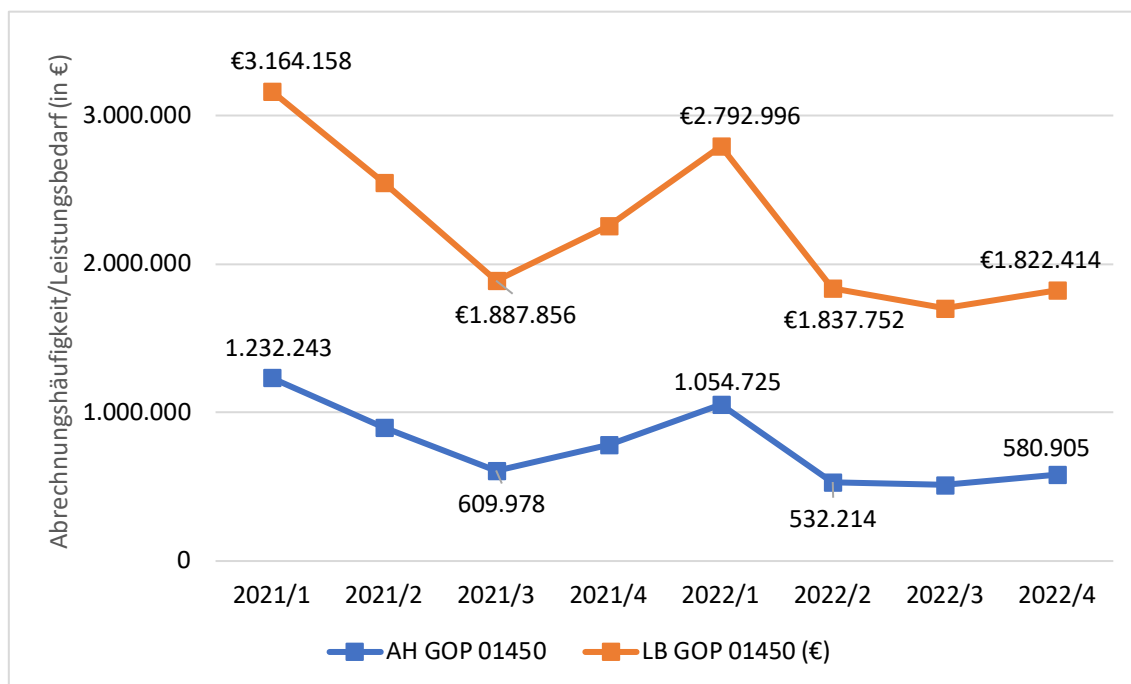


Abbildung 3 Abrechnungshäufigkeit (AH) und Leistungsbedarf (LB, in €) der GOP 01450 je Quartal.

Abbildung 3 zeigt die bestehenden Schwankungen der Abrechnungshäufigkeit der Videosprechstunde in Abhängigkeit vom betreffenden Quartal, mit der niedrigsten Abrechnungshäufigkeit im 3. Quartal (Sommer) und einem Höchstwert zum 1. Quartal (Winter) der Jahre 2021 und 2022. Die Häufigkeiten im Jahr 2022 stellen sich aber – wie bereits bei der jährlichen Auswertung oben (Abbildung 2) ersichtlich – insgesamt auf einem (um ca. 15 %-40 %) reduzierten Niveau dar. Das 2. Quartal 2022 weist dabei mit ca. 40 % gegenüber dem Vorjahresquartal den größten Rückgang auf.

Die Entwicklung der GOP 01450 als Surrogat-Parameter für die Videosprechstunde ist in ihrer Veränderung auf Jahres- und Quartalsicht auch der Tabelle 50, Tabelle 51 und Tabelle 52 im Anhang zu entnehmen.

2.5 Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit

Um einen Vergleich zwischen den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) hinsichtlich ihrer Leistungserbringung ziehen zu können, wird in Abbildung 4 die auf 100.000 Versicherte bezogene Abrechnungshäufigkeit der GOP 01450 betrachtet. Die absolute Abrechnungshäufigkeit ist in Tabelle 53 im Anhang ersichtlich.

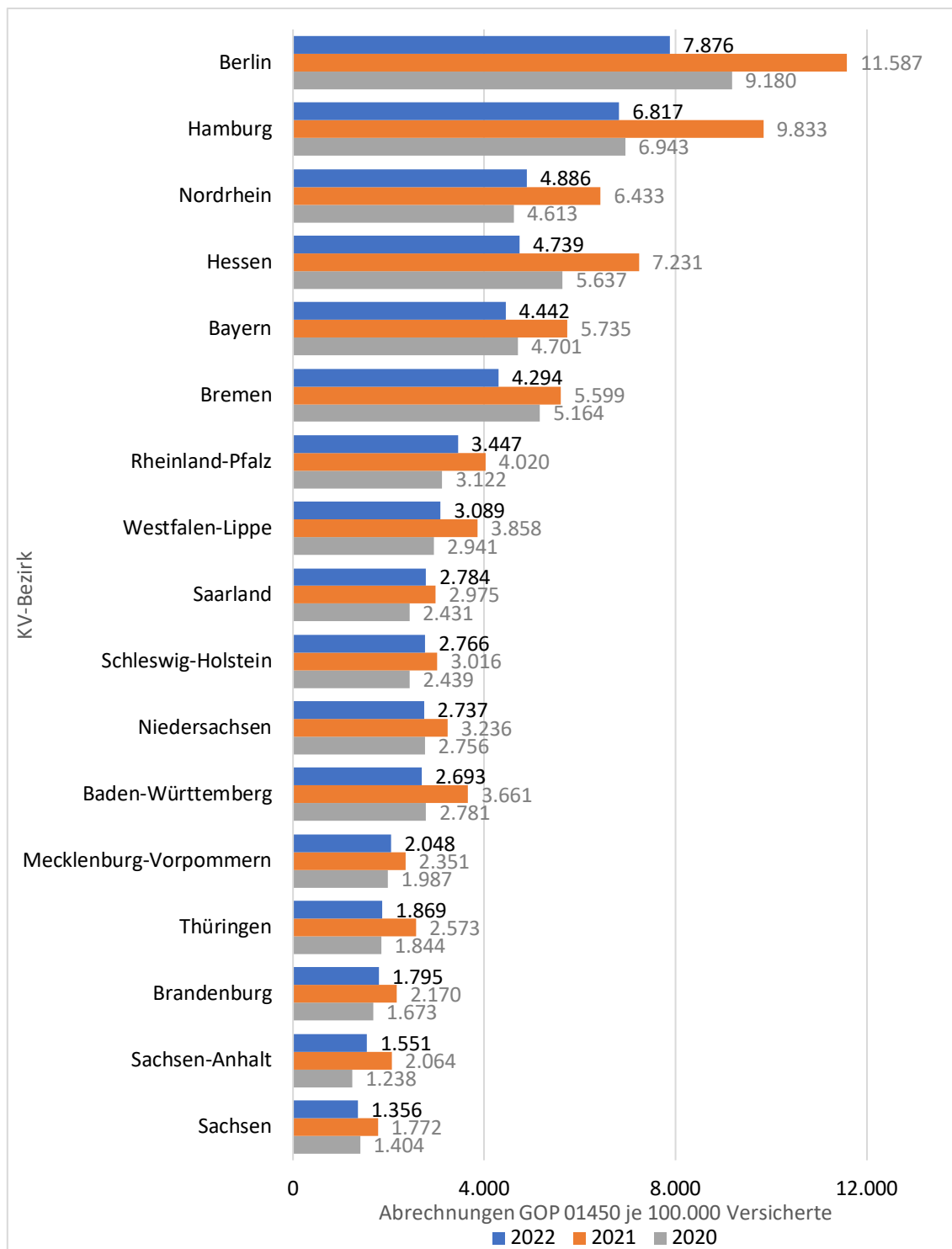


Abbildung 4 Regionale Abrechnungshäufigkeit des Technikzuschlags Videosprechstunde (GOP 01450) nach KV-Bezirken. Dargestellt ist die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte in den Jahren 2020-2022, sortiert nach dem Jahr 2022.

Betrachtet man die in Abbildung 4 dargestellten normierten Abrechnungen der Videosprechstunde (GOP 01450), ist der in Kapitel 2.4 beschriebene Rückgang der Abrechnungshäufigkeit vom Jahr 2021 auf das Jahr 2022 in allen KV-Bezirken erkennbar. In Bezug auf ihre Größe werden insbesondere in den KV-Bezirken der Stadtstaaten Berlin und Hamburg verhältnismäßig viele Videosprechstunden durchgeführt. In der absoluten Abrechnungshäufigkeit befanden sich diese beiden KV-Bezirke dabei an der 4. bzw. 9. Stelle (siehe Tabelle 53 im Anhang). Die fünf östlichen Flächenland-Bezirke (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern) liegen hinsichtlich der normierten Abrechnungshäufigkeit auf den hintersten Plätzen.

2.6 Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Fachgruppen und Anteil der Fachgruppen an allen abgerechneten Videosprechstunden

Den Anteil, den die verschiedenen Fachgruppen an der Gesamt-Abrechnungshäufigkeit der Videosprechstunde (GOP 01450) im Jahr 2022 leisteten, liefert Abbildung 5.

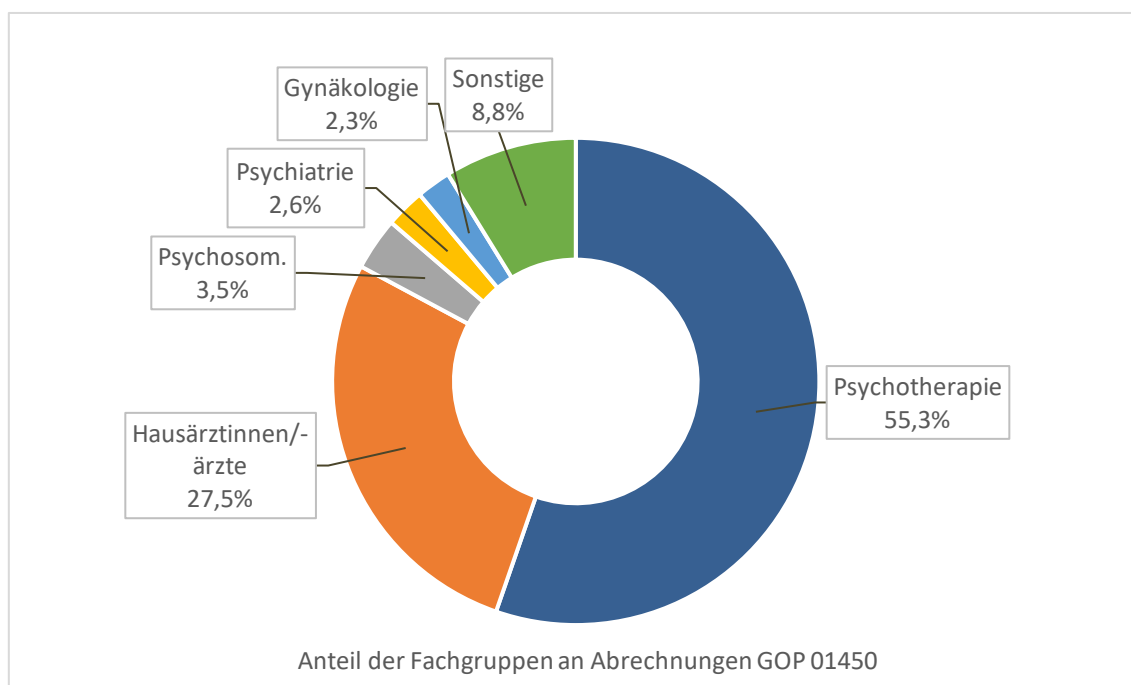


Abbildung 5 Anteil der Fachgruppen in % an den Abrechnungen von Videosprechstunden (GOP 01450) im Jahr 2022. Dargestellt sind die 5 Fachgruppen mit dem höchsten Anteil.

Die Verteilung der Anteile der Fachgruppen an der Gesamterbringung der Videosprechstunde spiegelt die Dominanz der sprechenden Medizin für das Thema Videosprechstunde wider. Die Psychotherapeuten/-therapeutinnen und Hausärzte/-ärztinnen führten allein fast 83 % der Videosprechstunden (Abbildung 5) durch.

Tabelle 3 stellt die Ergebnisse nochmals differenziert für alle Fachgruppen dar:

Tabelle 3 Abrechnungshäufigkeit der Videosprechstunde (GOP 01450) nach Fachgruppen und Anteil an allen abgerechneten Videosprechstunden in % für das Jahr 2022. Angegeben ist auch die Anzahl abrechnender Ärztinnen und Ärzte der Fachgruppe und die durchschnittliche Abrechnung pro Ärztin/Arzt der Fachgruppe (Definition der Fachgruppen siehe Fußnote 3, S. 20).

Fachgruppe	Anzahl Videosprechstunden (GOP 01450)	Anteil an allen Videosprechstunden (%)	Anzahl abrechnende Ärztinnen/Ärzte	Durchschnittliche Abrechnungen pro abrechnende/r Ärztin/Arzt
Psychotherapie	1.483.048	55,3	21.568	69
Hausärztinnen/-ärzte	737.669	27,5	5.319	139
Psychosomatische Medizin	93.618	3,5	1.145	82
Psychiatrie	69.940	2,6	971	72
Gynäkologie	61.056	2,3	631	97
Orthopädie	43.383	1,6	348	125
Kinder- und Jugendmedizin	42.986	1,6	786	55
Innere Medizin	24.426	0,9	370	66
HNO und Phoniatrie	22.606	0,8	204	111
Neurologie und Nervenheilkunde	22.444	0,8	459	49
Sonstige	20.924	0,8	339	62
Dermatologie	17.702	0,7	243	73
Urologie	11.846	0,4	120	99
Anästhesiologie	7.777	0,3	151	52
Chirurgie	7.713	0,3	142	54
Augenheilkunde	7.213	0,3	41	176
Physikalische und Rehabilitative Med.	5.088	0,2	30	170
Humangenetik	1.705	0,1	45	38
Strahlentherapie	14	0,0	≤5	3
Gesamt	2.681.158	100	32.917*	81*

**Die Arztzahlen entsprechen ggf. nicht genau der Anzahl physischer Ärztinnen/Ärzte, da ggf. Doppelzählungen durch Zugehörigkeit einzelner Ärztinnen/Ärzte zu mehreren Fachgebieten beinhaltet sind.*

In Tabelle 3 ist ersichtlich, dass insgesamt 32.917 abrechnende Ärztinnen und Ärzte 2.681.158 Videosprechstunden im Jahr 2022 geleistet haben. Dabei wurden pro abrechnende/r Ärztin/Arzt durchschnittlich ca. 81 Videosprechstunden pro Jahr durchgeführt.

Im Bereich der Psychotherapie wurde zwar mit >55 % der Großteil der Videosprechstunden abgerechnet, dieser verteilte sich jedoch auf eine sehr große Anzahl von abrechnenden Psychotherapeutinnen/-therapeuten (21.568). Daraus resultiert eine geringere Anzahl Abrechnungen pro Ärztin/Arzt der Fachgruppe (69) als z.B. bei den Hausärztinnen/-ärzten mit durchschnittlich 139 Abrechnungen pro abrechnende/n Ärztin/Arzt. Daraus könnten zwei Schlussfolgerungen gezogen werden:

Einerseits ist die Durchführung einer Videosprechstunde in der Breite der Mitglieder der Fachgruppe Psychotherapie angekommen und so hoch wie bei keiner anderen Fachgruppe (siehe hierzu auch Kapitel 2.6), andererseits wird der hohe Anteil von >27 % aller Videosprechstunden

bei der nachfolgenden Fachgruppe der Hausärzte/Hausärztinnen durch deutlich weniger Ärztinnen/Ärzte (5.319) bei einer deutlich höheren Abrechnungshäufigkeit pro abrechnende/r Arzt/Ärztin der Fachgruppe (139) durchgeführt.

2.7 Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Einrichtungsformen

Abbildung 6 illustriert die Verteilung der abgerechneten Videosprechstunden (GOP 01450) in Bezug auf die Einrichtungsform für das Jahr 2022.

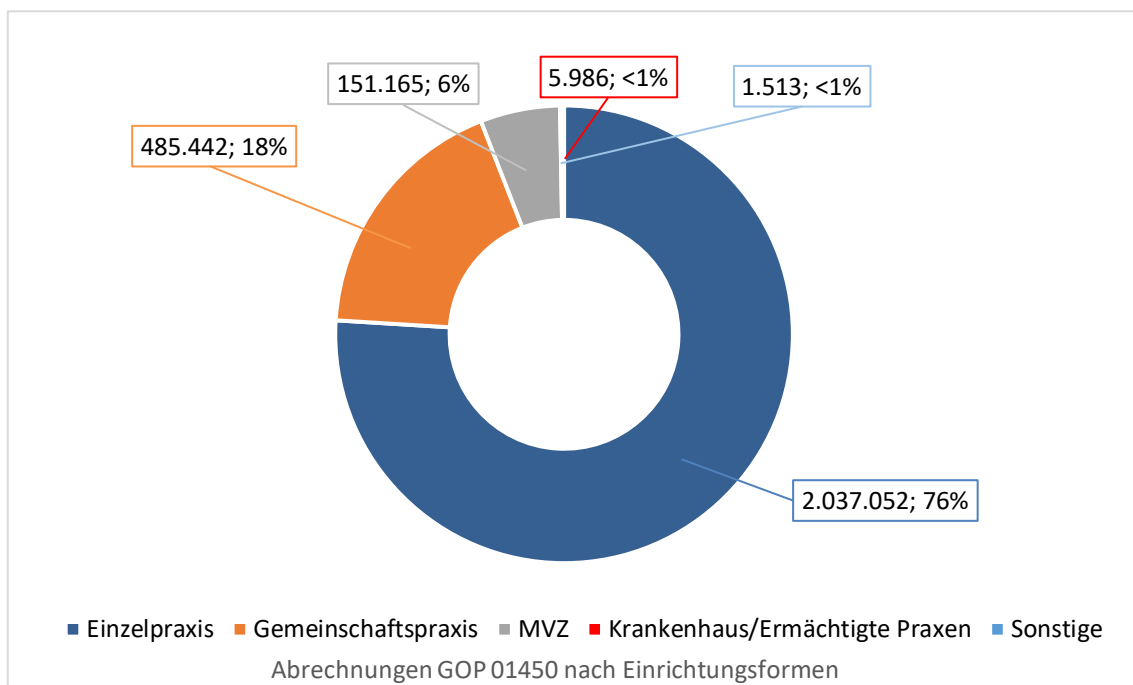


Abbildung 6 Verteilung der abgerechneten Videosprechstunden (GOP 01450) auf die Einrichtungsformen im Jahr 2022.

In Abbildung 6 ist ersichtlich, dass im Jahr 2022 94 % der als Videosprechstunde erbrachten ambulanten Leistungen von Einzel- oder Gemeinschaftspraxen durchgeführt wurden; knapp 6 % der Videosprechstundenleistungen wurden von MVZ erbracht. Krankenhäuser und Ermächtigte Praxen hatten keinen nennenswerten Anteil. Tabelle 4 zeigt die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit über die Jahre 2020 bis 2022 und die mittlere Abrechnungshäufigkeit je Einrichtung.

Tabelle 4 Abrechnungshäufigkeit der Videosprechstunde (GOP 01450) nach Einrichtungsformen in den Jahren 2020-2022. In Klammern ist die mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung angegeben.

Einrichtungstyp	Abrechnungshäufigkeit GOP 01450 (durchschnittliche Abrechnungen je Einrichtung)		
	2020	2021	2022
Einzelpraxis	2.227.388 (90)	2.899.272 (123)	2.037.052 (88)
Gemeinschaftspraxis	380.899 (79)	443.840 (120)	485.442 (148)
MVZ	115.850 (172)	169.365 (280)	151.165 (225)
Krankenhaus/Ermächtigte Praxen	8.990 (46)	10.664 (56)	5.986 (34)
Sonstige	2.137 (59)	2.969 (85)	1.513 (50)

2.8 Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Leistungsbereichen und einzelnen Leistungen

Neben der Betrachtung der Gebührenordnungsposition 01450 als Surrogat-Parameter für sämtliche stattfindenden Videokontakte lässt sich auch die Abrechnungshäufigkeit der einzelnen Leistungen betrachten, die spezifisch im Rahmen der Videosprechstunde durchgeführt werden. Dies ist möglich, weil – bis auf sehr wenige Ausnahmen – die Gebührenordnungspositionen mit einer bundeseinheitlichen Kennzeichnung versehen werden, wenn sie per Video durchgeführt wurden. Die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit der in Tabelle 2 in Leistungsbereiche gruppierten Leistungen/Gebührenordnungspositionen stellt sich wie folgt dar (Tabelle 5):

Tabelle 5 Abrechnungshäufigkeit der Leistungsbereiche bzw. der Gebührenordnungspositionen (GOP), die per Video durchgeführt wurden (für die Zusammensetzung der Leistungsbereiche siehe Tabelle 2). Für die Identifikation, dass die jeweilige Leistung per Video durchgeführt wurde, dienten die bundeseinheitlichen Kennzeichnungen der GOP im Fall der Durchführung per Video. In Klammern ist der Anteil an der gesamten Leistungsgruppe, also auch der nicht per Video durchgeführten Leistungen, angegeben. Sortiert nach Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022.

Leistungsbereich/GOP	2020	2021	2022
Einzeltherapien, Antrags-Psychotherapie	1.838.482 (9,4%)	2.340.044 (11,7%)	1.393.281 (7,2%)
Gesprächsleistungen	941.714 (0,6%)	1.254.211 (0,8%)	1.010.363 (0,6%)
Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschalen	233.452 (0,1%)	349.804 (0,1%)	412.931 (0,1%)
Nicht antragspflichtige Psychotherapie-Leistungen	239.200 (0,7%)	376.838 (1,1%)	297.711 (0,8%)
Sonderregelungen Covid-19-Pandemie	341.931 (3,1%)	501.270 (4,2%)	147.333 (1,2%) ¹
Gruppentherapien	.	2.712 (0,3%) ²	13.149 (1,1%)
DiGA (GOP 01470, 01471)	.	2.180 (5,6%)	5.037 (4,3%)
NIPT (GOP 01789, 01790)	.	.	221 (0,0%) ³
Notfall Telemedizin (GOP 01210, 01212)	.	.	141 (0,0%) ³
Beratungen Kryokonservierung	.	≤5 (0,2%)	≤5 (0,1%)

¹ Mit dem 1. Quartal 2022 liefen diese Leistungen aus. ² Diese Leistungen waren erst ab dem 4. Quartal 2021 berechnungsfähig. ³ Diese Leistungen waren seit dem 3. Quartal 2022 berechnungsfähig.

Auch in der Abrechnungshäufigkeit der einzelnen Leistungsbereiche lässt sich der Rückgang der per Videosprechstunde durchgeführten Leistungen vom Jahr 2021 zu 2022 bei vielen Leistungsbereichen erkennen (Tabelle 5). So sank z.B. die Abrechnungshäufigkeit der per Video durchgeführten Einzeltherapien um fast 1.000.000 und damit der Anteil der per Video gehaltenen Therapiesitzungen an allen Therapiesitzungen von 11,7 % auf 7,2 %. Eine Steigerung bei den absoluten Zahlen lässt sich u.a. bei den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie bei den Video-Leistungen bezüglich der Gruppentherapien erkennen. Bei letztgenanntem Leistungsbereich stiegen die absolute Abrechnungshäufigkeit und der Anteil der insgesamt per Video durchgeführten Therapien an allen Gruppentherapien auf 13.149 Abrechnungen bzw. 1,1 %. Anzu merken ist allerdings, dass im Jahr 2021 die Gruppentherapien lediglich zum 4. Quartal berechnungsfähig waren, womit der Jahreswert für 2021 sich lediglich auf ein Quartal bezieht.

Im Anhang ist die Abrechnungshäufigkeit sämtlicher Gebührenordnungspositionen einzeln dargestellt, die im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden können (Tabelle 54).

2.9 Anzahl Ärztinnen/Ärzte, die Videosprechstunden abrechnen, im Verhältnis zu allen Ärztinnen/Ärzten einer Fachgruppe

Ein wichtiger Parameter für die Verbreitung der Videosprechstunde, insbesondere auch hinsichtlich der Akzeptanz der Videosprechstunden unter Ärztinnen und Ärzten, ist der Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die Videosprechstunden abrechneten, an allen Ärztinnen/Ärzten. Tabelle 6 gibt Aufschluss über die Anzahl von Ärztinnen/Ärzten, die mindestens einmal im Jahr eine Videosprechstunde (GOP 01450) abgerechnet haben, unter Berücksichtigung der Fachgruppenzugehörigkeit.

Tabelle 6 Anzahl Ärztinnen/Ärzte/Psychotherapeutinnen/-therapeuten (n Ä), die mind. einmal im Jahr eine Videosprechstunde (GOP 01450) abrechneten, und Gesamtanzahl der Ärztinnen/Ärzte/Psychotherapeutinnen/-therapeuten in den jeweiligen Fachgruppen (N Ä) in den Jahren 2020-2022.

Fachgruppe	Gesamtzahl Ärztinnen/Ärzte (N Ä) und Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte (n Ä) GOP 01450					
	2020		2021		2022	
	N Ä	n Ä	N Ä	n Ä	N Ä	n Ä
Psychotherapie	33.260	20.426	34.915	21.309	36.297	21.568
Hausärztinnen/-ärzte	63.900	8.194	62.755	5.690	63.390	5.319
Psychosomatische Medizin	2.355	1.175	2.362	1.168	2.319	1.145
Psychiatrie	3.383	1.183	3.460	1.034	3.573	971
Kinder- und Jugendmedizin	8.809	1.317	8.837	971	8.954	786
Gynäkologie	13.374	801	13.448	707	13.500	631
Neurologie und Nervenheilkunde	5.137	790	5.204	505	5.289	459
Innere Medizin	14.043	752	14.080	456	14.185	370
Orthopädie	8.512	673	8.756	416	9.007	348
Sonstige	17.460	413	17.556	382	17.730	339
Dermatologie	4.278	509	4.290	320	4.318	243
HNO und Phoniatrie	4.818	471	4.796	248	4.865	204
Anästhesiologie	4.091	164	4.091	169	4.172	151
Chirurgie	8.098	219	8.038	154	7.988	142
Urologie	3.853	190	3.866	146	3.893	120
Humangenetik	321	51	327	46	337	45
Augenheilkunde	6.758	140	6.840	57	6.920	41
Physikalische und Rehabilitative Medizin	659	52	662	36	655	30
Strahlentherapie	6.776	7	6.869	12	6.958	5
Labor	1.576	≤5	1.620	≤5	1.628	.

Die höchsten absoluten Anzahlen an Ärztinnen/Ärzte, die Videosprechstunden abrechneten, wiesen die Fachgruppen der Psychotherapie und der Hausärztinnen/-ärzte auf (Tabelle 6). Berücksichtigt man die Gesamtanzahl der Ärzte/Ärztinnen bzw. Therapeutinnen/Therapeuten einer Fachgruppe, kann der Anteil an Ärzten/Ärztinnen/Psychotherapeuten/-therapeutinnen einer Fachgruppe bestimmt werden, die grundsätzlich in dem Abrechnungsjahr mindestens eine Videosprechstunde durchgeführt und die GOP 01450 abgerechnet haben. Die prozentualen Anteile für die 10 Fachgruppen mit dem höchsten Verhältnis im Jahr 2022 liefert Abbildung 7.

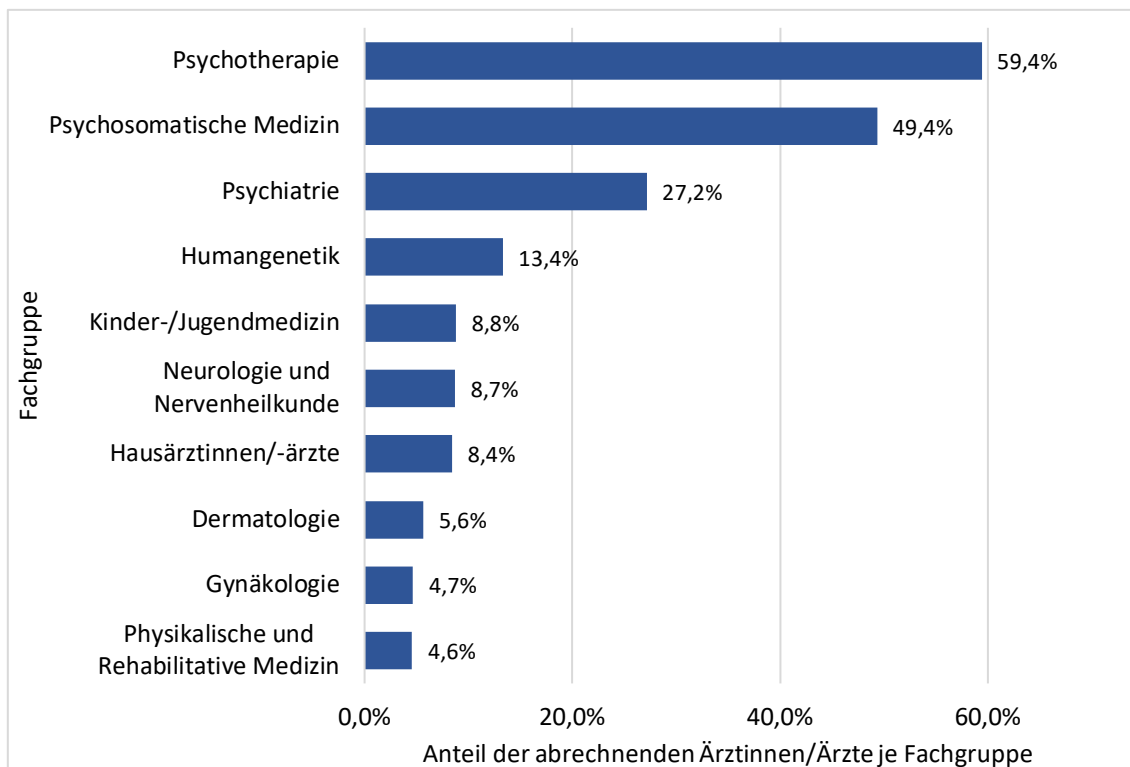


Abbildung 7 Anteil abrechnender Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeuten/-therapeutinnen, die mindestens eine Videosprechstunde (GOP 01450) im Jahr 2022 abrechneten, in den Fachgruppen. Dargestellt sind die 10 Fachgruppen mit dem höchsten Anteil.

Unter Berücksichtigung der Gesamtanzahl aller Ärztinnen/Ärzte/Psychotherapeuten/-therapeutinnen einer Fachgruppe zeigt sich, dass insbesondere in der Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie die Videosprechstunde von einer signifikanten Anzahl Ärztinnen/Ärzten/Psychotherapeutinnen/-therapeuten prinzipiell praktiziert wird. So führten fast 60 % aller Psychotherapeuten/-therapeutinnen mindestens eine Videosprechstunde im Jahr 2022 durch. Die Fachgruppe der Hausärztinnen/-ärzte findet sich unter dieser Betrachtungsweise erst auf dem 7. Platz und mit 8,4 % im einstelligen Bereich wieder (Abbildung 7).

2.10 Behandlungsfälle mit Videosprechstunden nach Fachgruppen

Neben der in den Vorkapiteln vorgenommenen Betrachtung der Menge der per Videosprechstunde durchgeführten Leistungen bietet sich die Analyse auf Ebene der Behandlungsfälle an. Diese zeigt die Anteile an Versicherten, die in Kontakt mit der Videosprechstunde gekommen sind. Durch die Kennzeichnung von Grund-/Versicherten-/Konsiliarpauschalen mit einem Suffix (s. Kapitel 2.2) sind reine Video-Behandlungsfälle zu identifizieren. Behandlungsfälle mit Abrechnung von mindestens einer GOP 01450 und nicht gekennzeichnete Pauschale stehen für Fälle mit vorliegendem kombinierten persönlichen und per Videosprechstunde erfolgten Kontakt im betreffenden Behandlungsfall. Tabelle 7 demonstriert das Verhältnis der Zahl der telemedizinischen zu der Zahl der sonstigen Behandlungsfälle, aufgeschlüsselt nach Fachgruppen für das Jahr 2022 (Tabelle 7):

Tabelle 7 Verhältnis von rein telemedizinischen zu gemischt telemedizinischen und zu rein persönlichen Behandlungsfällen im Jahr 2022, aufgeschlüsselt nach Fachgruppen. Sortiert nach dem Anteil Behandlungsfälle mit Videoleistung und persönlichem Kontakt.

Fachgruppe	Anteil Behandlungsfälle 2022 rein persönlich (%)	Anteil Behandlungsfälle 2022 mit Videoleistung und persönlichem Kontakt (%)	Anteil reiner Video-Behandlungsfälle 2022 (%)
Psychotherapie	91,23	7,68	1,09
Psychosomatische Medizin	92,99	6,12	0,90
Psychiatrie	99,01	0,83	0,16
Humangenetik	98,74	0,46	0,80
Sonstige	99,63	0,29	0,08
Labor	99,75	0,23	0,02
Hausärztinnen/-ärzte	99,65	0,23	0,12
Anästhesiologie	99,73	0,20	0,07
Physikalische/Rehabilitative Medizin	99,70	0,14	0,16
Neurologie/Nervenheilkunde	99,82	0,13	0,05
Kinder- und Jugendmedizin	99,85	0,13	0,02
Gynäkologie	99,84	0,10	0,06
Orthopädie	99,85	0,06	0,09
Innere Medizin	99,91	0,06	0,03
Urologie	99,91	0,05	0,04
Dermatologie	99,91	0,05	0,04
Chirurgie	99,94	0,04	0,02
HNO und Phoniatrie	99,90	0,03	0,07
Strahlentherapie	99,97	0,02	0,00
Pathologie	99,99	0,01	0,00
Augenheilkunde	99,98	0,00	0,02

Im Bereich der Psychotherapie wurden im Jahr 2022 ca. 7,7 % der Versicherten mittels Videosprechstunde (GOP 01450) in Kombination mit einem persönlichen Kontakt und 1,1 % der Behandlungsfälle alleinig über die Videosprechstunde behandelt (Tabelle 7). Daneben weist lediglich die Fachgruppe der Psychosomatischen Medizin noch einen ähnlich hohen Anteil von Versicherten mit Videokontakt im Behandlungsfall auf (6,12 % bzw. 0,9 % bei reinem Videokontakt). Bei allen anderen Fachgruppen liegt der Anteil der Behandlungsfälle mit einem Videokontakt oder der Anteil der reinen Video-Behandlungsfälle deutlich <1 %.

Selbst bei Fachgruppen wie der Psychotherapie oder Psychosomatik – bei denen, wie in Kapitel 2.6 ausgeführt, bis zu 60 % bzw. 50 % der Ärztinnen/Ärzte bzw. Therapeutinnen/Therapeuten Videosprechstunden prinzipiell durchführen – wird damit der weit überwiegende Anteil der Behandlungsfälle weiterhin im persönlichen Kontakt durchgeführt.

2.11 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde

Betrachtet man die Alters- und Geschlechtsstruktur des Versichertenkollektivs, für das die Videosprechstunde (GOP 01450) im Jahr 2022 abgerechnet wurde, zeigt sich folgende Verteilung (Abbildung 8):

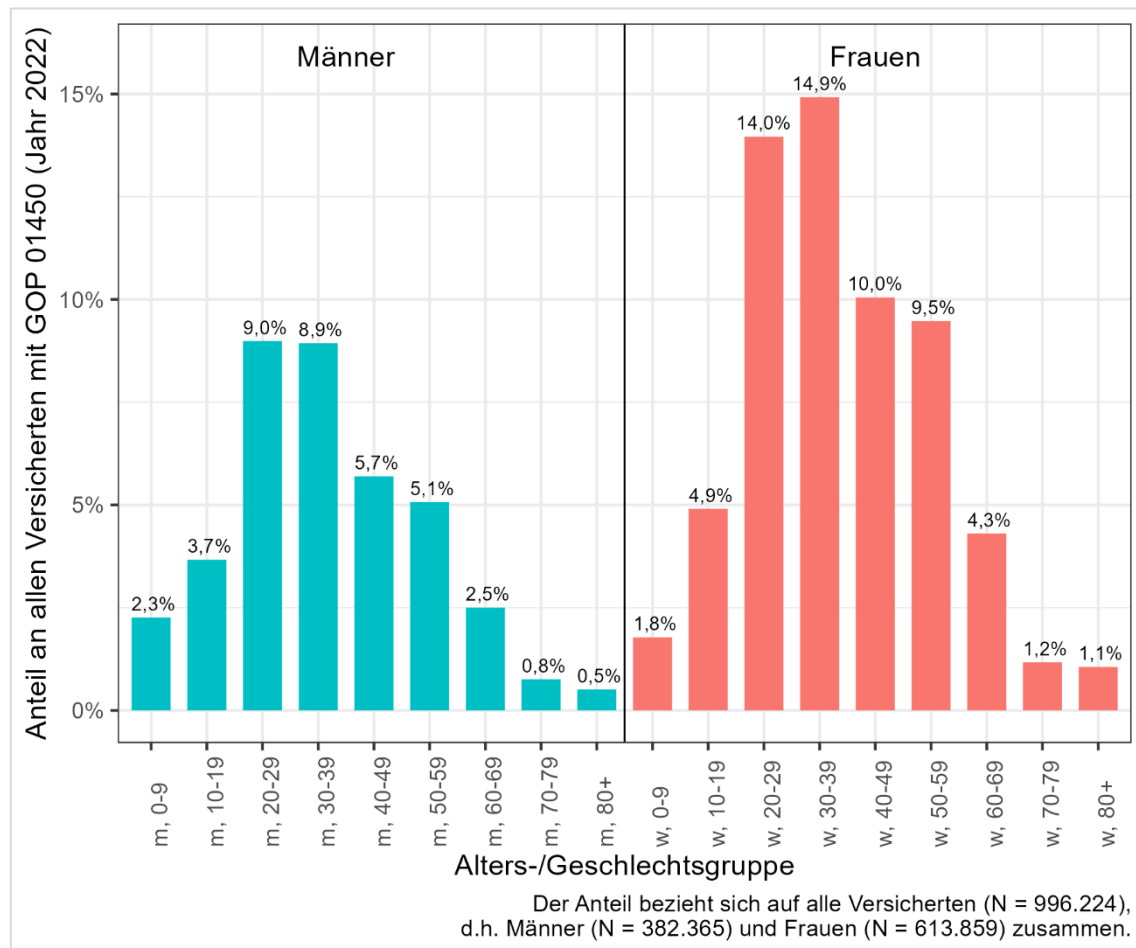


Abbildung 8 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten, bei denen die Videosprechstunde (GOP 01450) im Jahr 2022 abgerechnet wurde; m = männlich, w = weiblich.

Abbildung 8 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 in diesen Altersgruppen ca. 60 % höher ausfällt als der Anteil der männlichen Versicherten. Beide Beobachtungen könnten dadurch begründet sein, dass die Videosprechstunde zu einem überwiegenden Teil im Rahmen einer ärztlichen Gesprächstherapie oder einer Psychotherapie – und damit von Erwachsenen in diesem Alter und eher von Frauen – in Anspruch genommen wird.

2.11.1 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten in Bezug auf einzelne Leistungsbereiche der Videosprechstunde

Die Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten auf die verschiedenen Leistungsbereiche der Videosprechstunde zeigen die folgenden Auswertungen in Abbildung 9 bis Abbildung 12. Alle Versicherten mit Inanspruchnahme einer Videosprechstunde aus einem der Leistungsbereiche wurden hinsichtlich ihres Alters und Geschlechtes kategorisiert. Der Anteil der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe an allen Videosprechstunden wird dabei mit einem türkisfarbenen Balken dargestellt. Der Anteil der betreffenden Alters- und Geschlechtsgruppe an allen Leistungen dieses Leistungsbereiches (unabhängig von Videoerbringung) als graue Säule. Durch Vergleich der beiden Verhältnisse zueinander lassen sich Rückschlüsse auf das Verhalten hinsichtlich persönlicher Inanspruchnahme bzw. Inanspruchnahme mittels Videosprechstunden durch verschiedenen Alters- und Geschlechtsgruppen ziehen. Die Analysen ergänzen damit die Analyse bezüglich der GOP 01450 im Allgemeinen.

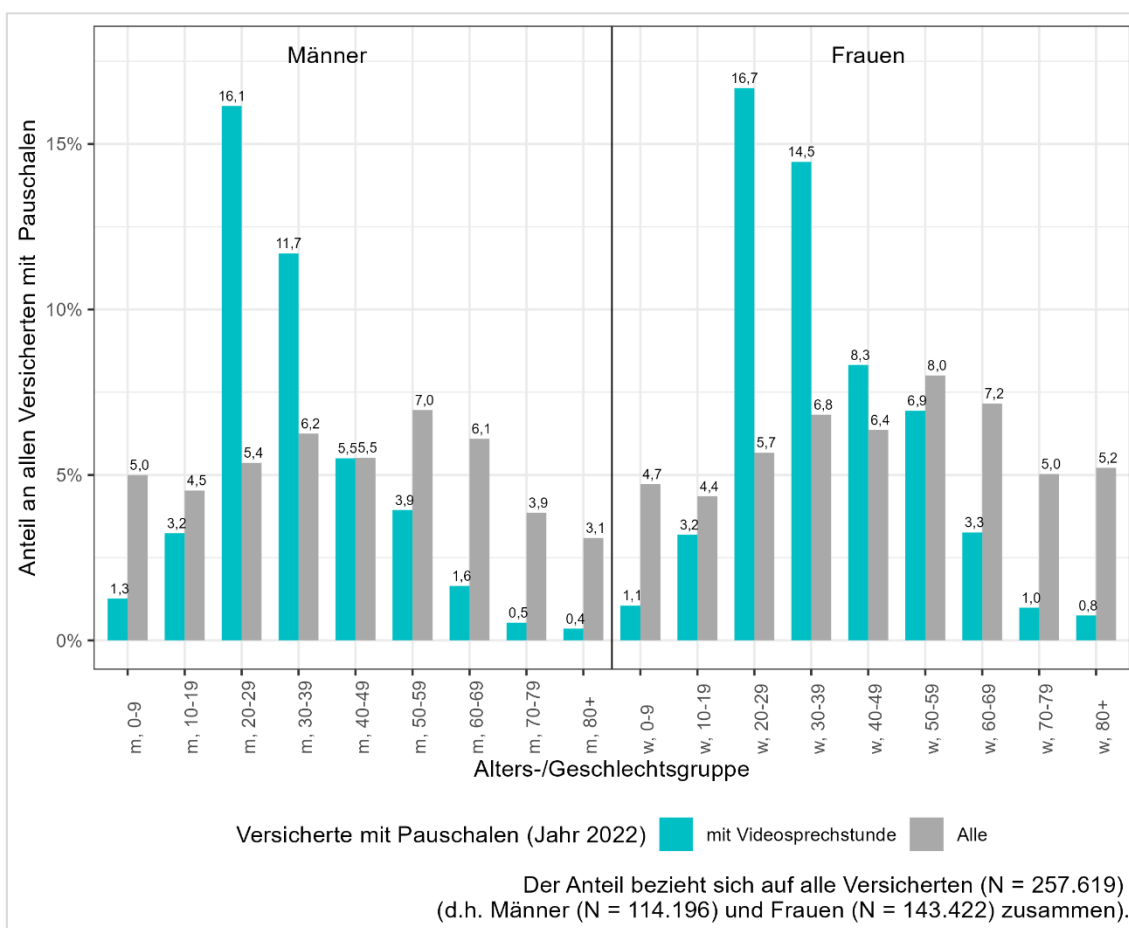


Abbildung 9 Alters- und Geschlechtsverteilung in % bei den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen. Die türkisfarbenen Balken zeigen den Anteil, den diese Altersgruppe dieses Geschlechts an allen Pauschalen hatte, die rein per Video erbracht wurden. Die grauen Balken zeigen die entsprechende Verteilung bei allen erbrachten Pauschalen (unabhängig von Videoerbringung).

In Abbildung 9 ist ersichtlich, dass, sowohl bei Männern als auch bei Frauen insbesondere bei den jüngeren Altersklassen (20-29 Jahre und 30-39 Jahre) im Verhältnis überdurchschnittlich

viele reine Videobehandlungen stattfanden. Daher wurde bei diesen Versicherten die Grund-/Versichertenpauschale als ‚per Video durchgeführt‘ gekennzeichnet. In den Altersklassen über dem 50. Lebensjahr finden unterdurchschnittlich häufig reine Videokontakte statt.

Weitere durchgeführte Analysen zeigen Abbildung 10 bis Abbildung 12:

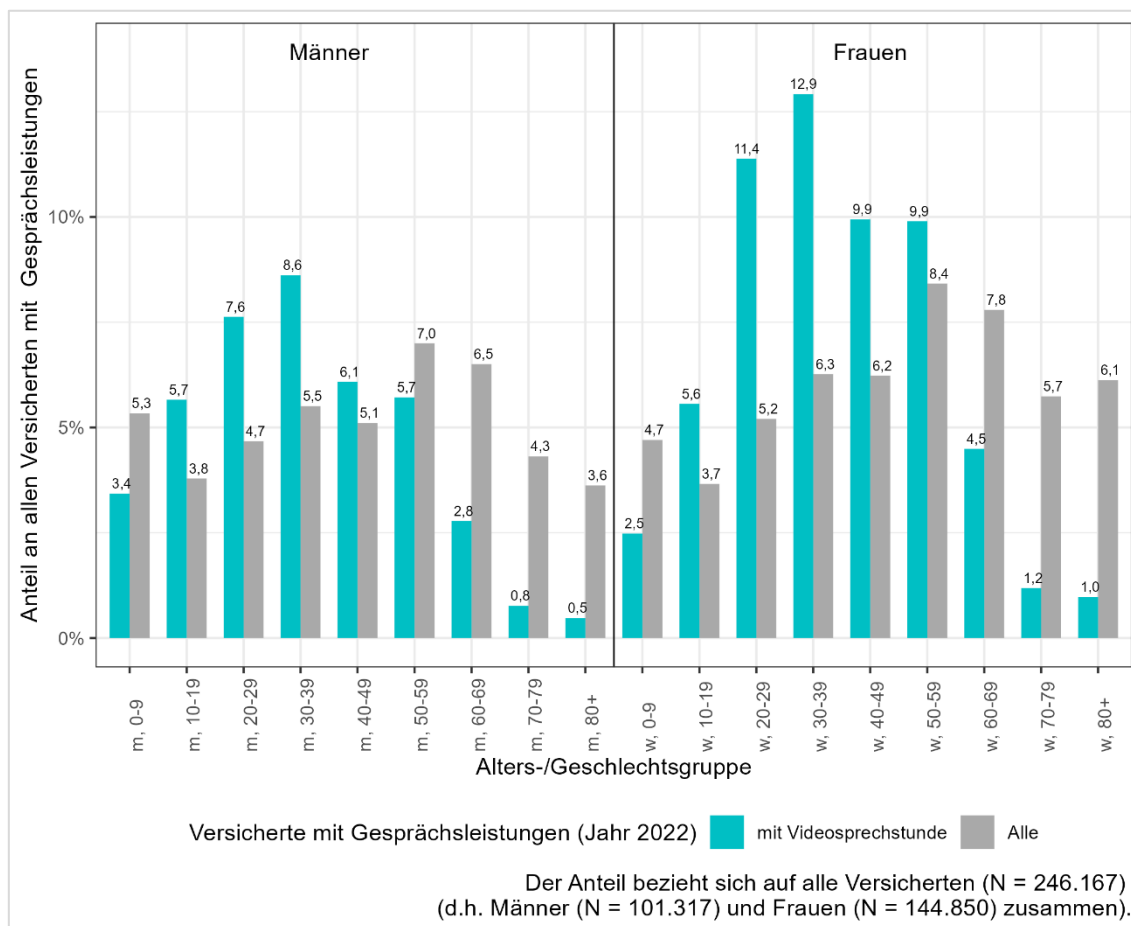


Abbildung 10 Alters- und Geschlechtsverteilung in % bei der Inanspruchnahme von Gesprächsleistungen. Die türkisfarbenen Balken zeigen den Anteil, den diese Altersgruppe dieses Geschlechtes an allen Gesprächsleistungen hatte, die per Video erbracht wurden. Die grauen Balken zeigen die entsprechende Verteilung bei allen durchgeführten Gesprächsleistungen (unabhängig von Videoerbringung).

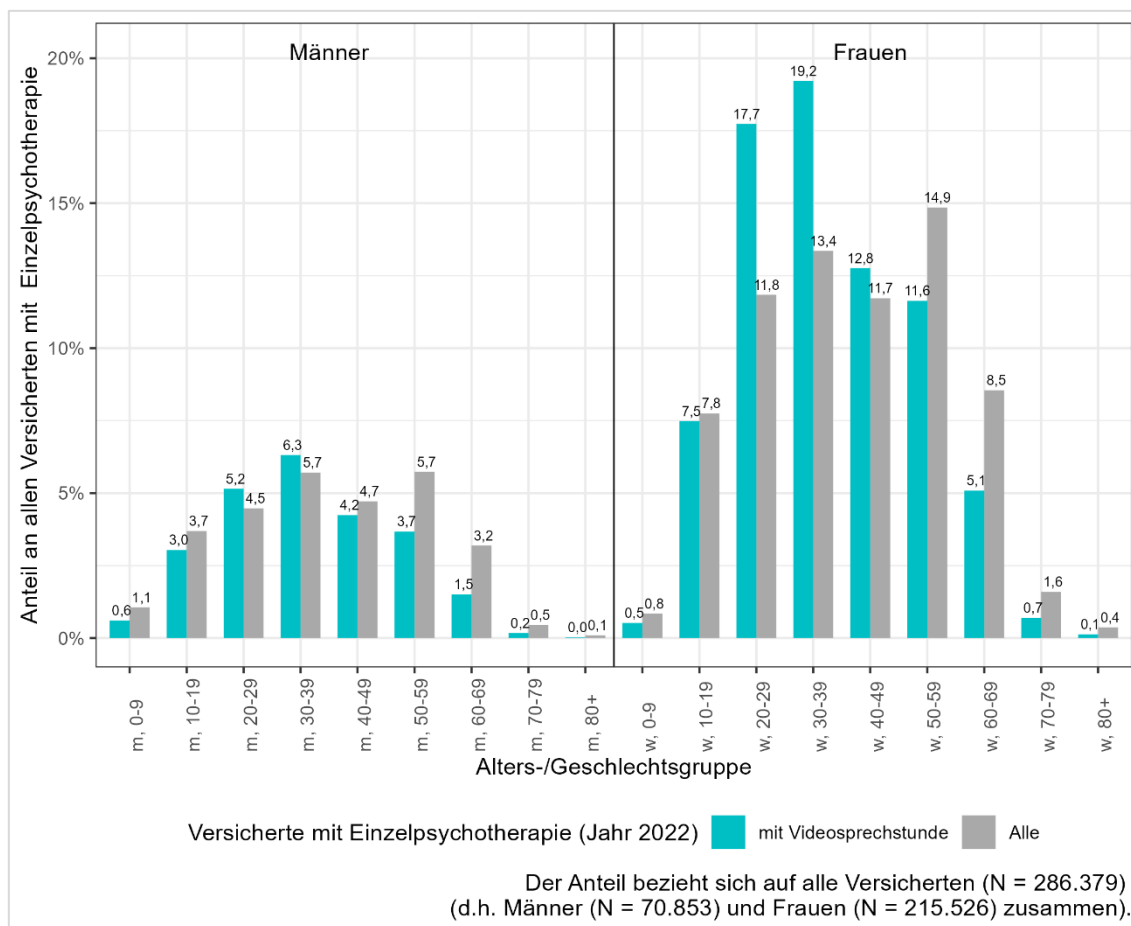


Abbildung 11 Alters- und Geschlechtsverteilung in % bei der Inanspruchnahme von Einzelpsychotherapien (antragspflichtige Psychotherapie). Die türkisfarbenen Balken zeigen den Anteil, den diese Altersgruppe dieses Geschlechtes an allen Einzelpsychotherapien, die per Video erbracht wurden, hatte. Die grauen Balken zeigen die entsprechende Verteilung bei der Einzelpsychotherapie (unabhängig von Videoerbringung).

Sowohl bei den Gesprächsleistungen (Abbildung 10) als auch bei der Einzelpsychotherapie (Abbildung 11) und der Gruppenpsychotherapie (Abbildung 12) lässt sich folgendes feststellen:

In den Altersgruppen vom 20. bis 39. Lebensjahr zeigt sich bei beiden Geschlechtern eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Videosprechstunde, wobei die Gruppe der weiblichen Versicherten hier generell einen höheren Anteil an der Inanspruchnahme aufweist.

Die hinsichtlich der Verteilung überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Videosprechstunde ist bei weiblichen Versicherten häufig bis in höhere Altersklassen bis zum 49. oder sogar bis zum 59. Lebensjahr erkennbar.

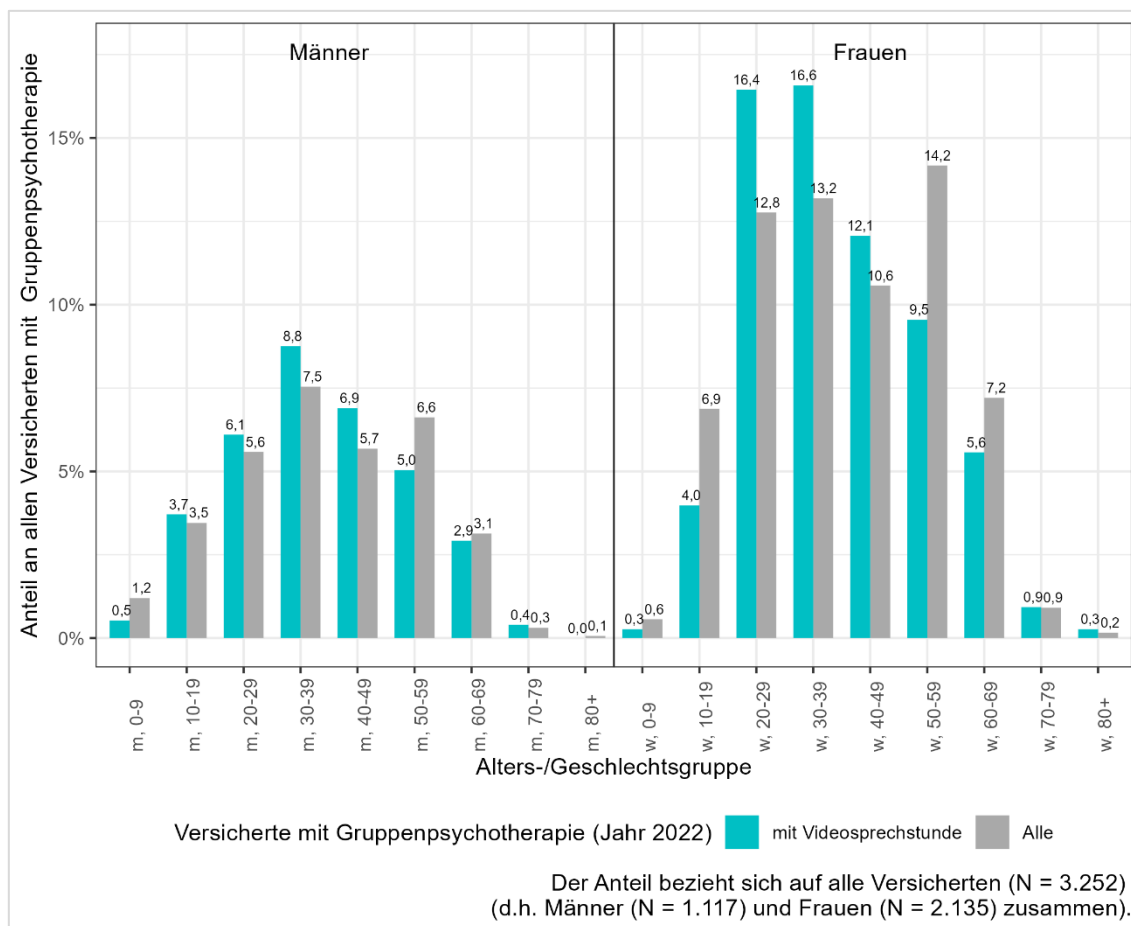


Abbildung 12 Alters- und Geschlechtsverteilung in % bei der Inanspruchnahme der Gruppenpsychotherapie. Die türkisfarbenen Balken zeigen den Anteil, den diese Altersgruppe dieses Geschlechtes an allen Gruppenpsychotherapien, die per Video erbracht wurden, hatte. Die grauen Balken zeigen die entsprechende Verteilung bei der Gruppenpsychotherapie (unabhängig von Videoerbringung).

Absolute Inanspruchnahme einzelner Leistungsbereiche der Videosprechstunde

Es wurden bezüglich der o.g. Gruppen an Leistungen auch Analysen zur direkten Betrachtung des Anteils von Versicherten mit Inanspruchnahme z.B. von Gesprächsleistungen per Video vs. allen Versicherten mit Inanspruchnahme von Gesprächsleistungen (im Sinne eines Quotienten Versicherte mit Gesprächsleistungen per Video/alle Versicherten mit Gesprächsleistungen) durchgeführt. Da die Videosprechstunde weiterhin oft nur einen Bruchteil der Erbringung aller Leistungen darstellt, ergaben sich hier je nach Subgruppe sehr geringe Zahlen. Einen relativ hohen Anteil stellten im Jahr 2022 dabei z.B. noch die 20-29-Jährigen und 30-39-Jährigen Versicherten bei den Gesprächsleistungen:

In diesen Altersgruppen lag der Anteil von Versicherten mit Inanspruchnahme mind. einer per Videosprechstunde durchgeführten Gesprächsleistung bei ca. 1 %. Der Prozentsatz bei den weiblichen Versicherten lag dabei leicht höher als bei männlichen Versicherten. Ein noch höherer Anteil ergab sich bei den Gruppentherapien – hier nahmen 4-5 % der Versicherten mit Gruppentherapie in den Altersgruppen 20-49 Jahre an mindestens einer Gruppentherapie-Sitzung per Videosprechstunde teil.

Die höchsten Werte ergaben sich jedoch bei den (antragspflichtigen) Psychotherapien (Abbildung 13):

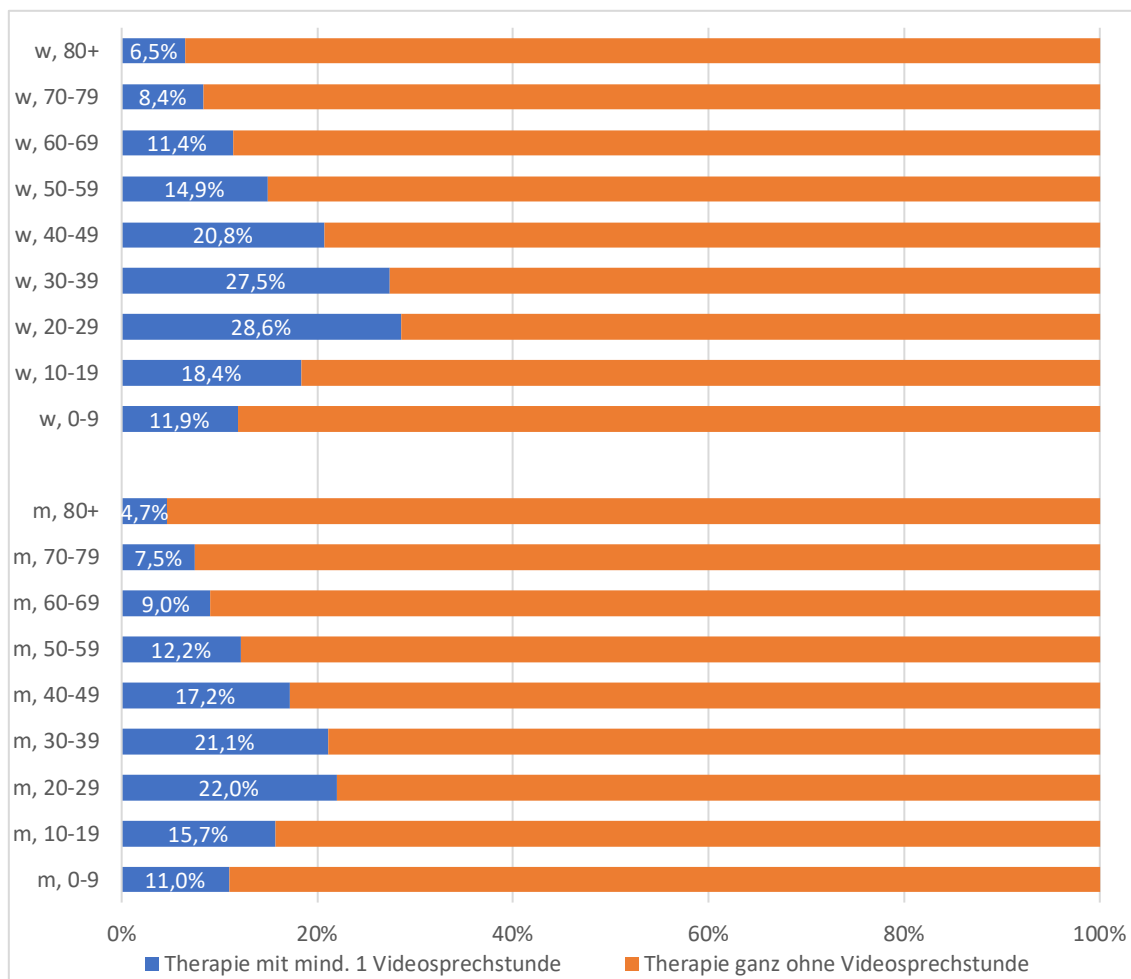


Abbildung 13 Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme von mindestens einer Videosprechstunde im Rahmen einer Psychotherapie an allen Versicherten mit Inanspruchnahme einer Psychotherapie im Jahr 2022. m=männlich, w=weiblich.

Nach Abbildung 13 nahmen im Rahmen ihrer (antragspflichtigen) Psychotherapie im Jahr 2022 28,6 % aller weiblichen Versicherten zwischen 20-29 Jahren an Videosprechstunden im Rahmen ihrer Psychotherapie(-sitzungen) teil. Diese Werte unterstreichen die Bedeutung des Mediums Videosprechstunde im Rahmen von schwerpunktmäßig gesprächsbasierten (Psycho-)Therapien, insbesondere in der Gruppe der jüngeren Erwachsenen.

2.11.2 Betrachtung der Morbidität von Versicherten für ausgewählte Inanspruchnahmen der Videosprechstunde

Über Morbiditätsanalysen kann die Bedeutung und die Funktion der Videosprechstunde im Versorgungsprozess von Patientinnen und Patienten genauer eingeordnet werden. Mit den zur Verfügung stehenden Daten unterliegen diese jedoch deutlichen Einschränkungen. So liegen keine direkten Daten hinsichtlich des Inhalts oder des Anlasses einer Videosprechstunde vor. Die Daten über Leistungen und Diagnosen sind stattdessen auf Ebene eines Behandlungsfalls – und damit eines Quartals – aggregiert. Durchgeführte Leistungen und Diagnosen können damit insbesondere bei fehlender Kennzeichnung der Videosprechstunde und bei mehrfachem Patientenkontakt in einem Quartal nicht verlässlich dem Behandlungsinhalt einer Videosprechstunde zugeordnet werden.

Allgemeingültige Ergebnisse sind bei einer Analyse der Videosprechstunde insgesamt auch dadurch erschwert, dass die Gruppe der Versicherten mit Inanspruchnahme einer Videosprechstunde eine große Heterogenität von vielen jüngeren Erwachsenen zu wenig Älteren einerseits und vielen Gesprächsleistungen zu wenig somatischen Leistungen andererseits aufweist. Daher wird auf Subgruppen-Analysen zurückgegriffen, z.B. auf Ebene der (fachgruppenspezifischen) Behandlungsfälle. Bei Analysen von insbesondere kleinen Subgruppen muss dann bedacht werden, dass lediglich eine Stichprobe mit ca. 23 % der Versicherten vorliegt, von welcher auf die Grundgesamtheit hochgerechnet wird.

Für die Morbiditätsanalyse wurde folgendermaßen vorgegangen: Für alle Versicherten mit Abrechnung einer Videosprechstunde (GOP 01450) wurden die Diagnosen für den Behandlungsfall erhoben, in dessen Rahmen die Videosprechstunde erfolgte. Anschließend wurden die Diagnosenlisten um die Diagnosen bereinigt, die in einem ähnlich hohen Anteil auch bei der Gesamtheit der Behandlungsfälle verschlüsselt werden. Die häufigsten 10 Diagnosen, deren Anteil bei den Behandlungsfällen mit Videokontakt mehr als doppelt so häufig wie bei der Gesamt-Vergleichsgruppe auftraten, wurden berücksichtigt. Anschließend wurden alle Diagnosen mit einem Anteil unter 3 % am Gesamtdiagnose-Spektrum gelöscht. Die genauen Ergebnisse sind in Tabelle 55 im Anhang ersichtlich.

Tabelle 8 gibt die Ergebnisse in manuell grob abstrahierter Form für die wichtigsten Fachgruppen an.

Tabelle 8 Krankheitsspektrum auf Grundlage von überproportional vorliegenden ICD-Diagnosen im Behandlungsfall bei Versicherten mit Inanspruchnahme einer Videosprechstunde.

Fachgruppe	Häufigste überproportionale Diagnosen
Psychotherapie	normales Behandlungsspektrum/kein sign. Unterschied
Psychiatrie	Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, Lese-Rechtschreib-Schwäche
Hausärztinnen/-ärzte	Infektionen obere Atemwege, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen
Kinder- und Jugendmedizin	Infektionen obere Atemwege, Ekzeme, Dermatitis / wenig Unterschied
Innere Medizin	Infektionen obere Atemwege, chronische Schmerzen, Herzrhythmusstörungen/Tachykardien, Angina pectoris-Beschwerden
Gynäkologie	Sterilität, Fertilitätsberatungen, Kopfschmerzen
Neurologie/Nervenheilk.	Migräne, Anpassungsstörungen, Multiple Sklerose, chronische Schmerzen
Orthopädie	Kopfschmerzen, Rückenschmerzen
Urologie	Unklare Unterleibschmerzen, Harnwegsinfekt, Impotenz
HNO und Phoniatrie	Infektionen obere Atemwege, Kopfschmerzen
Dermatologie	Akne, Periorale Dermatitis, allergische Rhinopathie
Augenheilkunde	Glaukom, Katarakt, Pupillenfunktionsstörungen

Insbesondere im Fachgebiet der Psychotherapie aber auch in der Kinder-/Jugendmedizin ließen sich keine oder nur geringe Unterschiede zwischen dem Diagnosespektrum von Versicherten mit Inanspruchnahme einer Videosprechstunde im Behandlungsfall und dem üblichen Diagnosespektrum aller Behandlungsfälle eruieren (Tabelle 8). Ansonsten waren z.B. chronische/akute Kopf-/Rückenschmerzen und Infektionen der oberen Atemwege überproportional häufig bei Versicherten mit Videosprechstunde aufzufinden. Sehr häufig tauchten Diagnosen hinsichtlich Infektionen der oberen Atemwege/COVID-19 auch bei Fachgruppen auf, die diese nicht schwerpunktmäßig behandeln (siehe auch Tabelle 55 im Anhang). Diese waren möglicherweise damit lediglich Ursache für die Inanspruchnahme einer Leistung per Videosprechstunde – bei vorliegender akuter Covid-Infektion und häuslicher Isolation des Versicherten.

2.12 Authentifizierungen im Rahmen von Videosprechstunden

Zur Feststellung der Identität der Versicherten erfolgt bei Versicherten, die der Einrichtung unbekannt sind, vor einer Videosprechstunde eine Authentifizierung (siehe hierzu Kapitel 2.2). Der Aufwand dieser bisher händisch durchgeführten Authentifizierung mittels in die Kamera gehaltener Versichertenkarte wird seit Ende 2019 mit der GOP 01444 vergütet. Die jährliche Entwicklung dieser Leistung zeigt Abbildung 14.

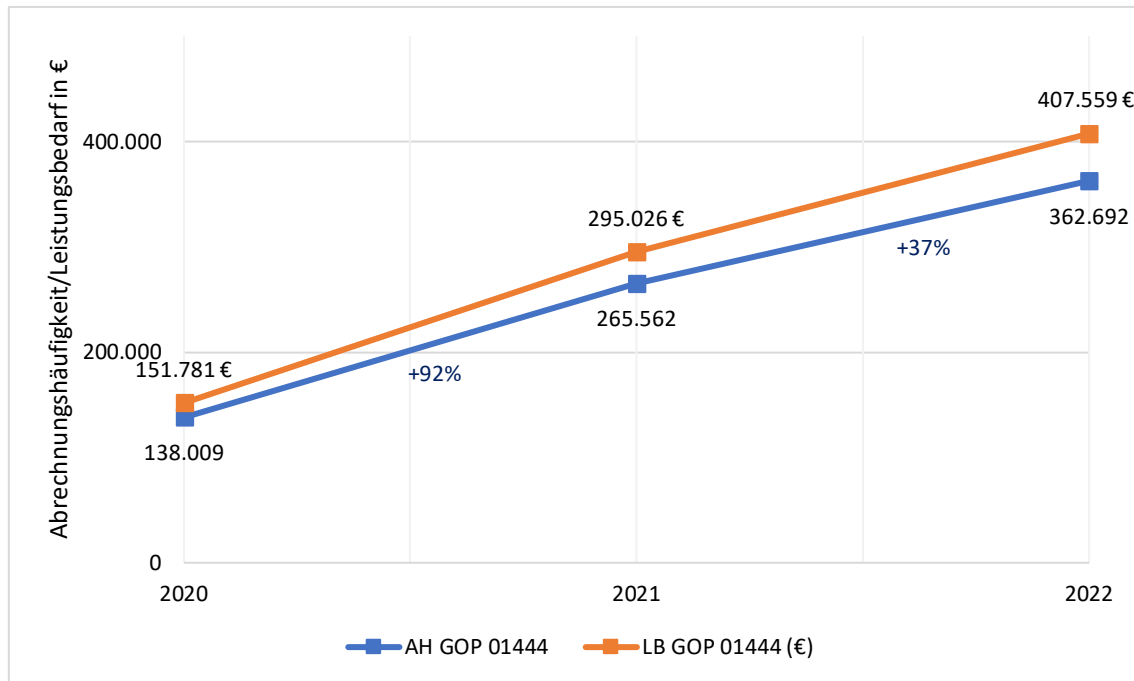


Abbildung 14 Abrechnungshäufigkeit (AH) und Leistungsbedarf in € (LB) der Authentifizierung eines unbekannten Versicherten im Rahmen der Videosprechstunde über die GOP 01444. Dargestellt sind die Jahre 2020-2022.

Die Authentifizierungsleistung zeigte eine kontinuierliche Steigerung der Abrechnungshäufigkeit über die Jahre (Abbildung 14). Der Leistungsbedarf zeigte einen sehr ähnlichen Verlauf und ähnliche Höhe, da er mit 10 Punkten bei nur etwas mehr als 1 € pro Authentifizierung bewertet ist.

Auf eine graphische Darstellung der Abrechnungshäufigkeit pro Quartal wurde verzichtet; die Werte finden sich in Tabelle 50 im Anhang.

Anteil der notwendigen Authentifizierungen bei einem Videokontakt

Das prozentuale Verhältnis der Abrechnung der GOP 01444 zu der Abrechnung der GOP 01450 liefert den prozentualen Anteil an Videosprechstunden, bei denen eine Authentifizierung eines Versicherten notwendig ist (Abbildung 15).

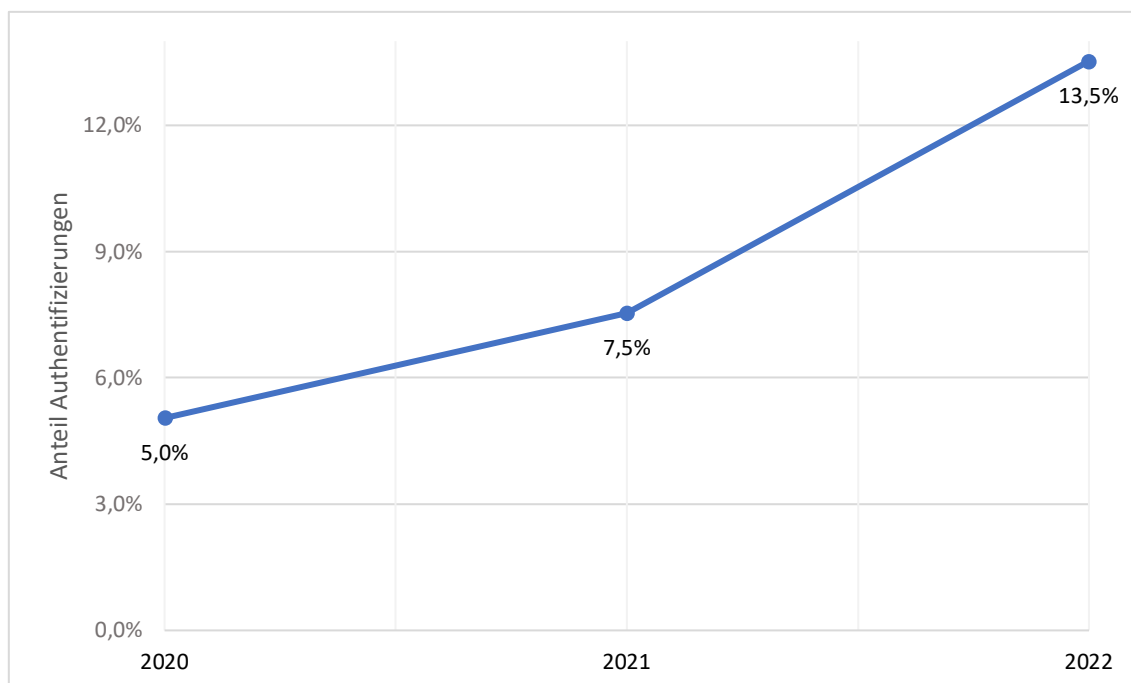


Abbildung 15 Verhältnis von Authentifizierung zur Videosprechstunde. Dargestellt ist der prozentuale Anteil der Abrechnungshäufigkeit der GOP 01444 an der Abrechnungshäufigkeit der GOP 01450 in den Jahren 2020-2022.

Abbildung 15 zeigt, dass bei einer wachsenden Anzahl an Videosprechstunden eine vorangehende Identifizierung des Versicherten notwendig war. So war im Jahr 2022 bei 13,5 % der Videosprechstunden eine vorangehende Authentifizierung vonnöten. Von einer Substitution durch andere Authentifizierungsmöglichkeiten ist im Jahr 2022 noch nicht auszugehen. Die Authentifizierungsleistung der GOP 01444 wurde mit dem Beschluss aus der 669. Sitzung des BA bis Ende 2025 verlängert – bis digitale Identitäten und die elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis flächendeckend dienen können.

Die Abrechnungshäufigkeit der Authentifizierung in Bezug auf die unterschiedlichen KV-Bezirke in absoluten und in normierten Zahlen (je 100.000 Versicherte) ist im Anhang in Tabelle 56 ersichtlich.

3 Videofallkonferenzen

3.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Abzugrenzen von der eigentlichen Videosprechstunde sind Videofallkonferenzen. Diese dienen – wie bereits in Kapitel 2.1 ausgeführt – funktional als Besprechungen zwischen mehreren Ärztinnen und Ärzten oder zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Pflegekräften bzw. nichtärztlichem Fachpersonal, mit oder ohne Anwesenheit der/des Versicherten.

3.2 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 9):

Tabelle 9 Durchführbarkeit von Fallkonferenzen per Video; MRSA = methicillinresistenter Staphylococcus aureus. Die grau gefärbte GOP 37550 betrifft den intersektoralen Versorgungsbereich.

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	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
37720	Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL	617. BA	4/2022	86 Punkte
37550	Fallbesprechung gemäß § 6 KSVPsych-RL	6. ergEBA	4/2022	128 Punkte

In Tabelle 9 sind viele Fallkonferenzen ersichtlich, die im Jahr 2019 für die Erbringung per Video geöffnet wurden. Darüber hinaus wurde mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 (453. Sitzung des BA) mit der GOP 01442 die Abrechnung einer reinen Videofallkonferenz mit Pflegekräften von Pflegebedürftigen, die in der Häuslichkeit oder in beschützenden Einrichtungen versorgt werden, ermöglicht. Bei fast allen Fallkonferenzen wurde mit dem 2. Quartal 2020 eine Bewertungsanpassung auf 86 Punkte vorgenommen. Zuletzt kamen mit einem Beschluss aus der 617. Sitzung des BA eine Fallkonferenz im Rahmen der AKI-RL und mit dem Beschluss aus der 6. Sitzung des ergEBA eine Fallbesprechung gemäß § 6 KSVPsych-RL (GOP 37550) hinzu. Die Fallbesprechung nach GOP 37550 wird als prinzipiell sektorenübergreifende Fallbesprechung in Teil B des Berichts behandelt (siehe Kapitel 16).

Der im Rahmen einer Videofallkonferenz ebenfalls berechnungsfähige Technikzuschlag (GOP 01450) darf nur von der Ärztin oder dem Arzt bzw. der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten angesetzt werden, die/der die Videofallkonferenz initiiert. Eine Videofallkonferenz darf ebenso wie eine Videosprechstunde nur mithilfe eines nach Anlage 31b zum BMV-Ä¹⁸ zertifizierten Videodiensteanbieters durchgeführt werden.

Beschlüsse zu Videofallkonferenzen im Berichtszeitraum

Im Berichtsjahr 2022 wurden hinsichtlich der Videofallkonferenzen folgende Beschlüsse gefasst (Tabelle 10):

Tabelle 10 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu Videofallkonferenzen, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit/ Befristung
Finanzierung	610. BA	01.10.2022	Vergütung GOP 01442 außerhalb der MGV (aufbauend auf 453., 570. BA)	31.12.2022
Neue Leistung/ Finanzierung	617. BA	01.12.2022	Neue GOP 37720 - Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL, Teil D: Regelungen zur Finanzierung außerhalb der MGV	Nein
Finanzierung	617. BA	01.01.2023	Vergütung GOP 01442 außerhalb der MGV (aufbauend auf 453., 570., 610. BA)	31.12.2023

Mit der 617. Sitzung des BA wurde eine neue Leistung für eine Fallkonferenz im Rahmen der Behandlung von Versicherten nach der AKI-RL geschaffen. Mit den Beschlüssen aus der 610. und 617. Sitzung des BA, welche die Finanzierungsregelung außerhalb der MGV zusammentragen, erfolgte die Finanzierung der Leistung nach GOP 01442 auch für das Jahr 2022 und 2023 außerhalb der MGV (Tabelle 10).

¹⁸ 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)

3.3 Leistungsentwicklung

Die Auswertung der Abrechnungshäufigkeit bezüglich der Fallkonferenzen ist lediglich für die reine Videofallkonferenz (GOP 01442) möglich (Abbildung 16). Aussagen zu der Leistungsentwicklung der GOP 30706, 30948, 37120, 37320, 37400 und 30210 (wie sie in Tabelle 9 aufgeführt sind) als Videofallkonferenz sind nicht verfügbar, da hierzu die spezifische Kennzeichnung in den Daten fehlt. Auf eine Auswertung der GOP 37720 wurde in diesem Bericht verzichtet, da die GOP 37720 erst ab dem 1. Dezember 2022 berechnungsfähig war.

Videofallkonferenz GOP 01442

Der deutliche Rückgang der Abrechnungshäufigkeit und des Leistungsbedarfs bei der GOP 01442 wird insbesondere in der Jahresstatistik (Tabelle 11) ersichtlich:

Tabelle 11 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr für die GOP 01442. In Klammern ist die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit in % im Vergleich zum Vorjahr angegeben.

	2020	2021	2022
Abrechnungshäufigkeit	22.508	13.803 (-39%)	10.327 (-25%)
Leistungsbedarf	208.138	132.126	100.082

In Abbildung 16 ist der Verlauf der Abrechnungshäufigkeit der GOP 01442 pro Quartal dargestellt:

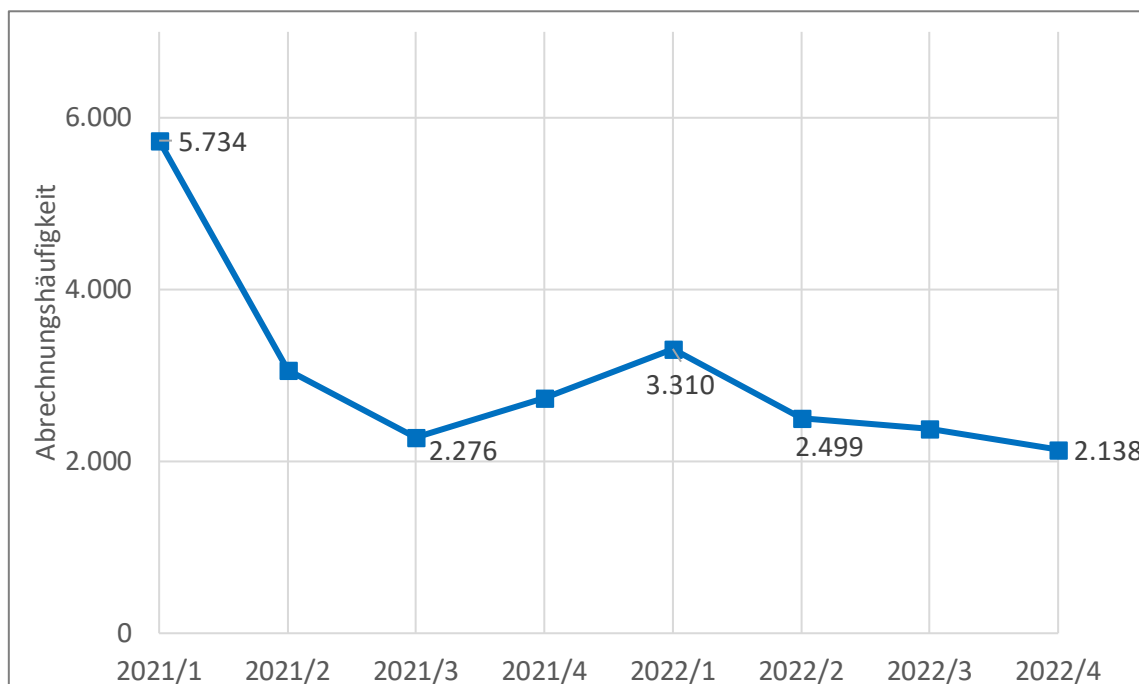


Abbildung 16 Abrechnungshäufigkeit der GOP 01442 (Videofallkonferenz) in den Jahren 2021 und 2022.

Die Abnahme der Abrechnungshäufigkeit der GOP 01442 zum 2. Quartal 2021 hin ist hier gut ersichtlich. Seitdem verbleibt die Abrechnungshäufigkeit auf einem Niveau um 2.000 bis 3.000 Abrechnungen je Quartal (Abbildung 16). Tabelle 57 im Anhang listet neben der Abrechnungshäufigkeit der Jahre 2021 und 2022 je Quartal auch den zugehörigen Leistungsbedarf je Quartal auf.

Auswertungen zur Abrechnungshäufigkeit der GOP 01442 durch die verschiedenen Fachgruppen ergaben, dass die GOP 01442 in einem weit überwiegenden Anteil (~75 %) von der Fachgruppe der Hausärzte/-ärztinnen abgerechnet wird (siehe auch die fachgruppenspezifischen Abrechnungen im Anhang, Tabelle 60). Im Anhang sind darüber hinaus die Verlaufswerte zur Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf je Quartal und die regionalen Abrechnungen (nach KV-Bezirken) sowie nach Einrichtungsformen der GOP 01442 ersichtlich (siehe Anhang, Tabelle 58, Tabelle 59).

4 Telemonitoring bei Versicherten mit Herzinsuffizienz

4.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Bei Patienten und Patientinnen mit Herzinsuffizienz ist das Herz nicht mehr in der Lage, sich ausreichend mit Blut zu füllen oder dieses wieder herauszupumpen. Eine Herzinsuffizienz kann chronisch oder akut auftreten. Kennzeichnend ist, dass der Körper nicht genug Sauerstoff erhält, um die Versorgung unter Belastungs- bzw. im fortgeschrittenen Stadium 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.

Da das Herz in einen komplexen Regelungsvorgang eingebunden ist, neigt eine Herzinsuffizienz zu einem schwankenden Verlauf, der sich typischerweise bei Überschreitung eines Kippunktes schnell und lebensbedrohlich verschlechtern kann. Eine engmaschige Kontrolle des Gesundheitsstatus ermöglicht es, Verschlechterungen frühzeitig zu erkennen, bevor ein solcher Kippunkt 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.

Abbildung 17 demonstriert die wesentliche Struktur und den Ablauf des Telemonitorings bei Herzinsuffizienzpatientinnen und -patienten mit Schweregrad NYHA II oder III nach der Anlage I Nr. 37 der MVV-RL:

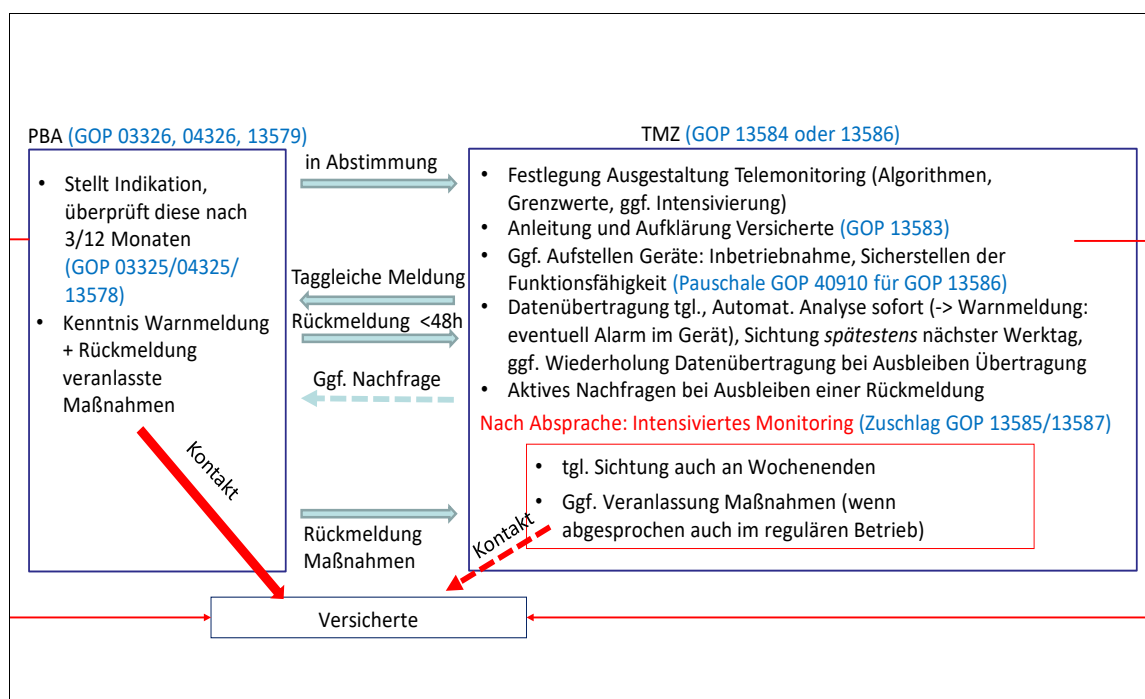


Abbildung 17 Schematische Darstellung des Telemonitorings bei Versicherten mit Herzinsuffizienz (Darstellung InBA). PBA= primär behandelnder Arzt/ Ärztin; TMZ =telemedizinisches Zentrum.

Der primär behandelnde Arzt oder die Ärztin (PBA) stellt die Indikation für das Telemonitoring und arbeitet eng mit dem telemedizinischen Zentrum (TMZ) zusammen (Abbildung 17). PBA und TMZ sind im Regelfall getrennte Institutionen. Falls der/die PBA die strukturellen und prozessualen Voraussetzungen für ein TMZ erfüllt 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 nach Absprache ein intensivierte 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 (Abbildung 17).

Ersichtlich sind in Abbildung 17 auch die eingeführten Gebührenordnungspositionen, die in Kapitel 4.2 näher erläutert werden.

Rechtlicher Hintergrund

Die Methode Telemonitoring bei Herzinsuffizienz wurde am 17. Dezember 2020 in einem Beschluss des G-BA zur Aufnahme der Methode Telemonitoring bei Herzinsuffizienz als Nr. 37 in die Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) übernommen. Grundsätzlich werden bei dieser Methode im Sinne einer Fernüberwachung regelmäßig (z.B. täglich) klinische Daten (Gewicht, Blutdruck, Befinden) oder technische Daten (z.B. Batteriestatus, Impedanzen) von Patienten und Patientinnen mit Herzinsuffizienz an ein spezifisches TMZ übermittelt und ausgewertet. Bei Überschreiten von vordefinierten Grenzwerten oder detektierten Auffälligkeiten können die Betroffenen gezielt außerhalb der geplanten Nachsorgeintervalle einbestellt oder sogar sofort diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Der Erfolg des Telemonitorings hängt dabei entscheidend vom Informationsfluss und der im Voraus definierten Aufgabenverteilung zwischen dem TMZ und dem PBA ab.

4.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Die Implementierung des G-BA-Beschlusses in der Vergütungsstruktur erfolgte mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 76. Sitzung¹⁹ mit Wirkung zum 1. Januar 2022 (Tabelle 12).

¹⁹ [Beschluss](#) des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 76. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

Tabelle 12 Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. des erweiterten Bewertungsausschusses zu Telemonitoring bei Herzinsuffizienz, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit/Befristung
Neue Leistung/ Finanzierung	76. EBA	01.01.2022	Aufnahme Leistungen für das Telemonitoring Herzinsuffizienz, reguläre Abrechnung unter Vorbehalt einer QS-Vereinbarung (s.u.); Teil B: Regelungen zur Finanzierung außerhalb der MGV	Nein
Detailänderung	625. BA	01.01.2023	Aufhebung Berechnungsausschlüsse GOP 13584 zu Funktionsanalysen (GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575) und Neuregelung	Nein

Mit dem Beschluss des 76. EBA wurden folgende Leistungen zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz für PBA sowie für TMZ in den EBM aufgenommen (Tabelle 13):

Tabelle 13 Neu geschaffene Gebührenordnungspositionen mit dem Beschluss des EBA in seiner 76. Sitzung, getrennt nach PBA/TMZ (PBA = primär behandelnder Arzt/ Ärztin; TMZ = telemedizinisches Zentrum). Das TMZ greift auf unterschiedliche Gebührenordnungspositionen zurück, abhängig von implantiertem kardialen Aggregat bzw. Gebrauch externer Geräte. Zusätzlich sind für TMZ die Pauschalen mit der GOP 13585 bzw. GOP 13587 für das intensivisierte Monitoring und die GOP 40910 für die Geräteversorgung berechnungsfähig.

	GOP	Abrechnungsbestimmungen	Punkte	€ (2022)	Anmerkungen
PBA (HÄ, FÄ Kinder-/Jugendmedizin oder Innere Medizin)	Indikationsstellung inkl. Aufklärung und Beratung				
	03325/04325/13578	3x/KHF	65 Pkt.	7,47 €	Je vollendete 5 min
	Zusatzpauschale Betreuung von Versicherten im Telemonitoring bei Herzinsuffizienz				
	03326/04326/13579	1x/BHF	128 Pkt.	14,71 €	
TMZ	Anleitung und Aufklärung des Versicherten				
	13583	1x/KHF	95 Pkt.	10,92 €	
	Telemonitoring mit implantiertem kardialen ICD/CRT-System				
	13584	1x/BHF	1100 Pkt.	126,41 €	
	13585	1x/BHF	235 Pkt.	27,01 €	Zuschlag intensiviertes Monitoring
	Telemonitoring mittels externer Messgeräte				
	13586	1x/BHF	2100 Pkt.	241,31 €	
	13587	1x/BHF	235 Pkt.	27,01 €	Zuschlag intensiviertes Monitoring
	40910	1x/BHF	-	68,00 €	Kostenpauschale Geräteausstattung Versicherten im Zusammenhang mit der/den GOP 13586 und/oder 13587

In Tabelle 13 sind die für PBA berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen für die Indikationsstellung und die Betreuung der Versicherten dargestellt. Diese sind jeweils für Ärztinnen und Ärzte aus dem Fachgebiet Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin und Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie 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 das Telemonitoring von Versicherten, 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 einmal pro Behandlungsfall die Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung des Versicherten in Anspruch genommen werden (GOP 40910).

Bezüglich des Telemonitorings Herzinsuffizienz erfolgte zum 01. Januar 2023 mit dem Beschluss in der 625. Sitzung des BA²⁰ noch eine geringfügige Anpassung hinsichtlich des Zusammenspiels zwischen Funktionsanalysen einerseits und dem Telemonitoring Herzinsuffizienz andererseits (Tabelle 12).

Vereinbarungen

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung werden die neu eingeführten Gebührenordnungspositionen von einer Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-V TmHi)²¹ zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband flankiert. Diese trat zum 1. April 2022 in Kraft. 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. 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. Regulär war eine Abrechnung des Telemonitorings Herzinsuffizienz erst mit dem Inkrafttreten der QS-Vereinbarung möglich.²²

Neben der geschlossenen Qualitätssicherungsvereinbarung befinden sich der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch in Abstimmung über eine Vereinbarung hinsichtlich technischer Verfahren beim telemedizinischen Monitoring. Diese wird im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. und der gematik GmbH geschlossen. 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

²⁰ [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 625. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

²¹ Siehe [Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz](#) (QS-V TmHi) – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de); Inkrafttreten am 1.4.2022.

²² Vor Inkrafttreten der QS-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.

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, erfolgte eine Evaluation der Kosten in Bezug auf die vorhandene Infrastruktur der TMZ und der externen Geräte durch den Erweiterten Bewertungsausschuss zum Anfang des Jahres 2023.

4.3 Leistungsentwicklung

Die Voraussetzungen für eine reguläre Abrechnung des Telemonitoring Herzinsuffizienz waren ab dem 2. Quartal 2022 gegeben – eine Auswertung für das Jahr 2022 erfolgt daher für das 2. – 4. Quartal. Die vorhandenen 12 Leistungen werden zum besseren Verständnis im Folgenden nach Kategorien gruppiert dargestellt – abhängig von ihrer Funktion im Ablauf des Telemonitorings Herzinsuffizienz.

Sämtliche Ergebnisse, auch die Daten zur Entwicklung des Leistungsbedarfs (in €), sind in Tabelle 61 im Anhang wiedergegeben. Dort sind ebenfalls die sich aus der Summation der Werte des 2. – 4. Quartals ergebenden Jahreswerte für 2022 angegeben.

Abrechnungshäufigkeit für die Indikationsstellung bei Versicherten mit Telemonitoring Herzinsuffizienz durch den PBA

Die Indikationsstellung für das Telemonitoring Herzinsuffizienz wurde von den PBA in folgender Häufigkeit im 2. bis 4. Quartal 2022 abgerechnet (Abbildung 18):

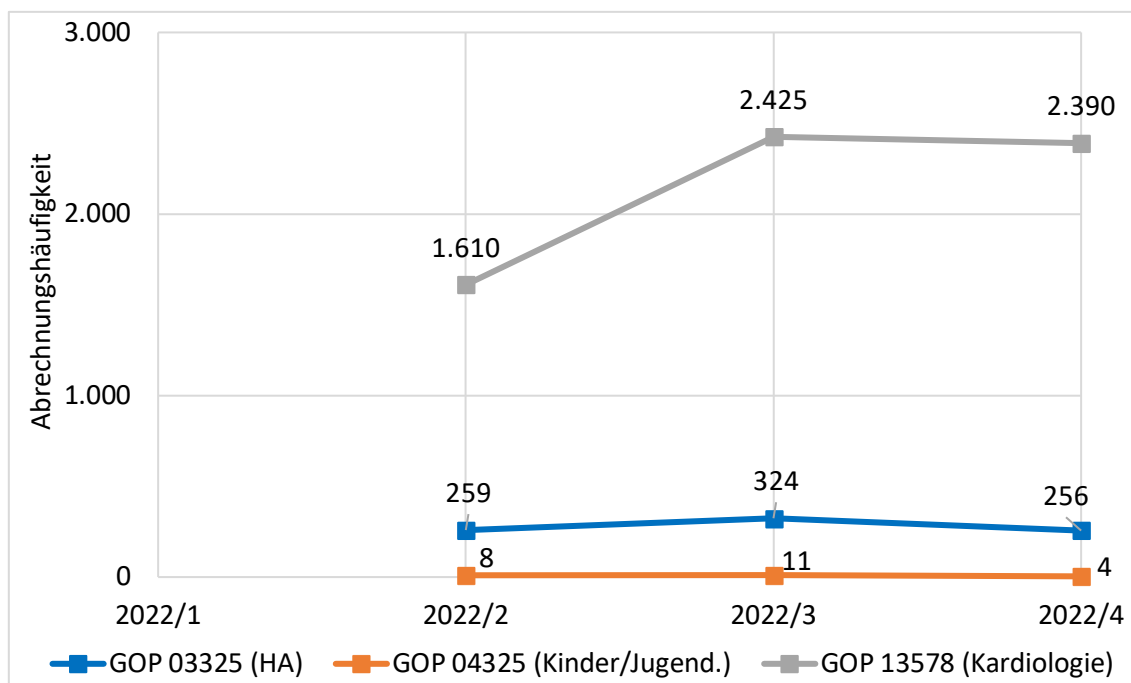


Abbildung 18 Abrechnungshäufigkeit für die Indikationsstellung bei Versicherten mit Telemonitoring Herzinsuffizienz für die primär behandelnden Ärztinnen/Ärzte (HA=Hausärztin/-arzt, Kinder/Jugendmedizin oder Innere Medizin) im 2. – 4. Quartal 2022.

Die Indikationsstellung durch Internisten oder Internistinnen mit Schwerpunkt Kardiologie war in Anbetracht der in Abbildung 18 illustrierten Abrechnungshäufigkeit mit 90 % der Regelfall. Indikationsstellungen durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt (HA) erfolgten dagegen nur in ca. 10 % der Fälle (blaue Kurve).

Abrechnungshäufigkeit der Zusatzpauschalen für PBA für die Betreuung von Versicherten mit Telemonitoring Herzinsuffizienz

Die Abrechnungshäufigkeit der Pauschalen für die Betreuung von Versicherten mit Herzinsuffizienz durch den PBA zeigt Abbildung 19. Der oder die PBA kann dabei – je nach Zugehörigkeit – über das EBM-Kapitel der Hausärzte/-ärztinnen (HA), der Kinder-/Jugendmedizin oder der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie abrechnen.

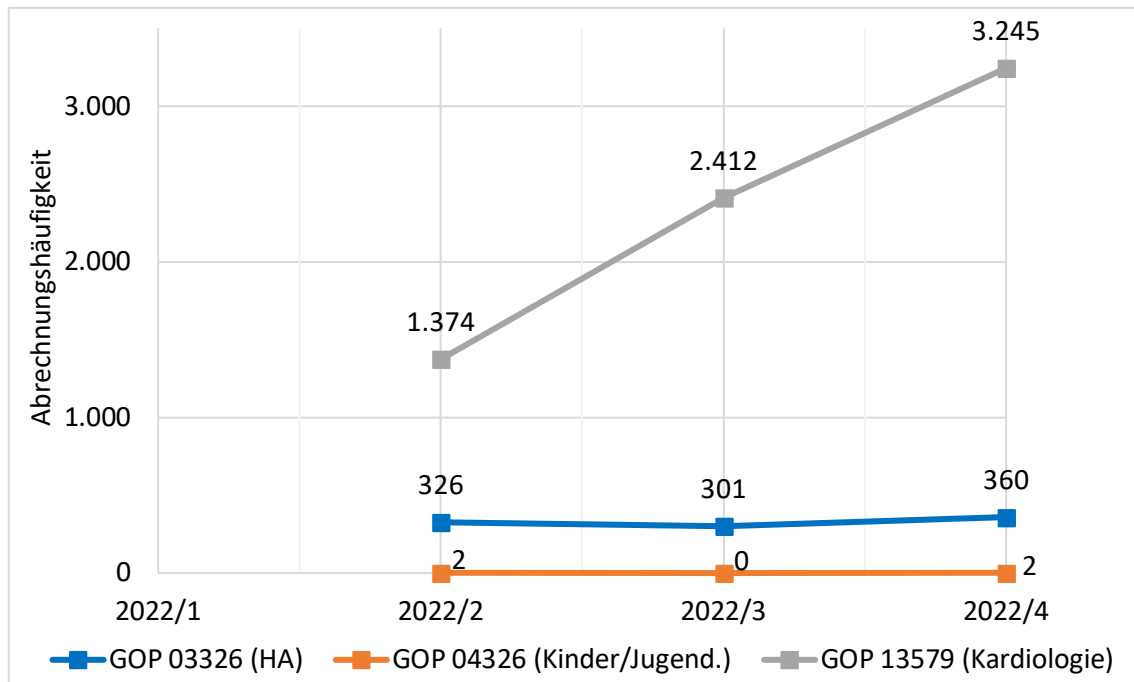


Abbildung 19 Abrechnungshäufigkeit der Zusatzpauschalen für primär behandelnde Ärztinnen/Ärzte (PBA) im 2 – 4. Quartal 2022 für die Betreuung von Versicherten mit Telemonitoring Herzinsuffizienz.

Wie bei der Indikationsstellung erfolgte auch die Betreuung von Versicherten mit Telemonitoring Herzinsuffizienz im Jahr 2022 im Wesentlichen durch PBA aus der Fachgruppe der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie. Bei dieser Fachgruppe war auch eine deutliche Steigerung von ca. 136 % vom 2. Quartal (1.374 Abrechnungen) auf das 4. Quartal (3.245 Abrechnungen) erkennbar. Hausärztliche PBA leisteten mit 360 Abrechnungen nur ca. 10 % der Abrechnungen im 4. Quartal 2022 während Ärztinnen/Ärzte aus der Fachgruppe der Kinder-/Jugendmedizin nur in Einzelfällen eine Betreuung abrechneten.

Abrechnungshäufigkeit für die Anleitung/Aufklärung und Behandlung von Versicherten mittels Telemonitoring Herzinsuffizienz für TMZ

Die in Abbildung 20 und Abbildung 21 dargestellten Verläufe der Abrechnungshäufigkeit beziehen sich auf die Leistungen, die von TMZ für das Telemonitoring Herzinsuffizienz berechnet werden können.

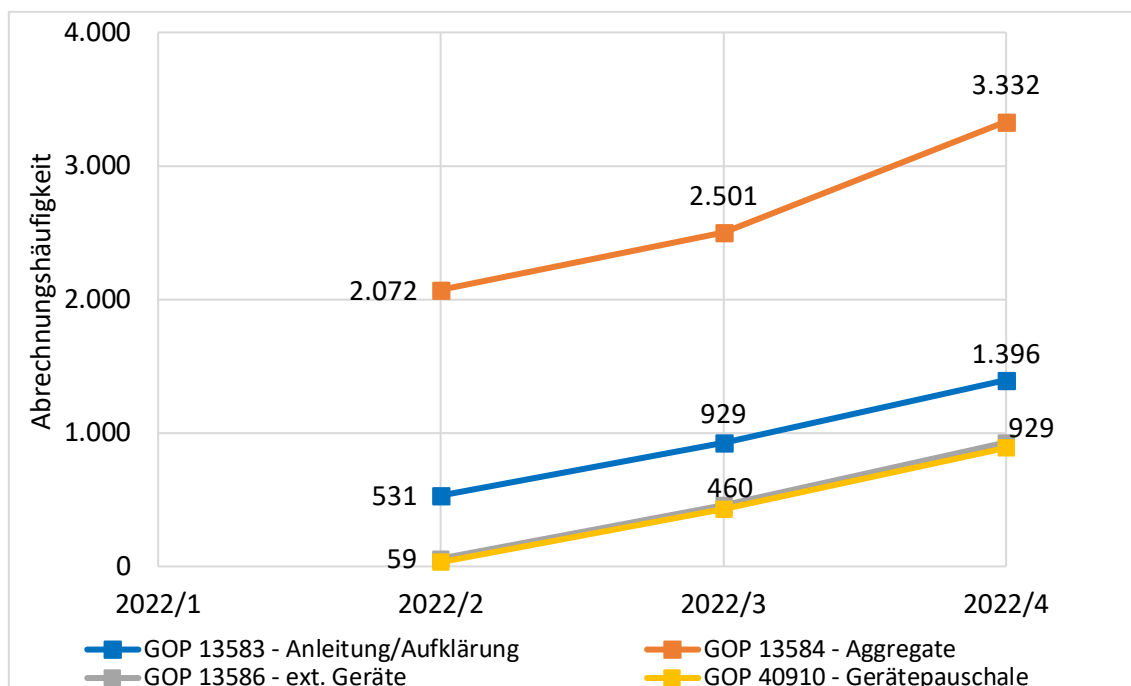


Abbildung 20 Abrechnungshäufigkeit der zentralen Behandlungs-GOP für telemedizinische Zentren (TMZ) im 2. – 4. Quartal 2022 für die Behandlung von Versicherten mit Telemonitoring Herzinsuffizienz.

Die Abrechnungshäufigkeit für Versicherte mit Aggregatsystemen (GOP 13584, orangefarbene Kurve) dominiert die Abrechnungshäufigkeiten in Abbildung 20. Im 4. Quartal 2022 wurde diese 3.332-mal abgerechnet. Deutlich seltener wird die GOP 13586 für die Überwachung von Versicherten mit externer Geräteversorgung abgerechnet (929 Abrechnungen, graue Kurve). Die Abrechnung der GOP 13586 startete dabei verzögert von einem sehr niedrigen Niveau von 59 Abrechnungen im 2. Quartal 2022 an und erreichte im 4. Quartal 2022 einen Anteil von ungefähr 22 % an der Gesamt-Abrechnungshäufigkeit von GOP (GOP 13584 + GOP 13586) für die Überwachung von Versicherten mittels Telemonitoring Herzinsuffizienz (929 von 4.261 Gesamt-abrechnungen).

Die Abrechnungshäufigkeit der Sachkostenpauschale 40910 für externe Geräte (gelbe Kurve) folgt erwartungsgemäß der grauen Kurve der GOP 13586 für die Überwachung von Versicherten mit externen Geräten, da die externen Geräte eine technische Voraussetzung für diese Form der Überwachung darstellen.

Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit der Zuschläge für die intensivste Überwachung von Versicherten für TMZ

Abbildung 21 listet die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit der Zuschläge (GOP 13585 und 13587) für die intensivste Überwachung von Versicherten mittels Telemonitoring Herzinsuffizienz auf. Diese können von den TMZ bei vorliegender intensiver Überwachung eines Versicherten neben den zugehörigen Haupt-GOP 13584 für Versicherte mit implantiertem Aggregatsystem bzw. GOP 13586 für die Überwachung mittels externer Geräte, zusätzlich abgerechnet werden.

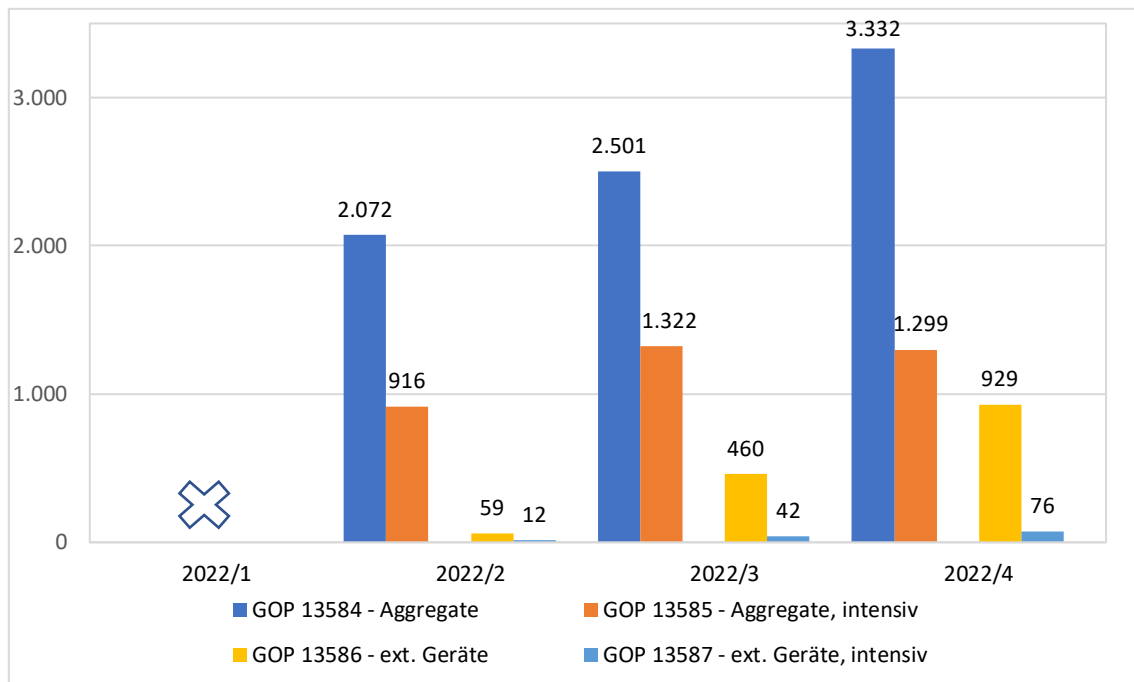


Abbildung 21 Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit der Zuschläge (GOP 13585 und 13587) für die intensivisierte Überwachung von Versicherten im Verhältnis zu den assoziierten Haupt-GOP 13584 (Aggregate) und GOP 13586 (ext. Geräte) im 2.- 4. Quartal 2022.

Die Abrechnungshäufigkeit der Zuschlags-GOP für die intensivisierte Überwachung (GOP 13585 und GOP 13587) stieg vom 2. Quartal 2022 aus an (Abbildung 21). Unter Berücksichtigung der Entwicklung der zugehörigen Haupt-GOP zeigt sich ein jedoch sinkendes Verhältnis von intensiv überwachten Versicherten zu Versicherten im nicht intensiv überwachten Telemonitoring. So wurden beispielsweise im 2. Quartal 2022 den 2.072 abgerechneten GOP 13584 für das Telemonitoring von Versicherten mit Aggregaten 916 Abrechnungen für die intensivisierte Überwachung zugesetzt – entsprechend einem Anteil von 44 %. Im 4. Quartal 2022 betrug dieses Verhältnis noch 39 % (3.332 Abrechnungen GOP 13584 gegenüber 1.299 Abrechnungen GOP 13585). Eine intensive Überwachung findet bei Versicherten mit externer Geräteüberwachung (hellblauer Balken) wesentlich seltener statt als bei Versicherten mit Aggregatsystem. Im 4. Quartal 2022 erfolgten hier 76 Abrechnungen der GOP 13587 gegenüber 929 Abrechnungen der GOP 13586, entsprechend einem Anteil von ca. 8 %.

Mutmaßlich könnte diese unterschiedliche Notwendigkeit der intensiven Überwachung durch ein durchschnittlich gesünderes bzw. stabileres Versichertenkollektiv bei Versicherten in der Geräteüberwachung verursacht werden.

4.4 Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Einrichtungsformen und Fachgruppen

Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit

Aufgrund der hohen Anzahl von verschiedenen Leistungen werden an dieser Stelle nur die normierte regionale Abrechnungshäufigkeit der für das Telemonitoring zentralen drei Leistungen Aufklärung und Beratung (GOP 13583), Telemonitoring mit Aggregaten (GOP 13584) und Telemonitoring mit externen Geräten (GOP 13586) kumulativ für das 2. bis 4. Quartal 2022, grafisch dargestellt (Abbildung 22). Tabelle 62 und Tabelle 63 im Anhang listen für sämtliche Leistungen die Häufigkeiten in Bezug auf die KV-Bezirke auf.

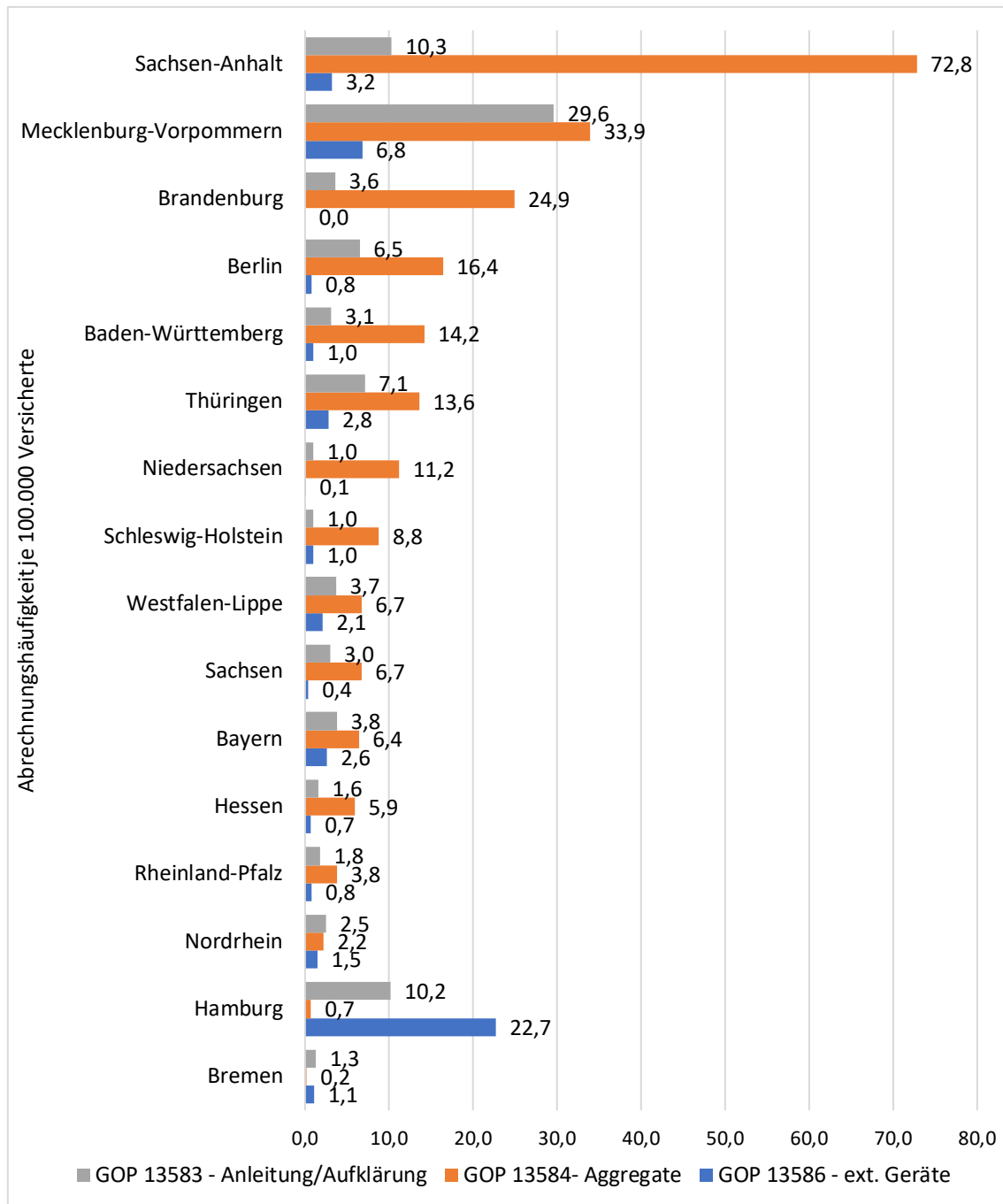


Abbildung 22 Regionale Abrechnungshäufigkeit der GOP 13583, 13584 und 13586 nach KV-Bezirken im 2. bis 4. Quartal 2022. Dargestellt ist die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte. Sortierung nach Abrechnungshäufigkeit der GOP 13584.

Der Abbildung 22 ist zu entnehmen, dass in Relation zu ihrer Größe insbesondere in den KV-Bezirken vieler östlicher Flächenländer – in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg – in hohem Maße Telemonitoring Herzinsuffizienz praktiziert wurde. Dieser Umstand betraf in Mecklenburg-Vorpommern und auch Sachsen-Anhalt sowohl das Telemonitoring mit Aggregaten (orangefarbener Balken) als auch das Telemonitoring mit externen Geräten

(blauer Balken). Auffallend ist, dass in Brandenburg überhaupt keine Überwachung mittels externer Geräte erfolgte, während in Hamburg fast sämtliche Überwachungen mittels externer Geräte erfolgten.

Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Einrichtungsformen

Die Verteilung der Einrichtungsformen von abrechnenden PBA (Tabelle 14) und TMZ (Tabelle 15) und die durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit je Praxis stellt sich für das Jahr 2022 (2. bis 4. Quartal) wie folgt dar:

Tabelle 14 Abrechnungshäufigkeit von Leistungen, die von primär behandelnden Ärztinnen/Ärzten (PBA) im Telemonitoring Herzinsuffizienz berechnungsfähig sind, nach Einrichtungsformen im 2.-4. Quartal 2022. In Klammern ist die mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung angegeben.

Praxisform	Abrechnungshäufigkeit (durchschnittliche Abrechnungen je Einrichtung)					
	GOP 03325 - Indikation PBA	GOP 04325 - Indikation PBA	GOP 13578 - Indikation PBA	GOP 03326 - Betreuung PBA	GOP 04326 - Betreuung PBA	GOP 13579- Betreuung PBA
Einzelpraxis	520 (3)	13 (2)	3.300 (79)	653 (2)	≤5 (2)	1.609 (60)
Gemeinschafts- praxis	291 (5)	9 (1)	2.549 (47)	286 (1)	≤5 (1)	4.582 (86)
MVZ	26 (2)	≤5 (1)	572 (25)	47 (1)	≤5 (1)	770 (38)
Sonstige	≤5 (2)	.	≤5 (4)	≤5 (1)	.	70 (70)

Tabelle 15 Abrechnungshäufigkeit von Leistungen, die von telemedizinischen Zentren (TMZ) im Telemonitoring Herzinsuffizienz berechnungsfähig sind, nach Einrichtungsformen im 2.-4. Quartal 2022. In Klammern ist die mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung angegeben.

Praxisform	Abrechnungshäufigkeit (durchschnittliche Abrechnungen je Einrichtung)					
	GOP 13583 Aufkl./An- leitung TMZ	GOP 13584 Betreuung (Aggregate)	GOP 13585 Intensivzus. (Aggregate)	GOP 13586 Betreuung (ext. Geräte)	GOP 13587 Intensivzus. (ext. Geräte)	GOP 40910 Gerätepau- schale (ext.)
Einzelpraxis	983 (26)	2.300 (70)	759 (95)	331 (17)	39 (13)	298 (19)
Gemeinschafts- praxis	1.386 (25)	4.783 (111)	2.584 (136)	884 (23)	91 (9)	826 (23)
MVZ	456 (23)	750 (50)	194 (65)	233 (26)	.	225 (25)
Sonstige	31 (31)	72 (72)	.	.	.	.

Aus Tabelle 14 kann bei Betrachtung der GOP 03325 (Indikation PBA) und GOP 03326 (Betreuung PBA) abgeleitet werden, dass hausärztliche PBA mehrheitlich in Einzelpraxen organisiert waren, während Ärztinnen und Ärzte aus der Fachgruppe der Inneren Medizin (GOP 13578 und GOP 13579) mit einem höheren Anteil in Gemeinschaftspraxen verortet waren. Bei den TMZ, welche die GOP 13584 und 13586 abrechneten (Tabelle 15), dominierten die Gemeinschaftspraxen bzw. MVZ mit beispielsweise 4.783 bzw. 750 (MVZ) Abrechnungen gegenüber 2.300 Abrechnungen in Einzelpraxen (GOP 13584).

Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Fachgruppen und Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte

Zum besseren Verständnis erfolgt in Tabelle 16 die Darstellung der Abrechnungshäufigkeit erneut gruppiert nach der Funktion der Leistung im Versorgungsprozess und nach der Zugehörigkeit der/des Abrechnenden (PBA/TMZ).

Tabelle 16 Abrechnungshäufigkeit (AH) der Indikationsprüfung und der Betreuung von Versicherten im Telemonitoring durch primär behandelnde Ärztinnen/Ärzte (PBA) sowie für die Betreuung von Versicherten mit Aggregaten/mit externen Geräten durch telemedizinische Zentren (TMZ). Dargestellt sind die Abrechnungshäufigkeit und die Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte (n Ä) nach Fachgruppen im 2. bis 4. Quartal 2022.

Funktion im Telemonitoring	Fachgruppe	Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte	Abrechnungshäufigkeit (AH) und Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte (n Ä)					
			GOP 03325		GOP 04325		GOP 13578*	
			AH	n Ä	AH	n Ä	AH	n Ä
PBA: Indikationsprüfung	Hausärztinnen/-ärzte	62.336	839	244	.	.	.	.
	Kinder-/Jugendmedizin	8.831	.	.	23	16	.	.
	Innere Medizin	13.936	.	.	.	.	6.404	202
			GOP 03326*		GOP 04326		GOP 13579*	
			AH	n Ä	AH	n Ä	AH	n Ä
PBA: Betreuung Versicherte Telemonitoring	Hausärztinnen/-ärzte	62.336	986	621	.	.	.	.
	Kinder-/Jugendmedizin	8.831	.	.	≤5	≤5	.	.
	Innere Medizin	13.936	.	.	.	.	6.953	183
			GOP 13583*		GOP 13584*		GOP 13585	
			AH	n Ä	AH	n Ä	AH	n Ä
TMZ: Anleitung/Aufkl.+Betreuung Aggregate	Innere Medizin	13.936	2.801	173	7.826	137	3.537	46
			GOP 13586*		GOP 13587		GOP 40910*	
			AH	n Ä	AH	n Ä	AH	n Ä
TMZ: Betreuung ext. Geräte	Innere Medizin	13.936	1.429	98	130	15	1.331	92

**Einige sehr wenige Abrechnungen pro Leistung sind in den Daten mit abweichenden Fachgruppen gekennzeichnet – diese sind nicht gesondert dargestellt.*

Betrachtet man Tabelle 16, können folgende Sachverhalte abgeleitet werden:

- **Primär behandelnde/r Arzt/Ärztin - PBA:** Die Abrechnung der Indikationsprüfung bzw. der Betreuung von Versicherten im Telemonitoring Herzinsuffizienz erfolgte im Jahr 2022 (2. – 4. Quartal) zu ca. 88 % durch die Fachgruppe der Inneren Medizin (6.404 bzw. 6.953 Abrechnungen) und nur zu ca. 12 % durch Hausärztinnen/-ärzte (839 bzw. 987 Abrechnungen).

Unter Zuhilfenahme des Quotienten aus Abrechnungshäufigkeit und Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte: eine Ärztin/Arzt aus der Fachgruppe der Inneren Medizin versorgte durchschnittlich 31,7 Versicherte (Indikationsstellung) bzw. 38 Versicherte (Betreuung), während eine Hausärztin/ein Hausarzt lediglich durchschnittlich 3,4 Versicherte (Indikationsstellung) bzw. 1,6 Versicherte (Betreuung) betreute.

Eine Versorgung durch Fachärztinnen/-ärzte der Kinder-/Jugendmedizin erfolgte generell nur in wenigen Einzelfällen.

- **Telemedizinisches Zentrum - TMZ:** Die Abrechnung erfolgte gemäß den Abrechnungsbestimmungen faktisch nur durch die Fachärzte/-ärztinnen der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie.

173 Fachärztinnen/-ärzte betreuten 7.826 Behandlungsfälle im Telemonitoring Herzinsuffizienz mit Aggregaten (GOP 13584) und 98 Fachärztinnen/-ärzte betreuten 1.429 Behandlungsfälle im Telemonitoring Herzinsuffizienz mit externen Geräten (GOP 13586). Dies entsprach einer durchschnittlichen Versorgung von ca. 57 Behandlungsfällen mit Aggregatsystem pro Ärztin/Arzt, bzw. 15 Versicherten mit externen Geräten pro Ärztin/Arzt.

4.5 Anzahl zugelassener Ärztinnen und Ärzte zum Telemonitoring Herzinsuffizienz nach KV-Bezirken

Die Anzahl der zur Durchführung des Telemonitoring zugelassenen Ärztinnen und Ärzte zeigt Abbildung 23 als Ausschnitt aus dem KBV-Qualitätsbericht 2023.

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 8																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	88	107	24	7	8	37	40	10	22	56	11	2	41	14	8	18	20	513
– abrechnende Ärzte (3. Quartal 2022)	16	25	11	4	3	2	8	3	6	56	1	0	23	10	4	5	8	185
beschiedene Anträge ²⁾	88	125	25	7	1	37	40	10	22	58	11	2	41	14	8	18	19	526
– davon Genehmigungen	88	111	24	7	1	37	40	10	22	58	11	2	41	14	8	18	19	511
– davon Ablehnungen	0	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15

Abbildung 23 Anzahl der Ärztinnen/Ärzte mit Genehmigung zur Durchführung des Telemonitoring Herzinsuffizienz zum 31.12.2022 (erste Zeile) nach KV-Bezirken. Auszug aus dem KBV-Qualitätsbericht 2023 (Seite 108).²³

Nach Abbildung 23 waren Ende des Jahres 2022 gemäß § 4 und § 8 der Qualitätssicherungsverordnung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (QS-V TmHi) 513 Ärztinnen und Ärzte berechtigt, Leistungen eines TMZ im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz abzurechnen. Nur ein Teil der berechtigten Ärztinnen und Ärzte scheint jedoch Leistungen im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz auf Ebene eines TMZ abgerechnet zu haben. Selbst im gesamten Jahr 2022 (2. – 4. Quartal) rechneten lediglich 173 Ärztinnen/Ärzte die GOP 13583 (Anleitung

²³Siehe [KBV-Qualitätsbericht 2023](#) (Berichtsjahr 2022) – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de).

und Aufklärung für das Telemonitoring Herzinsuffizienz durch das TMZ) ab (siehe Auswertung nach Fachgruppen im Vorkapitel 4.4 in diesem Bericht.

Eine Erhebung der Zulassung/Genehmigung auf Ebene von TMZ als physische Einrichtung liegen der KBV nicht vor. Der Stand der aktiv an der Versorgung durch Telemonitoring bei Herzinsuffizienz teilgenommenen Einrichtungen liefert Kapitel 4.6.

4.6 Stand der Versorgungseinrichtungen im 4. Quartal 2022

Neben den bei der KBV gemeldeten TMZ werden an dieser Stelle die Anzahl der im 4. Quartal 2022 abrechnenden PBA und TMZ-Einheiten/Betriebsstätten angegeben. Durch die Abrechnungsbegrenzungen der Gebührenordnungspositionen für die Betreuungs-/Behandlungsleistungen auf einmal je Behandlungsfall entsprechen die pro TMZ abgerechneten Leistungen der Anzahl an Behandlungsfällen eines jeweiligen TMZ im 4. Quartal 2022. Die Anzahl an Behandlungsfällen kann als ‚Größe‘ des TMZ aufgefasst werden.

Durch die Abrechnungsdaten kann die Anzahl aktiv abrechnender Betriebsstätten (PBA) und TMZ ermittelt werden. Im 4. Quartal 2022 rechneten folgende Einrichtungen an PBA und TMZ Betreuungs-/Behandlungsleistungen ab (Abbildung 24):

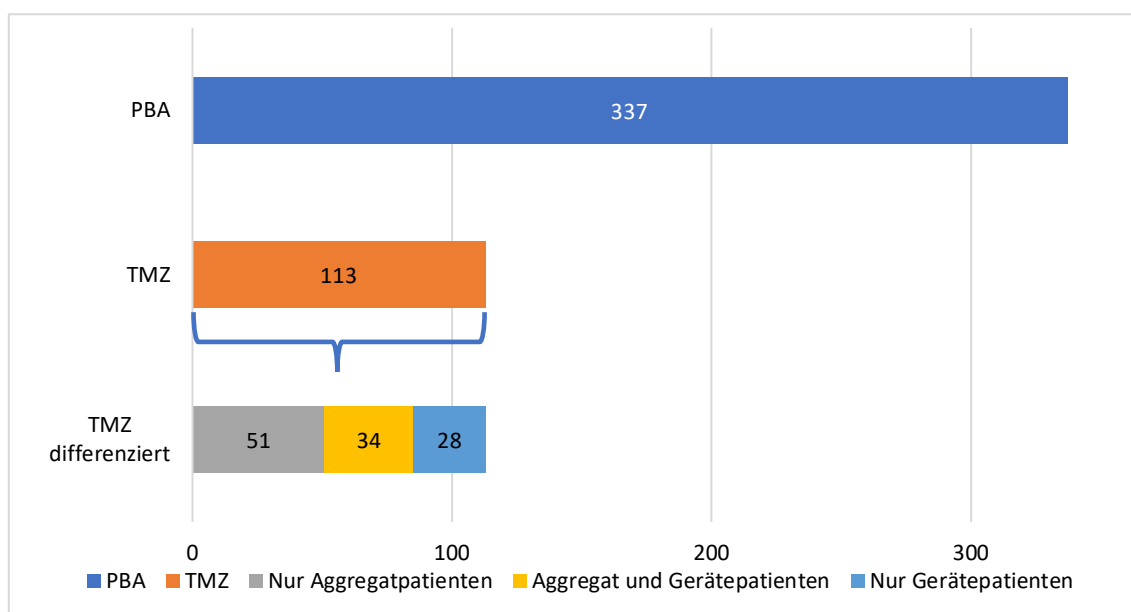


Abbildung 24 Anzahl der abrechnenden Betriebsstätten von primär behandelnden Ärztinnen/Ärzten (PBA) und telemedizinischen Zentren (TMZ) im 4. Quartal 2022. PBA: alle Einrichtungen mit mind. einer Abrechnung der GOP 03326 und/oder 04326 und/oder 13579. TMZ: alle Einrichtungen mit mind. einer Abrechnung der GOP 13584 (Aggregat) und/oder 13586 (ext. Geräte). TMZ differenziert: TMZ, die ausschließlich GOP 13584 oder 13586 abrechneten oder mind. eine Abrechnung der GOP 13584 und 13586 kombiniert abrechneten.

Abbildung 24 zeigt, dass im 4. Quartal Ärztinnen/Ärzte aus 337 Einrichtungen/Praxen in Funktion des PBA Versicherte im Telemonitoring Herzinsuffizienz betreut haben. Bezüglich der TMZ

konnten 113 Zentren ermittelt werden, wovon 51 TMZ (~45 %) lediglich Versicherte mit implantierten Aggregaten überwachten. Dagegen wurden von 34 TMZ (~30 %) sowohl Versicherte mit Aggregaten als auch mit externen Geräten überwacht. Bei 28 TMZ (~25 %) wurden lediglich Versicherte mit externen Geräten überwacht.

Die Verteilung der in Abbildung 24 am Telemonitoring Herzinsuffizienz teilnehmenden TMZ (blauer Balken) und PBA (orangefarbener Balken) auf die verschiedenen KV-Bezirke ist in Tabelle 64a bzw. Tabelle 64b im Anhang aufgeführt.

Größe von TMZ (Anzahl überwachter Versicherte) in Abhängigkeit von der Ausrichtung

Je nach Anzahl der Abrechnungen kann die Art der in diesem TMZ praktizierten Überwachung (Versicherte mit Aggregaten, Versicherte mit Aggregaten und externen Geräten sowie Versicherte mit externen Geräten) und die Größe des betreuten Versichertenkollektivs eines TMZ bestimmt werden (Tabelle 17).

Tabelle 17 Durchschnittliche 'Größe' von telemedizinischen Zentren (TMZ) im 4. Quartal 2022 insgesamt und in Abhängigkeit von ihrer Ausrichtung auf die Art der Überwachung ihrer Versicherten. In Klammern sind die durchschnittlichen Abrechnungen oder synonym die durchschnittliche Anzahl an überwachten Versicherten angegeben.

	Anzahl TMZ	Anzahl GOP 13584 (Durchschnittliche Abrechnungen pro TMZ)	Anzahl GOP 13586 (Durchschnittliche Abrechnungen pro TMZ)
TMZ - Versicherte mit Aggregaten	51	1.848 (36,2)	---
TMZ – Versicherte mit Aggregaten und ext. Geräten	34	1.484 (43,6)	291 (8,6)
TMZ - Versicherte mit ext. Geräten	28	---	638 (22,8)
Alle TMZ	113	3.332	929

Tabelle 17 zeigt, dass jedes von den 51 TMZ mit reiner Betreuung von Versicherten mit Aggregaten im Durchschnitt 36 Versicherte pro Quartal betreuten (36-mal die GOP 13584 abgerechnet). Bei den 28 TMZ mit alleiniger Betreuung von Versicherten mit externen Geräten erfolgten hingegen durchschnittlich lediglich 23 Abrechnungen pro TMZ bei insgesamt 640 Versicherten. Damit waren letztgenannte TMZ durchschnittlich hinsichtlich der Anzahl an überwachten Versicherten ‚kleiner‘.

Bei den 34 TMZ mit gemischtem Versichertenkollektiv – sowohl Versicherte mit externen Geräten als auch Aggregaten – wurden im 4. Quartal 2022 durchschnittlich 43,6 Versicherte über Aggregate und lediglich 8,6 Versicherte über externe Messgeräte überwacht. Damit erfolgte bei diesen TMZ bei der überwiegenden Mehrzahl der Versicherten (~84 %) die Überwachung über Aggregate und nur bei einer Minderheit von 16 % über externe Geräte.

TMZ mit gemischtem Versichertenkollektiv scheinen damit durchschnittlich ‚größer‘ zu sein, überwachten allerdings zum Ende des Jahres 2022 erst sehr wenige Versicherte über externe Geräte. Da diese TMZ schon grundlegende Erfahrung mit der Überwachung mittels externer Geräte aufweisen, könnte der Anteil an Versicherten mit externen Messgeräten in diesen TMZ weiter steigen.

4.7 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten im Telemonitoring Herzinsuffizienz

Die Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit Inanspruchnahme des Telemonitorings Herzinsuffizienz mittels implantierter Aggregate (GOP 13584) und mittels externer Geräte (GOP 13586) für das Jahr 2022 zeigen Abbildung 25 und Abbildung 26.

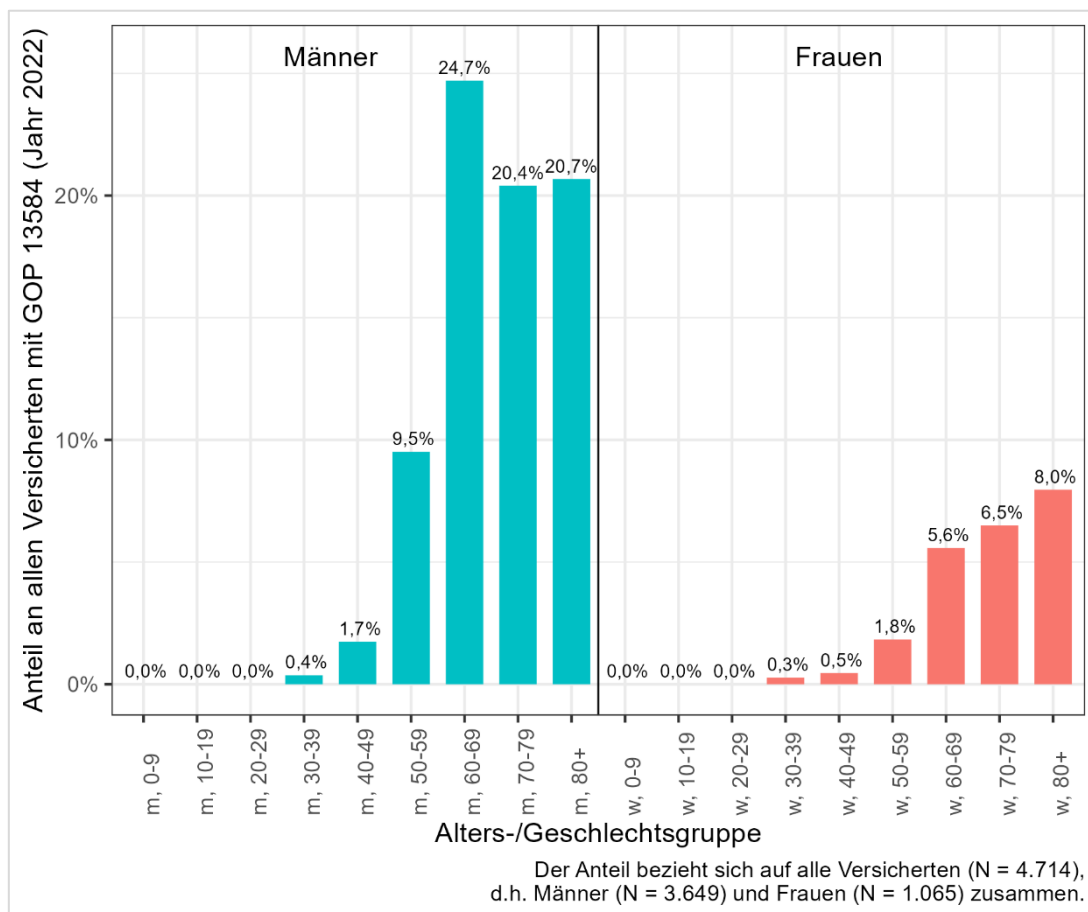


Abbildung 25 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten im Telemonitoring Herzinsuffizienz mittels implantierter Aggregate (GOP 13584); m = männlich, w = weiblich.

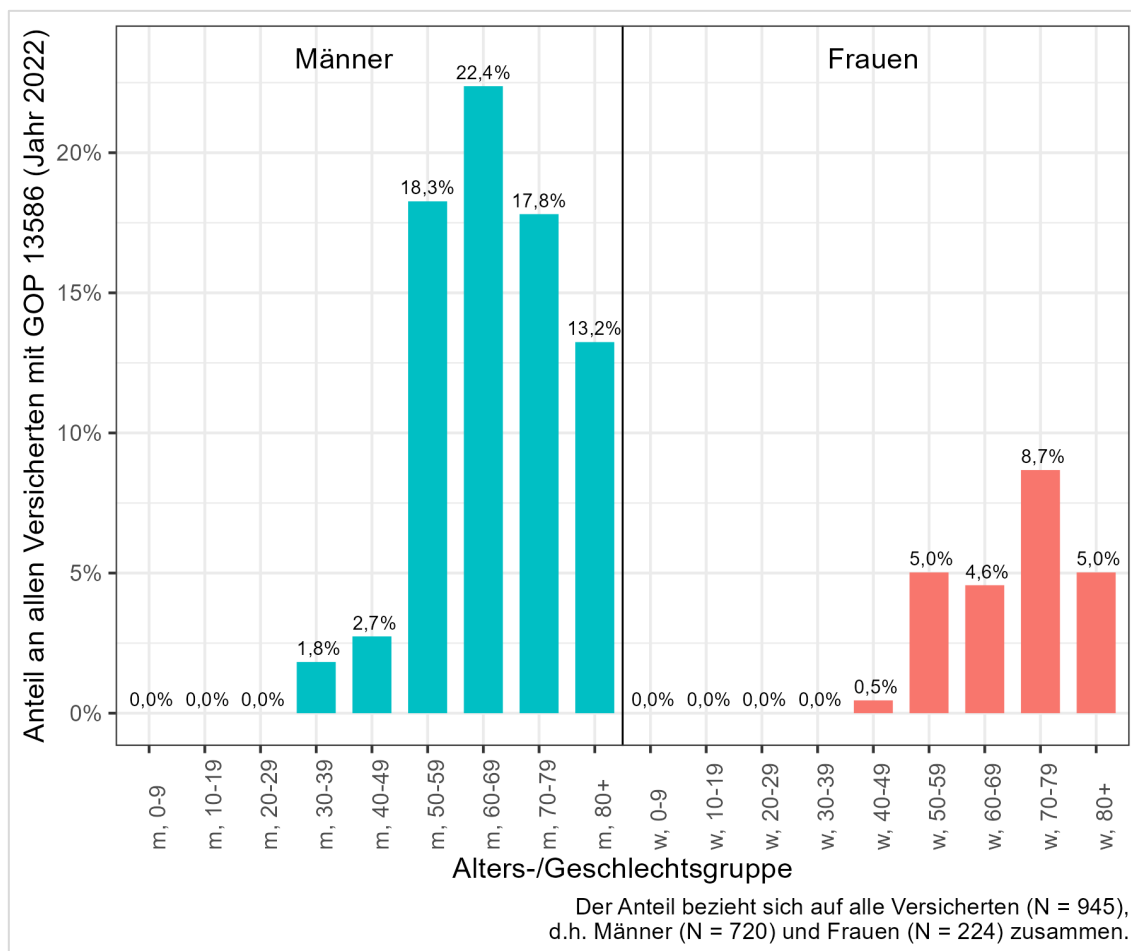


Abbildung 26 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten im Telemonitoring Herzinsuffizienz mittels externer Geräte (GOP 13586).

Die Altersklasse der 60- bis 69-jährigen Männer wies sowohl bei dem Telemonitoring mit Aggregaten (Abbildung 25) als auch mit externen Geräten (Abbildung 26) mit 24,7 % bzw. 22,4 % der Überwachungen den höchsten Anteil auf. Auch insgesamt war sowohl bei Versicherten im Telemonitoring Herzinsuffizienz mit Aggregatsystemen als auch bei Versicherten mit externen Geräten absolut und in allen Altersgruppen ein deutlich höherer Anteil an männlichen Versicherten vorzufinden (Abbildung 25, Abbildung 26). 76 % - 77,5 % aller Versicherten im Telemonitoring waren Männer, in den Altersklassen schwankte das Verhältnis von Männern zu Frauen dabei von knapp 2:1 bis gut 4:1. Mit zunehmender Altersgruppe stieg der Anteil der weiblichen Versicherten leicht an, passend zu einer erstens erhöhten Lebenserwartung und zweitens zu einer späteren Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei weiblichen Versicherten – die Hauptursache bezüglich einer Herzinsuffizienz. Generell lässt sich darüber hinaus eine leichte Verschiebung der Verteilung von Versicherten mit externen Geräten in die jüngeren Altersklassen im Vergleich zur Verteilung der Versicherten mit implantiertem Aggregatsystem erkennen. Hypothetisch könnten Versicherte mit externen Geräten etwas jünger, etwas weniger schwer krank und damit etwas seltener mit einem Aggregatsystem ausgestattet sein. Die Daten reichen jedoch nicht aus, um eine solche These sicher aufstellen zu können.

5 Telemedizinische Funktionsanalysen von ICD- und CRT-Geräten

5.1 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. Primäres Ziel bei der Fernnachsorge ist die Kontrolle in Form einer routinemäßigen Übertragung von Daten zu definierten Zeitpunkten. Dadurch kann ein persönlicher Arztkontakt unter Umständen überflüssig werden.

Bei der Nachsorge wird die technische Funktionsfähigkeit des Gerätes überprüft, aber auch gespeicherte Ereignisse ausgelesen. Das Kontrollintervall ist dabei abhängig von der (Schwere der) Erkrankung und Geräteart. Durch ein für den Versicherten hörbares akustisches Signal kann das implantierte Aggregat aber auch zu einer außerplanmäßigen Kontrolle alarmieren. Mit der Möglichkeit der Nutzung eines Transmitters für die Datenübertragung bieten viele Geräte-Hersteller eine Cloud zum Upload der Daten an. Diese Daten sind dann für die Ärztin oder den Arzt bei Inanspruchnahme zugänglich.

Rechtlicher Hintergrund

Im Rahmen der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz²⁴ 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.

5.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Seit dem 1. Oktober 2017 ist die telemedizinische Funktionsanalyse nicht mehr durch eine einzelne Gebührenordnungsposition berechnungsfähig, sondern in folgenden Leistungen getrennt nach den Aggregattypen ICD und CRT, jeweils für Fachärztinnen/-ärzte der Kardiologie und für Ärzte/Ärztinnen der Kinder- und Jugendmedizin (Tabelle 18):

²⁴ Siehe [GKV-Versorgungsstrukturgesetz](#) vom 22. 12. 2011 – Bundesgesetzblatt I S. 2983 (bgbl.de)

Tabelle 18 Gebührenordnungspositionen für die telemedizinischen Kontrollen (Funktionsanalysen) von ICD- und CRT-Geräten für Fachärzte/-ärztinnen der Kardiologie (GOP 13574; GOP 13576) und die Kinder- und Jugendmedizin (GOP 04414; GOP 04416). Die Auswertung der GOP 01438 ist nicht Bestandteil dieses Berichts.

GOP	Bezeichnung	Punkte	€ (2022)
04414	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardi- overters bzw. Defibrillators bei Kindern	732	82,47
04416	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Sys- tems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) bei Kindern	901	101,51
13574	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardi- overters bzw. Defibrillators bei Erwachsenen	400	45,06
13576	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Sys- tems 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

Die telemedizinischen Gebührenordnungspositionen sind mit den Gebührenordnungspositio-
nen zur konventionellen – d.h. im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt stattfindenden – Funkti-
onsanalyse in ihrer Abrechnungshäufigkeit verknüpft und dürfen gemeinsam mit ihrer gespie-
gelten konventionellen Gebührenordnungsposition in Summe fünfmal im Krankheitsfall²⁵ abge-
rechnet werden. Einmal im Krankheitsfall soll davon eine Funktionsanalyse im persönlichen Arzt-
Patienten-Kontakt erfolgen. Die letzte Vergütungsanpassung dieser Gebührenordnungspositio-
nen erfolgte zum 1. Januar 2019.²⁶ Die Historie der Anpassungen ist im Vorbericht aus dem
Jahr 2020 detailliert dargestellt. Die Abrechnung sämtlicher Funktionsanalysen setzt eine Ge-
nehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur
Rhythmusimplantat-Kontrolle voraus.

Für eine im Rahmen der telemedizinischen Fernüberwachung notwendige (telefonische) Kon-
taktaufnahme mit dem Versicherten kann die GOP 01438 bis zu dreimal im Krankheitsfall be-
rechnet werden, diese ist allerdings nicht Gegenstand des Berichts.

Mit Wirkung zum oder im Berichtszeitraum wurden vom BA zwei Beschlüsse gefasst, die die
Finanzierungsregelung außerhalb der MGV zusammentragen und die Vergütung der telemedizi-
nischen Funktionsanalyse außerhalb der MGV stellen (Tabelle 19).

²⁵ Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Quartale, die der Berechnung der
krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen

²⁶ [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung– Institut des Bewertungsausschusses
(institut-ba.de); rückwirkend zum 1. Januar 2019

Tabelle 19 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Funktionsanalysen, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGVS = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit
Finanzierung	567. BA	01.01.2022	Vergütung der telemedizinischen Funktionsanalyse außerhalb der MGVS	31.12.2022
Finanzierung	603. BA	01.01.2023	Vergütung der telemedizinischen Funktionsanalyse außerhalb der MGVS	31.12.2023

5.3 Leistungsentwicklung

In diesem Kapitel wird die Leistungsentwicklung der Leistungen zur telemedizinischen Funktionsanalyse für Erwachsene (GOP 13574 und GOP 13576) dargestellt. Die Gebührenordnungspositionen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin (GOP 04414 und GOP 04416) wurden mit jährlich 23 Abrechnungen und weniger als 5 abrechnenden Einrichtungen in Deutschland sehr selten abgerechnet. Die Ergebnisse sind daher an dieser Stelle nicht gesondert dargestellt, sind allerdings immer auch den zugehörigen Tabellen im Anhang zu entnehmen.

Abrechnungshäufigkeit

Abbildung 27 zeigt die jährliche Abrechnungshäufigkeit der GOP 13574 und GOP 13576 für die telemedizinische Funktionsanalyse bei Erwachsenen:

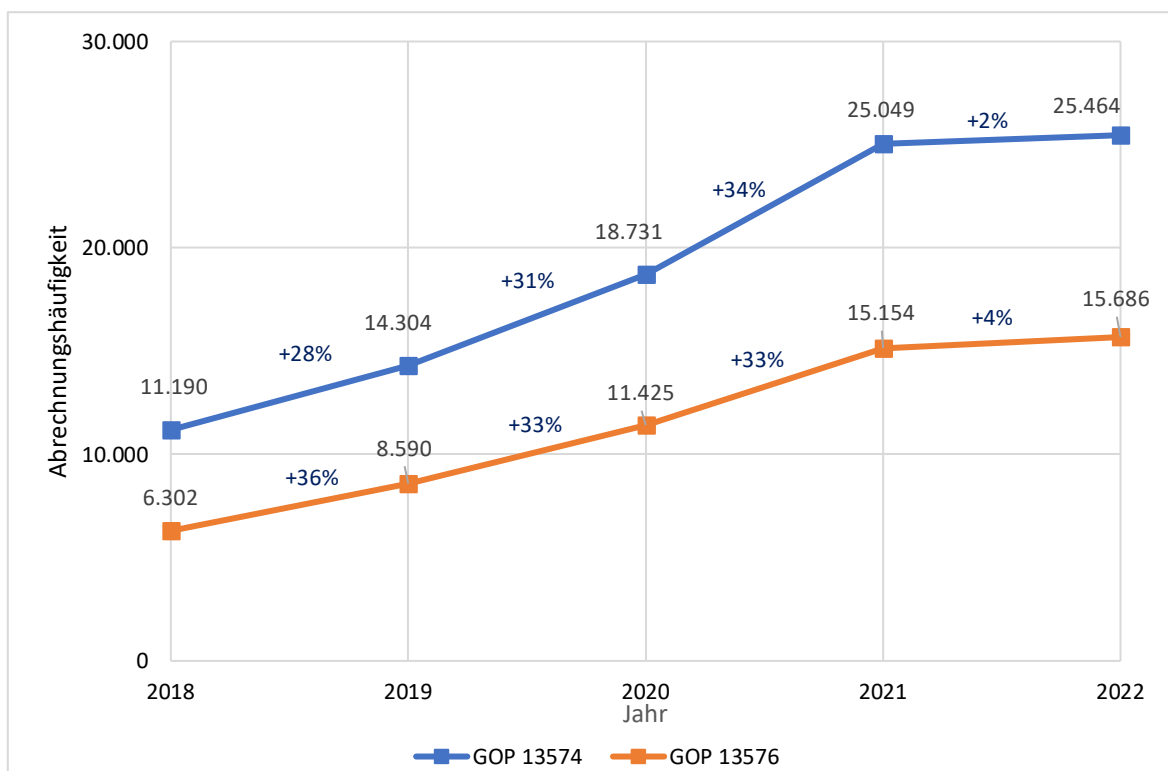


Abbildung 27 Jährliche Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD- (GOP 13574) und CRT-Aggregaten (GOP 13576) bei erwachsenen Versicherten.

Beide Gebührenordnungspositionen der telemedizinischen Funktionsanalyse für Erwachsene (GOP 13574 für ICD-Aggregate und GOP 13576 für CRT-Aggregate) zeigten einen kontinuierlichen Anstieg der Abrechnungshäufigkeit und waren seit dem Jahr 2018 innerhalb von vier Jahren um rund 130 % (GOP 13574) bzw. 150 % (GOP 13576) angestiegen. Ungefähr 38 % der gesamten telemedizinischen Funktionsanalysen erfolgten dabei im Rahmen von CRT-Kontrollen und ca. 62 % im Rahmen von ICD-Kontrollen.

Zum Jahr 2022 war bei beiden Leistungen jedoch eine deutliche Abschwächung des Anstiegs zu verzeichnen. Stieg die Abrechnungshäufigkeit bei beiden Leistungen vom Jahr 2020 auf das Jahr 2021 noch um 34 % bzw. 33 %, war vom Jahr 2021 zum Jahr 2022 nur eine Steigerung von ca. 2 % bzw. 4 % erkennbar (s.a. Tabelle 67 im Anhang).

Die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit bei den telemedizinischen Funktionsanalysen setzte sich damit insgesamt sichtbar von der Entwicklung der im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, also nicht-telemedizinisch, durchgeführten Funktionsanalyse (GOP 13573 und GOP 13575) ab, folgte diesen jedoch in der erkennbaren Abschwächung des Zuwachses im Jahr 2022 (Tabelle 20):

*Tabelle 20 Abrechnungshäufigkeit pro Jahr der Funktionsanalyse im **persönlichen** Arzt-Patienten-Kontakt bei Erwachsenen für ICD- und CRT-Aggregate. In Klammern ist die Entwicklung in % im Vergleich zum Vorjahr angegeben.*

	AH GOP 13573 (ICD-Aggregate, persönlicher Kontakt)	AH GOP 13575 (CRT-Aggregate, persönlicher Kontakt)
Jahr 2018	214.182	111.615
Jahr 2019	210.151 (-2%)	119.098 (+7%)
Jahr 2020	198.366 (-6%)	122.299 (+3%)
Jahr 2021	201.209 (+1%)	129.457 (+6%)
Jahr 2022	191.454 (-5%)	126.819 (-2%)

Leistungsbedarf

Der Leistungsbedarf der GOP für die telemedizinische Funktionsanalyse zeigte eine gleichsinnige Entwicklung zur Abrechnungshäufigkeit (Abbildung 28).

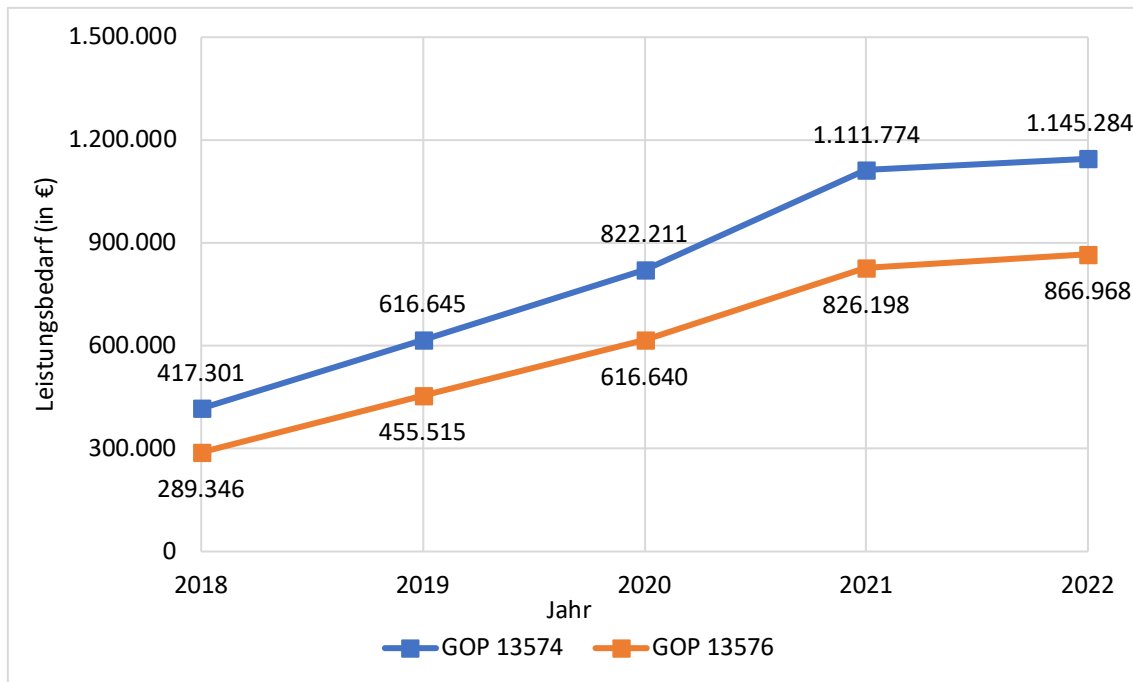


Abbildung 28 Jährlicher Leistungsbedarf in € der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD-Aggregaten (GOP 13574) und CRT-Aggregaten (GOP 13576) bei erwachsenen Versicherten.

Da keine Finanzierungsanpassungen der Leistungen erfolgten, folgte der Verlauf des Leistungsbedarfs in Abbildung 28 im Wesentlichen dem der Abrechnungshäufigkeit. Im Jahr 2022 betrug der Bedarf der telemedizinischen Funktionsanalyse für ICD-Aggregate über 1,1 Mio. €, für CRT-Aggregate ca. 850.000 €.

Tabelle 65 und Tabelle 66 im Anhang weisen die Quartalswerte für die Abrechnungshäufigkeit und den Leistungsbedarf (€) für die GOP 13574, GOP 13576 (Erwachsene) und für die GOP 04414, GOP 04416 (Kinder) aus. Die Jahresverlaufswerte sind auch der Tabelle 67 im Anhang zu entnehmen.

5.4 Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Fachgruppen und Einrichtungenformen

Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit

Die Leistungen zur telemedizinischen Funktionsanalyse bei Erwachsenen wurden unterschiedlich häufig in verschiedenen KV-Bezirken abgerechnet. Abbildung 29 zeigt diese Abrechnungshäufigkeit pro 100.000 Versicherte eines KV-Bezirktes für das Jahr 2022.

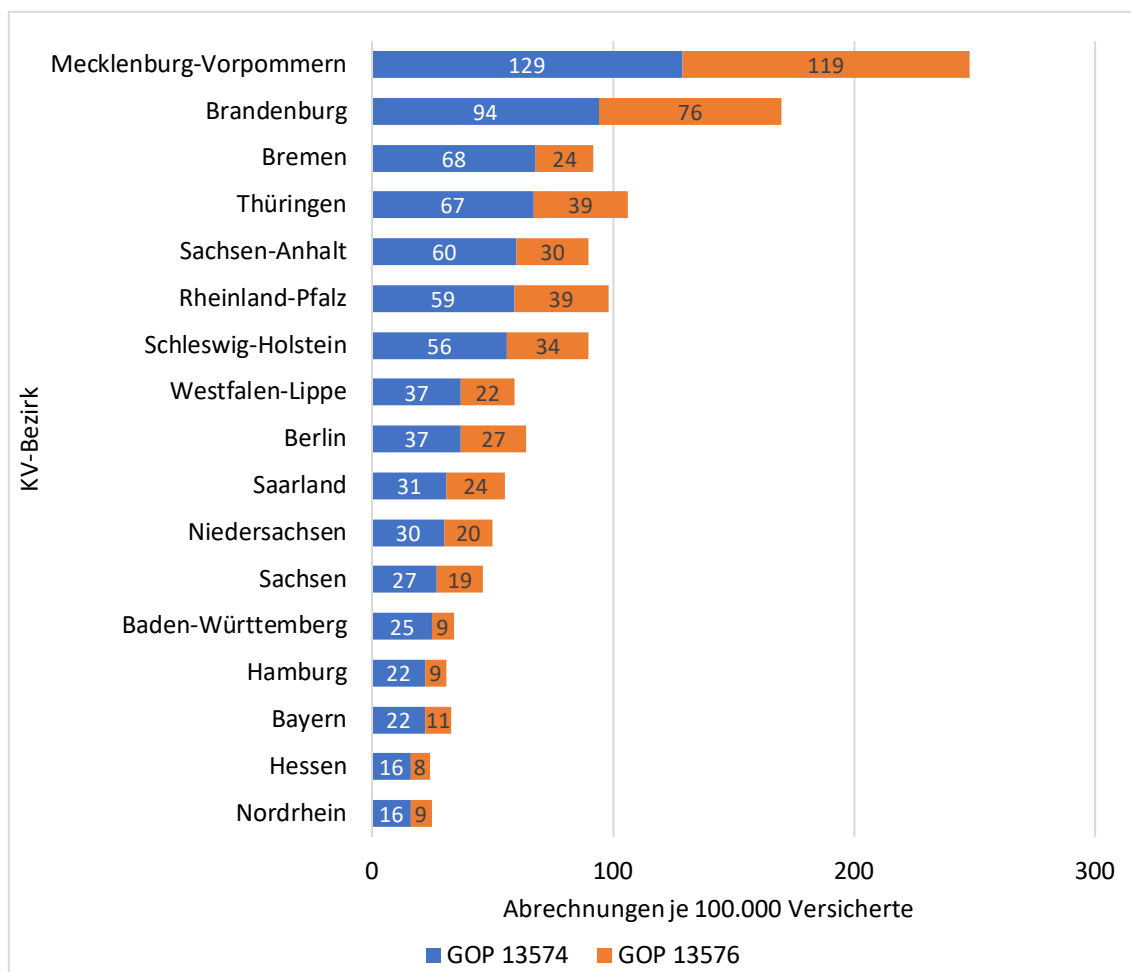


Abbildung 29 Regionale Abrechnungshäufigkeit der GOP 13574 (ICD) und GOP 13576 (CRT) nach KV-Bezirken im Jahr 2022. Dargestellt ist die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte. Sortiert nach der Abrechnungshäufigkeit der GOP 13574.

Abbildung 29 zeigt, dass insbesondere in den großen Flächenländern Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg vergleichsweise häufig auf die telemedizinische Funktionsanalyse zurückgegriffen wurde.

In anderen großen Flächenländern, wie z.B. Bayern, Nordrhein und Hessen wurden wesentlich weniger Funktionsanalysen telemedizinisch durchgeführt. Eine weiterführende Analyse erfolgt in Kapitel 5.5.

Die absolute Abrechnungshäufigkeit der KV-Bezirke – also ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen Versichertenzahlen – sind der Tabelle 68 im Anhang zu entnehmen.

Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Fachgruppen

Die GOP 13574 (ICD) und GOP 13576 (CRT) können nur von Ärztinnen und Ärzten der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie berechnet werden. Tabelle 21 zeigt die Abrechnungshäufigkeit und die Anzahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte gegenüber der gesamten Fachgruppe der Inneren Medizin.²⁷

Tabelle 21 Abrechnungshäufigkeit und Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte der telemedizinischen Funktionsanalyse bei Erwachsenen im Jahr 2022.

Fachgruppe	Gesamtanzahl Ärztinnen/ Ärzte	Abrechnungshäufigkeit (AH) und Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte (n Ä) im Jahr 2022			
		GOP 13574 (ICD)		GOP 13576 (CRT)	
		AH	n Ä	AH	n Ä
Innere Medizin	14.185	24.066	629	14.734	481

Die Leistungen zur telemedizinischen Funktionsanalyse wurden im Jahr 2022 von 629 (GOP 13574) bzw. 481 (GOP 13576) Fachärztinnen/-ärzte der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie abgerechnet, was einer durchschnittlichen Abrechnungshäufigkeit pro Jahr und Ärztin/Arzt von ~38 Abrechnungen der GOP 13574 bzw. ~31 Abrechnungen der GOP 13576 entspricht.

In der Kinder- und Jugendmedizin rechneten jeweils weniger als 5 Ärzte/Ärztinnen eine GOP 04414 oder 04416 ab. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 70 im Anhang.

Auswertung nach Einrichtungsform

Die Auswertung nach der Form der Einrichtung für das Jahr 2022 zeigt Tabelle 22.

Tabelle 22 Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalyse im Jahr 2022 nach Einrichtungsform und mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung.

Einrichtungsform	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (durchschnittliche Abrechnungen je Einrichtung)			
	GOP 04414 (ICD)	GOP 04416 (CRT)	GOP 13574 (ICD)	GOP 13576 (CRT)
Gemeinschaftspraxis	20 (10)	.	11.094 (68)	6.968 (50)
Einzelpraxis	.	.	7.582 (44)	4.260 (33)
Sonstige	≤5 (1)	.	3.925 (109)	2.447 (102)
MVZ	.	≤5 (2)	2.863 (47)	2.011 (39)

Die Anteile der Funktionsanalysen in Tabelle 22 (siehe auch Anhang, Tabelle 69) waren bei den telemedizinischen ICD-Kontrollen und CRT-Kontrollen ähnlich verteilt. Ungefähr 43-44 % der Kontrollen erfolgten in Gemeinschaftspraxen und 27-30 % in Einzelpraxen. Immerhin 15 % der

²⁷ Einige Abrechnungen sind in den Daten mit abweichenden Fachgruppen gekennzeichnet, diese sind nicht dargestellt.

telemedizinischen Kontrollen erfolgten durch „sonstige Einrichtungen“. Darunter fallen z.B. stationäre Einrichtungen, die ermächtigt sind, über den ambulanten Bereich abzurechnen. Hier erfolgten mit durchschnittlich über 100 Abrechnungen auch die meisten Abrechnungen pro Einrichtung.

5.5 Untersuchungen zum Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen an ICD- und CRT-Funktionsanalysen

5.5.1 Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen an allen ICD- und CRT-Funktionsanalysen

Betrachtet man den Anteil der Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalysen an allen Funktionsanalysen, zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 30):

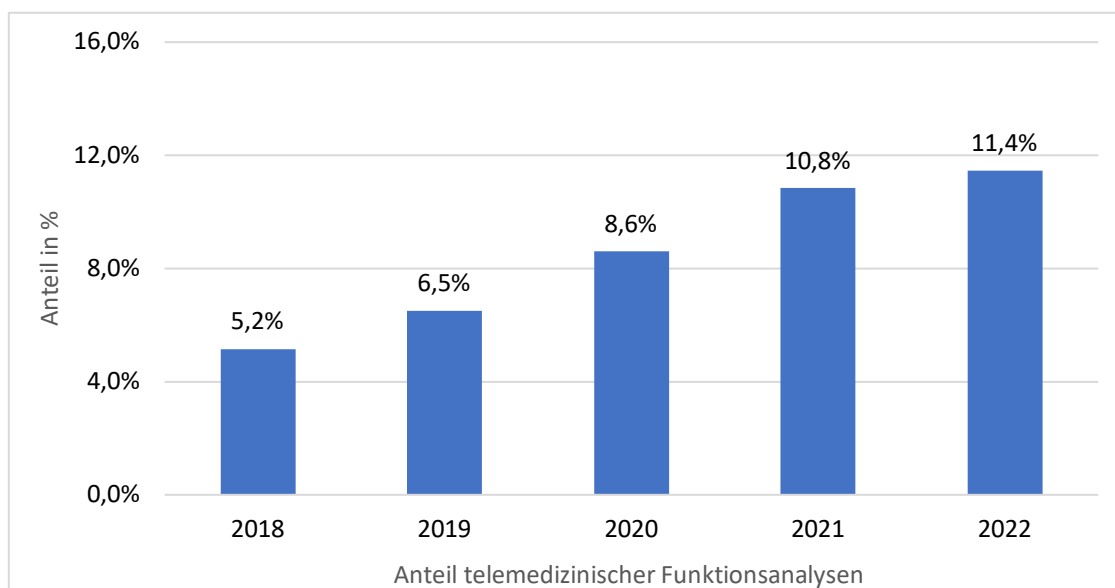


Abbildung 30 Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen (GOP 04414, 04416, 13574, 13576) an allen ICD- und CRT-Funktionsanalysen (persönlich und/oder telemedizinisch).

In Abbildung 30 ist die in Kapitel 5.3 gezeigte überproportionale Steigerung der Abrechnungshäufigkeit telemedizinischer Funktionsanalysen (GOP 04414, 04416, 13574, 13576) gegenüber allen ICD- und CRT-Funktionsanalysen direkt an dem wachsenden Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen auf bis zu 11,4 % im Jahr 2022 zu erkennen.

Die steigende Abrechnungshäufigkeit könnte damit einerseits als zunehmende Akzeptanz der telemedizinischen Funktionsanalyse interpretiert werden, andererseits stellt sich die konventionelle Funktionsanalyse auch weiterhin als dominierende Praktik dar. Dieser Umstand wird auch weiterhin Bestand haben, 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 die Ärztin oder den Arzt wenden.

Die Steigerung des Anteils telemedizinischer Funktionsanalysen könnte auch lediglich durch eine Steigerung der Abrechnungshäufigkeit von telemedizinischen Funktionsanalysen bei sogar gleichbleibender oder sinkender Versichertenzahl in der telemedizinischen Funktionsanalyse bedingt gewesen sein. Die in 5.5.2 dargestellte Analyse auf der Ebene von Behandlungsfällen untersucht diesen Umstand.

5.5.2 Anteil telemedizinischer Funktionsanalysen an allen ICD- und CRT-Funktionsanalysen auf Behandlungsfallebene

Gegenüber der in Kapitel 5.5 erstellten Analyse des Anteils telemedizinischer Funktionsanalysen an allen Funktionsanalysen auf Basis der Abrechnungshäufigkeit kann mit der Analyse auf der Ebene von Behandlungsfällen auch die Anzahl der Versicherten, die eine – oder mehrere – telemedizinische Funktionsanalyse erhalten, betrachtet werden. Abbildung 31 bildet die Verteilung des Anteils von Behandlungsfällen in der telemedizinischen Funktionsanalyse unter regionaler KV-Zugehörigkeit ab.

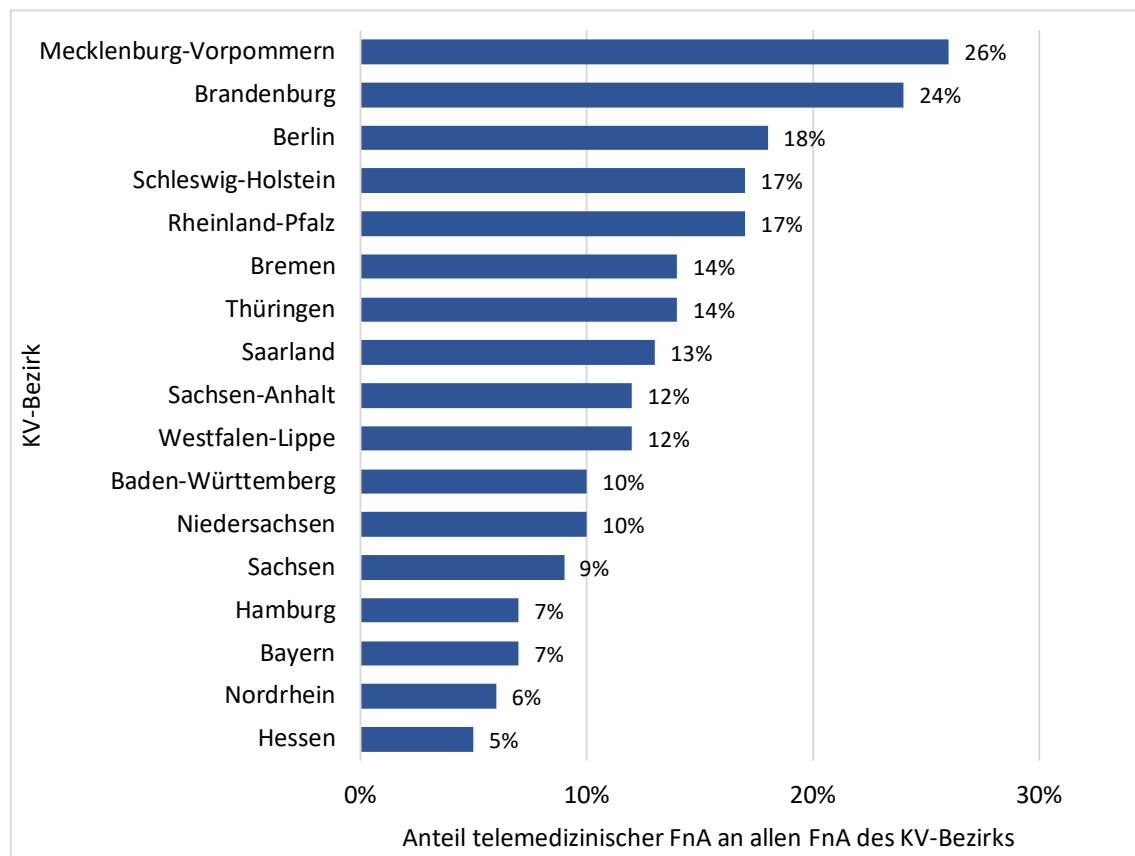


Abbildung 31 Anteil in % der Behandlungsfälle, die mind. eine telemedizinische Funktionsanalyse (FnA) erhalten haben, an allen Behandlungsfällen mit einer erfolgten Funktionsanalyse (FnA) im Jahr 2022.

Die in Abbildung 31 dargestellten hohen Anteile der Behandlungsfälle mit telemedizinischer Funktionsanalyse zeigen, dass die hohe Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalyse nicht nur auf eine (mögliche) höhere Kontrolldichte/Abrechnungshäufigkeit bei einem telemedizinisch kontrollierten Versichertenkollektiv zurückzuführen ist, sondern real durch eine nennenswerte Anzahl Versicherte bedingt ist, die eine telemedizinische Funktionsanalyse erhalten. Auffallend ist die hohe Schwankungsbreite der Anteile von Behandlungsfällen mit telemedizinischer Funktionsanalyse zwischen den KV-Bezirken: So wurde im KV-Bezirk Mecklenburg und KV-Bezirk Brandenburg ungefähr bei jedem vierten Versicherten mit abgerechneten Funktionsanalysen mindestens einmal im Jahr 2022 eine telemedizinische Funktionsanalyse vorgenommen, gegenüber einem Anteil von 5 % im KV-Bezirk Hessen.

6 Telekonsiliarische Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen

6.1 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. Sitzung²⁸ die Abrechnungsvoraussetzungen im EBM für die konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die technischen Anforderungen hierzu fußen dabei auf der Anlage 31a zum BMV- Ä.

6.2 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 23):

Tabelle 23 Gebührenordnungspositionen für die Beauftragung und Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung.

GOP	Bezeichnung	Punkte	€ (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

²⁸ [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung– Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de)

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 % der Behandlungsfälle mit mindestens einer Röntgenleistung begrenzt.

Mit der 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 Konsiliarberichts entstehenden Kosten der Übermittlung vergütet.

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 (siehe Kapitel 12).

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

Mit den Beschlüssen aus den Sitzungen des 567. und 603. BA, welche die Finanzierungsregelung außerhalb der MGV zusammentragen, wurde die Finanzierung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen für das Jahr 2022 bzw. 2023 weiterhin über eine extra-budgetäre Vergütung gewährleistet.

Tabelle 24 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit/Befristung
Finanzierung	567. BA	01.01.2022	Vergütung telekonsiliarische Befundbeurteilung außerhalb der MGV	31.12.2022
Finanzierung	603. BA	01.01.2023	Vergütung telekonsiliarische Befundbeurteilung außerhalb der MGV	31.12.2023

6.3 Leistungsentwicklung

In Tabelle 25 werden die jährliche Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf (in €) der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 EBM (Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen) dargestellt.

Tabelle 25 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € der Leistungen zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen. Dargestellt sind Jahreswerte. Auf eine Darstellung der prozentualen Veränderungen zum jeweiligen Vorjahreswert wurde verzichtet.

Jahr	Abrechnungshäufigkeit				Leistungsbedarf in €			
	GOP 34800	GOP 34810	GOP 34820	GOP 34821	GOP 34800	GOP 34810	GOP 34820	GOP 34821
2018	1.190	388	18	7	1.429	4.547	529	290
2019	≤5	.	14	≤5	10	.	418	126
2020	134	≤5	94	≤5	1.340	2.850	43	.
2021	229	≤5	80	.	2.317	12	2.456	.
2022	231	.	51	≤5	2.307	.	1.586	44

Aufgrund der sehr geringen Abrechnungszahlen stellt Tabelle 25 die Jahreswerte der Abrechnungshäufigkeit und des Leistungsbedarfes dar.

Bei der Beauftragung einer konsiliarischen Befundbeurteilung (GOP 34800) zeigte sich im Jahr 2022 zuletzt kein relevanter Zuwachs bei der Abrechnungshäufigkeit mehr, nach einem Anstieg in den Jahren 2020 und 2021, bei einem allerdings insgesamt vorliegenden sehr niedrigen Niveau. Die Leistungen zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung CT I (GOP 34820) zeigt seit dem Jahr 2020 einen Rückgang der Abrechnungshäufigkeit auf zuletzt 51 Abrechnungen auf. Bezüglich der telekonsiliarischen Befundbeurteilung Röntgen (GOP 34810) und der telekonsiliarischen Befundbeurteilung CT II (GOP 34821) sind seit dem Jahr 2019 keine relevanten Abrechnungen mehr zu verzeichnen. Die Gründe für die geringe Abrechnungshäufigkeit sind dem Bewertungsausschuss weiterhin nicht bekannt.

Im Anhang sind in Tabelle 71 und Tabelle 72 die Abrechnungszahlen pro Quartal verfügbar. Aufgrund der geringen Abrechnungszahlen wurde auf weitergehende Analysen verzichtet.

7 Elektronische Patientenakte

7.1 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 freiwillig von der Patientin oder dem Patienten geführte, individuelle und lebenslange Akte.

Versicherte haben damit potenziell (und zukünftig) all ihre relevanten medizinischen Informationen wie Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, den Medikationsplan und den Notfalldatensatz 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.

Krankenkassen und die Betreiber der ePA haben grundsätzlich keinen Datenzugriff. Die Hoheit über die Befüllung der Akte und die Löschung von Informationen 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 Ausbaustufenplan²⁹ gemäß § 342 Abs. 2 SGB V schrittweise ausgebaut.

Rechtlicher Hintergrund

Mit dem E-Health-Gesetz³⁰ 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.

²⁹ Siehe [Ausbaustufenplan](#) der ePA – gematik ([gematik.de](#))

³⁰ Siehe Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen ([E-Health-Gesetz](#)) vom 28.12.2015 – Bundesgesetzblatt I S. 2408 ([bgbl.de](#))

Mit Verabschiedung des Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG)³¹ 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 € festgelegt, bis eine Vergütungsregelung durch den Bewertungsausschuss ab dem 1. Januar 2022 beschlossen werden sollte (§ 87 Abs. 2a SGB V).

7.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Die vom Gesetzgeber im PDSG festgelegte Vergütung von 10 € für die sektorenübergreifende Erstbefüllung der ePA wurde mit der ePA-Erstbefüllungsvereinbarung³² 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 bei einem oder einer Versicherten. Wurde diese der jeweiligen Krankenkasse bereits in Rechnung gestellt, wird diese auch bei erneuter vertragsärztlicher Befüllung, zum Beispiel bei einer leeren ePA durch von Versicherten gelöschte Daten, nicht nochmals vergütet. Stattdessen kann die Zusatzpauschale für die ePA-Unterstützungsleistung berechnet werden (siehe unten).

Mit dem Beschluss des BA in seiner 578. Sitzung³³ wurde die Pseudo-GOP 88270 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 gestrichen und durch die GOP 01648 ersetzt. Diese wurde damit zunächst bis zum 31. Dezember 2022 sektorenübergreifend mit 89 Punkten vergütet.

Darüber hinaus wurden gemäß dem gesetzlichen Auftrag nach § 87 Abs. 2a SGB V mit Beschluss der 69. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses³⁴ 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 01647 können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einmal im BHF abrechnen, wenn sie medizinische Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in der ePA erfassen, verarbeiten und/oder speichern. Zusätzlich prüfen und gegebenenfalls ergänzen sie die zu

³¹ Siehe Patientendaten-Schutz-Gesetz ([PDSG](#)) vom 14.10.2020 – Bundesministerium für Gesundheit ([bundesgesundheitsministerium.de](#)).

³² Siehe Vereinbarung über die Abrechnungsvoraussetzungen und –verfahren zur Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte ([ePA-Erstbefüllungsvereinbarung](#)) – Kassenärztliche Bundesvereinigung ([kbv.de](#))

³³ Siehe [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](#))

³⁴ Siehe [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](#))

den Dokumenten gehörenden erforderlichen Metadaten, sofern sie diese Dokumente in die ePA einstellen.

Die GOP 01431 vergütet hingegen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA für Versicherte, bei denen im Arztfall³⁵ kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen der Videosprechstunde erfolgte (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 GOP 01431 kann im Arztfall höchstens viermal abgerechnet werden.

Die Zusatzpauschale für die ePA (GOP 01431) und die Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung (GOP 01647) wurden mit den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 567. und 603. Sitzung, die die Finanzierungsregelung außerhalb der MGV zusammentragen, für das Jahr 2022 bzw. 2023 extrabudgetär vergütet. Tabelle 26 listet alle Beschlüsse bezüglich der ePA mit Wirkung zum Jahr oder im Jahr 2022 auf.

Tabelle 26 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur elektronischen Patientenakte, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit/Befristung
Neuregelung	578. BA	01.01.2022	Streichung der Pseudo-GOP 88270 und Einführung der GOP 01648	31.12.2022
Verlängerung	79. EBA	01.01.2023	Fortführung der GOP 01648	31.12.2023
Finanzierung	567. BA	01.01.2022	Vergütung der GOP 01647, 01648 und 01431 außerhalb der MGV	31.12.2022
Finanzierung	603. BA	01.01.2023	Vergütung der GOP 01647, 01648 und 01431 außerhalb der MGV	31.12.2023

³⁵ Der Arztfall ist die Bezeichnung für die Behandlung derselben/desselben Versicherten durch dieselbe/denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztin/Arzt in einem Quartal zu Lasten derselben Krankenkasse.

7.3 Leistungsentwicklung

Die Abrechnungshäufigkeit und den Leistungsbedarf der Gebührenordnungspositionen, die die ePA betreffen, zeigen Abbildung 32 und Abbildung 33:

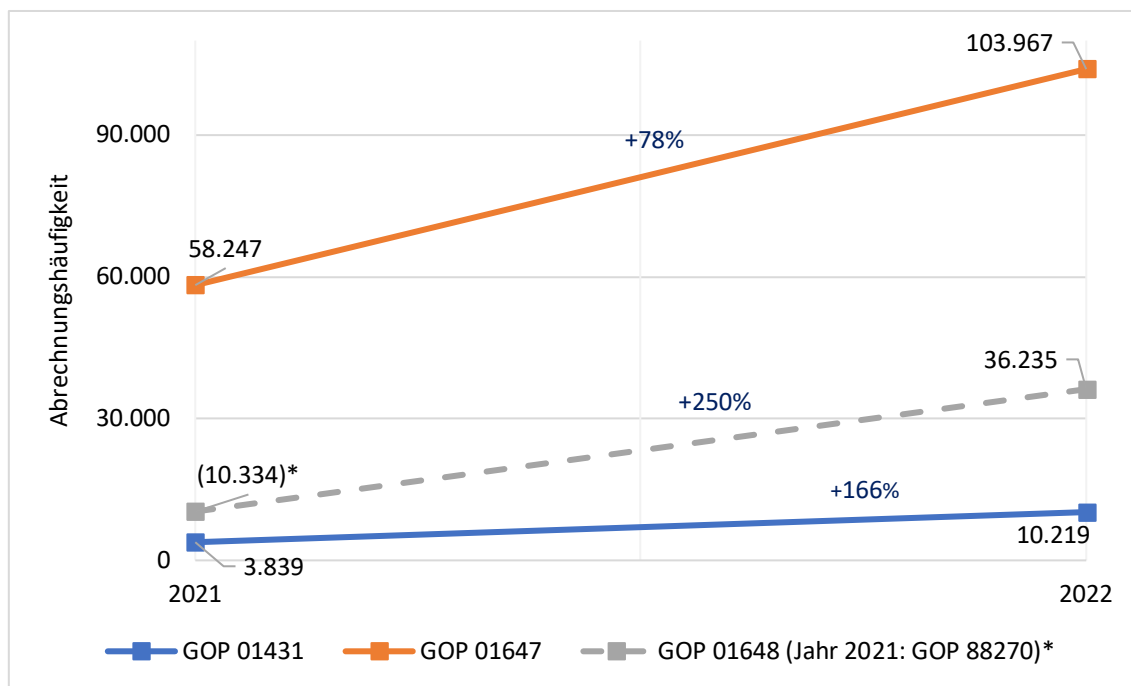


Abbildung 32 Abrechnungshäufigkeit der Gebührenordnungspositionen zur ePA.

*Die Pseudo-GOP 88270 wurde zum 31. Dezember 2021 gestrichen und durch die GOP 01648 ersetzt.

Wurden im Jahr 2021 10.334 ePA neu erstbefüllt (Pseudo-GOP 88270), so stieg die Abrechnung der Nachfolgeleistung (GOP 01648) für die Erstbefüllung im Jahr um 250 % auf 36.235 Erstbefüllungen (graue Kurve). Damit wurden bis Ende des Jahres 2022 ca. 46.500 ePA insgesamt erstbefüllt, was in Anbetracht des Potenzials an ePA weiterhin als niedrig bewertet werden kann.

Die Abrechnungshäufigkeit der Zusatzpauschale (GOP 01647) stieg zum Jahr 2022 lediglich um 78 % auf zuletzt 103.967 Abrechnungen; damit standen im Jahr 2022 103.967 Anpassungen der ePA 36.235 Erstbefüllungen gegenüber, während das Verhältnis im Jahr 2021 noch 58.247 zu 10.334 Erstbefüllungen betrug.

Die Entwicklung des Leistungsbedarfs folgte der Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit (Abbildung 33).

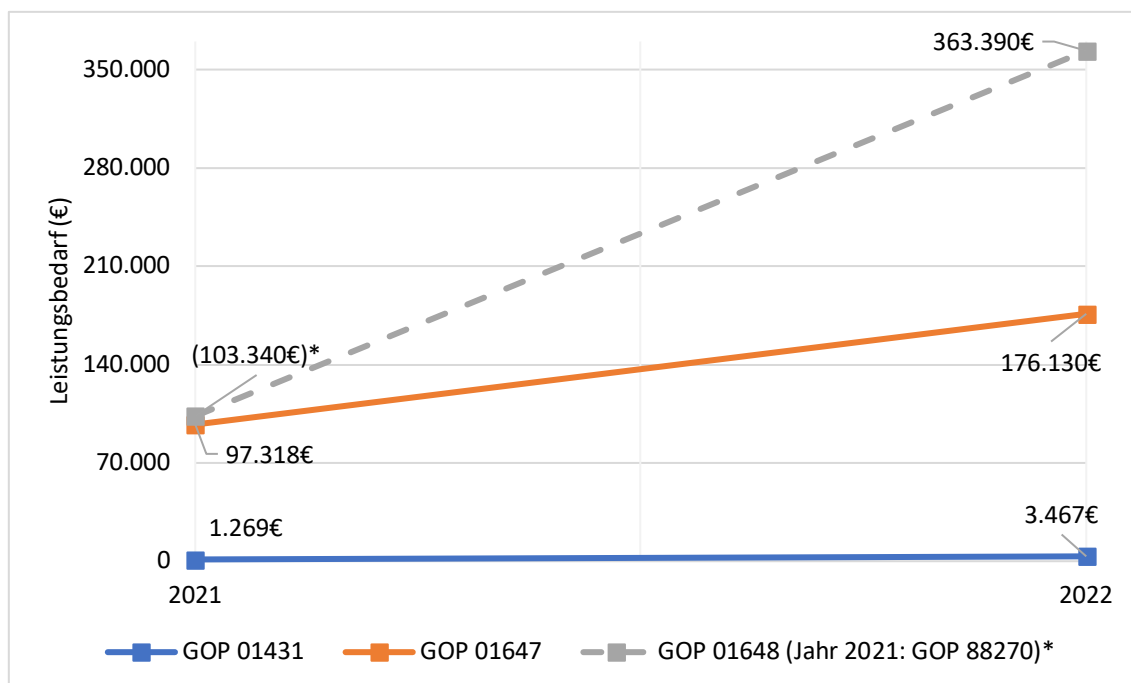


Abbildung 33 Leistungsbedarf der Gebührenordnungspositionen im Rahmen der ePA. *Die Pseudo-GOP 88270 wurde zum 31. Dezember 2021 gestrichen und durch die GOP 01648 ersetzt.

Durch das deutlich größere Wachstum der Erstbefüllung (GOP 01648) gegenüber der Zusatzpauschale GOP 01647 zeigt sich hier eine starke Dynamik bei dem Leistungsbedarf der GOP 01648.

Dem sichtbaren hohen Wachstum auf Jahresebene kann unter Analyse der Abrechnungshäufigkeit auf Quartalsebene eine differenziertere Betrachtung entgegengesetzt werden (Abbildung 34):

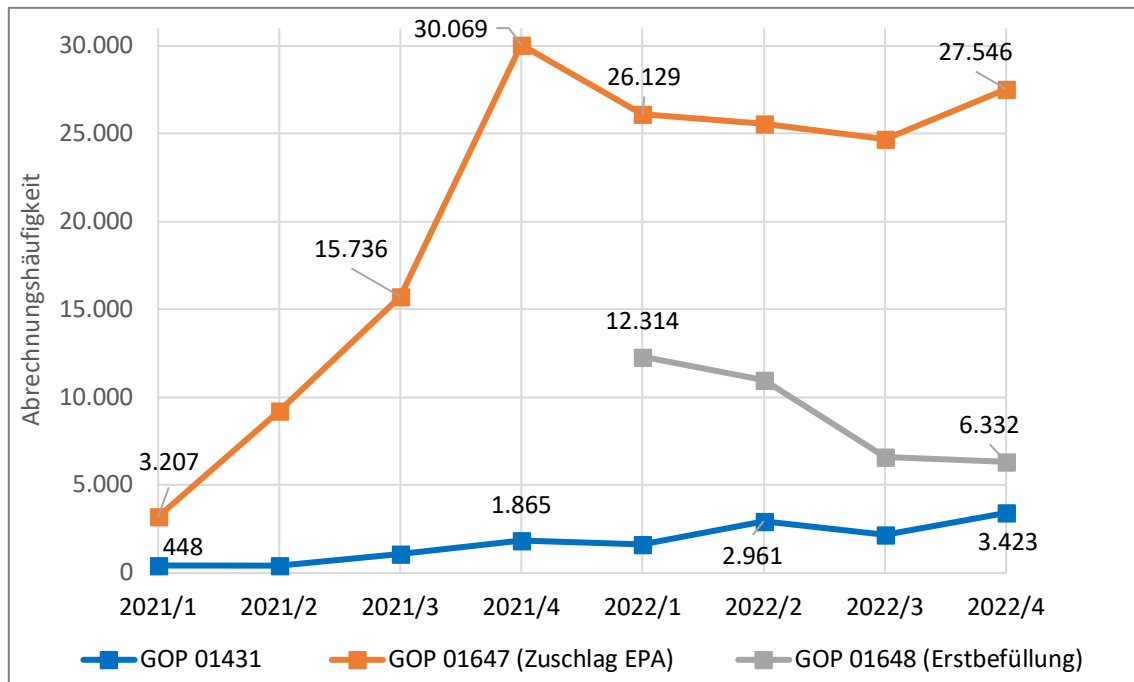


Abbildung 34 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur ePA im Quartalsverlauf für die Jahre 2021 und 2022.

Die Betrachtung der Abrechnungshäufigkeit auf Quartalsebene liefert hinsichtlich dreier Aspekte ein differenzierteres Bild gegenüber der Jahresbetrachtung:

- Die Entwicklung des Zuschlages GOP 01647 zeigte innerhalb des Jahres 2022 wenig Dynamik, sondern einen eher konsolidierten Verlauf nach einem Peak von 30.069 Abrechnungen im 4. Quartal 2021 und dem starken Wachstum im Jahr 2021.
- Die Erstbefüllung (GOP 01648) zeigte im Jahr 2022 über die Quartale eine Abnahme um fast 50 % von 12.314 (1. Quartal 2022) auf 6.332 Abrechnungen im 4. Quartal 2022.
- Die GOP 01431 zeigt ein stetiges Wachstum über fast alle Quartale hinweg.

Die Tabelle 73 und Tabelle 74 bzw. die Tabelle 75 im Anhang beinhalten nochmals die genauen Zahlen bezüglich der Abrechnungshäufigkeit pro Quartal bzw. pro Jahr und des Leistungsbedarfs.

7.4 Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Fachgruppen und Einrichtungenformen

Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit

Die Leistungen zur ePA werden regional different abgerechnet. Tabelle 27 zeigt die absolute und normierte regionale Abrechnungshäufigkeit nach KV-Bezirken.

Tabelle 27 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur ePA nach KV-Bezirken im Jahr 2022. Dargestellt sind die absolute und auf 100.000 Versicherte normierte Abrechnungshäufigkeit. Sortiert nach der absoluten Abrechnungshäufigkeit der GOP 01648.

KV-Bezirk	Abrechnungshäufigkeit (je 100.000 Versicherte)		
	GOP 01431 (Zusatzpauschale bei fehlendem Patientenkontakt)	GOP 01647 (Zusatzpauschale)	GOP 01648 (Erstbefüllung)
Baden-Württemberg	253 (3)	5.356 (56)	10.848 (114)
Westfalen-Lippe	1.755 (23)	1.937 (26)	5.217 (70)
Niedersachsen	1.342 (19)	15.029 (209)	4.106 (57)
Hessen	187 (3)	8.773 (159)	3.757 (68)
Rheinland-Pfalz	309 (9)	2.648 (76)	3.599 (103)
Mecklenburg-Vorpommern	6 (0)	1.832 (125)	2.126 (145)
Niederrhein	1.750 (21)	4.624 (55)	2.038 (24)
Bayern	3.560 (31)	23.747 (208)	1.878 (16)
Sachsen-Anhalt	≤5 (0)	4.285 (209)	1.046 (51)
Berlin	744 (22)	14.793 (446)	801 (24)
Thüringen	≤5 (0)	1.057 (54)	389 (20)
Sachsen	40 (1)	1.009 (27)	322 (8)
Hamburg	68 (4)	14.297 (819)	37 (2)
Brandenburg	151 (6)	3.132 (134)	30 (1)
Schleswig-Holstein	41 (2)	14 (1)	30 (1)
Bremen	7 (1)	9 (1)	7 (1)
Saarland	.	1.425 (166)	≤5 (0)

Wie in Tabelle 27 erkennbar, differierten die Abrechnungszahlen der KV-Bezirke zueinander stark, insbesondere auch bei normierter Betrachtung. An dieser Stelle werden lediglich die wichtigsten Erkenntnisse hinsichtlich der vom Volumen gesehen leistungsstärksten Leistungen zur ePA, die Erstbefüllung einer ePA (GOP 01648) und dem Zuschlag GOP 01647, aufgelistet:

- In Bezug auf die absolute Abrechnungshäufigkeit der GOP 01648 wurden in den KV-Bezirken Baden-Württemberg (n = 10.848; ~30 %), Westfalen-Lippe (n = 5.217; ~14 %) und Niedersachsen (n = 4.106; 11 %) die meisten ePA erstmalig befüllt.
- In Bezug auf ihre Größe (pro 100.000 Versicherte) zeigten bei der normierten Abrechnungshäufigkeit der GOP 01648 (Tabelle 27 in Klammern) insbesondere die KV-Bezirke

Mecklenburg-Vorpommern (n = 145), Baden-Württemberg (n = 114) und Rheinland-Pfalz (n = 103) einen hohen Anteil bei der Erstbefüllung von ePA.

- Bei der Zusatzpauschale (GOP 01647) wurde insbesondere in vier KV-Bezirken ein sehr hoher Anteil an GOP 01647 abgerechnet: Bayern (n = 23.747; ~23 %), Niedersachsen (n = 15.029; ~14,5 %), Berlin (n = 14.793; ~14 %) und Hamburg (n = 14.297; ~14 %).
- Bei der normierten Abrechnungshäufigkeit der GOP 01647 dominierten insbesondere die beiden Stadtstaaten Hamburg (n = 819) und Berlin (n = 446) die Abrechnungss Statistik.

Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Fachgruppen

Die nach Fachgruppen differenzierte Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur ePA stellten sich wie folgt dar (Tabelle 28):

Tabelle 28 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur ePA im Jahr 2022. Dargestellt sind die Abrechnungshäufigkeit pro Fachgruppe, die Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe und die Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe (n Ä). Sortiert nach der absoluten Abrechnungshäufigkeit der GOP 01648.

Fachgruppe	Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte	Abrechnungshäufigkeit (AH) und Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte (n Ä)					
		GOP 01431		GOP 01647		GOP 01648	
		AH	n Ä	AH	n Ä	AH	n Ä
Hausärztinnen/-ärzte	63.390	2.528	105	30.107	165	14.169	383
Neurologie/Nervenheilkunde	5.289	527	9	4.606	14	6.824	20
Gynäkologie	13.500	2.017	39	10.757	54	3.797	69
Orthopädie	9.007	340	22	19.357	23	2.743	25
Dermatologie	4.318	259	17	40	≤5	1.928	5
Chirurgie	7.988	209	8	10.974	9	1.386	11
Urologie	3.893	595	37	3.794	19	1.261	11
Psychiatrie	3.573	20	≤5	4.589	5	1.142	12
Kinder-/Jugendmedizin	8.954	409	28	1.293	6	1.089	30
Innere Medizin	14.185	2.093	45	13.027	16	929	25
Anästhesiologie	4.172	222	16	671	16	480	11
Augenheilkunde	6.920	774	31	1.980	9	258	7
Psychotherapie	36.297	≤5	≤5	189	8	182	10
HNO und Phoniatrie	4.865	7	7	304	8	40	14
Radiologie/Nuklearmed./Strahlenth.	6.958	212	5	≤5	≤5	≤5	≤5
Physikalische/Rehabilitative Med.	655	0	0	1.129	≤5	≤5	≤5
Sonstige	17.730	≤5	≤5	1.144	5	≤5	≤5
Humangenetik	337	5	≤5	0	0	0	0
Labor	1.628	0	0	≤5	≤5	0	0

Wie bereits bei der regionalen Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit vollführt, folgen hier die wichtigsten Erkenntnisse betreffend der Erstbefüllung einer ePA (GOP 01648) und dem Zuschlag GOP 01647 (Tabelle 28):

- Die Fachgruppe der Hausärztinnen/-ärzte erstbefüllte den Großteil (n = 14.169; 39 %) aller im Jahr 2022 erstbefüllten ePA (n = 36.235) – gefolgt von den Fachgruppen der Neurologie und Nervenheilkunde (n = 6.824; ~19 %) und Gynäkologie (n = 3.797; ~10,5 %).
- Bei allen Fachgruppen leistete eine verhältnismäßig äußerst geringe Anzahl an Ärzten und Ärztinnen die ePA-Erstbefüllung der gesamten Fachgruppe. So leisteten bei den Hausärztinnen/-ärzten 383 Ärzte/Ärztinnen (entspricht ~0,6 % aller Hausärztinnen/-ärzte), in der Neurologie/Nervenheilkunde 20 Ärztinnen/Ärzte (entspricht ~0,3 %) und in der Gynäkologie 69 Ärzte/Ärztinnen (entspricht ~0,5 %) sämtliche ePA-Erstbefüllungen ihrer Fachgruppe.
- Die Zusatzpauschale GOP 01647 wurde ebenfalls am häufigsten von den Hausärzten/-ärztinnen (n = 30.107) abgerechnet. Der Anteil an den 103.967 insgesamt durchgeführten GOP 01647 betrug hier ca. 29 %, gefolgt von der Fachgruppe der Orthopädie (n = 19.357; ~19 %) und der Fachgruppe der Inneren Medizin (n = 13.027; 12,5 %).
- Auch bei der Abrechnung der GOP 01647 fiel – bei allen Fachgruppen – der sehr geringe Anteil von abrechnenden Ärztinnen/Ärzten einer Fachgruppe auf. So rechneten 165 Hausärztinnen/-ärzte entsprechend 0,2 % aller Ärztinnen/Ärzte der Fachgruppe, 23 Orthopädinnen/Orthopäden (0,25 %) und 16 Internistinnen/Internisten (0,1 %) die GOP 01647 ab.

Zusammenfassend erfolgte sowohl die Erstbefüllung als auch die Anpassung der ePA (GOP 01647) damit noch auf einem sehr niedrigen Niveau, insbesondere hinsichtlich der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte.

Aufgrund der sehr geringen Zahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte ist die Verteilung einer zukünftigen Dynamik auf die verschiedenen Fachgruppen zurzeit schwer abschätzbar.

Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Einrichtungsformen

Die Daten der Abrechnungshäufigkeit von Leistungen zur ePA bezüglich der Einrichtungsform sind in Abbildung 35 und Tabelle 76 im Anhang ersichtlich.

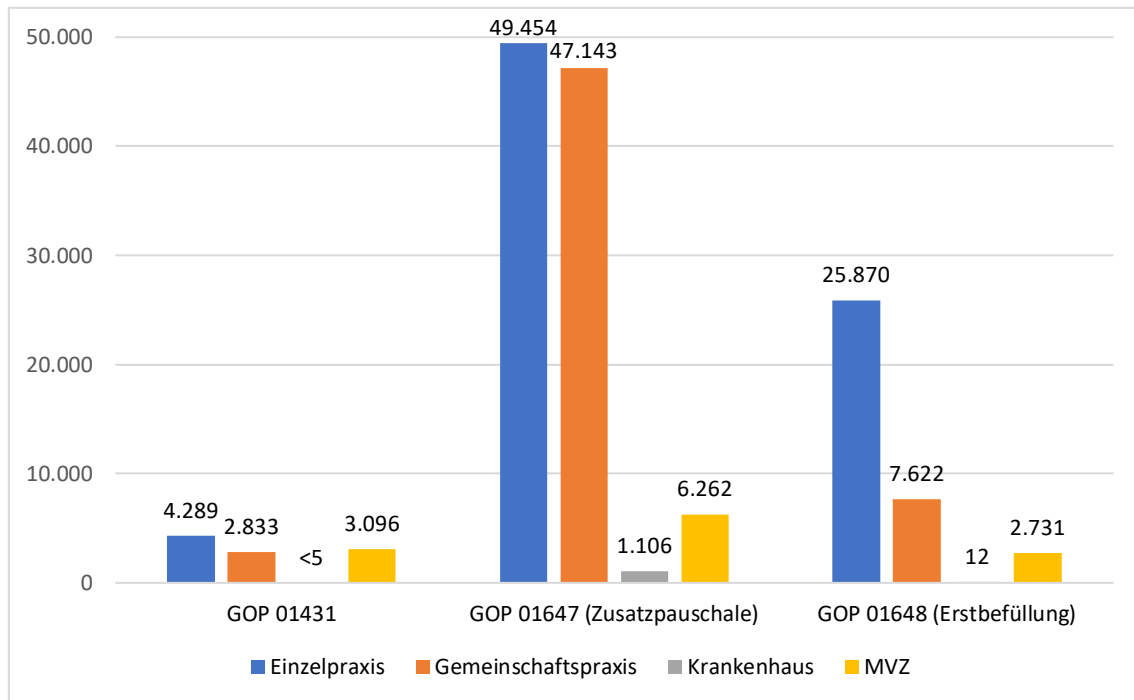


Abbildung 35 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur ePA nach Einrichtungsformen im Jahr 2022.

Die Erstbefüllung von ePA erfolgte im Jahr 2022 in großem Maße in Einzelpraxen bei einer durchschnittlichen Abrechnungshäufigkeit von 70 ePA-Erstbefüllungen (GOP 01648) pro Praxis und insgesamt 25.870 Abrechnungen für alle Einzelpraxen (Abbildung 35 und Tabelle 76 im Anhang). Dies entspricht einem Anteil von ca. 71 % aller Erstbefüllungen.

Bei der Zusatzpauschale werden mit 47.143 Abrechnungen nur unwesentlich weniger pflegende Modifikationen des ePA-Datensatzes (Zusatzpauschale GOP 01647) abgerechnet als in Einzelpraxen (49.454 Abrechnungen).

Als ursächlich kann die unterschiedliche Abrechnungshäufigkeit der Leistung pro Fachgruppe angenommen werden. So wurde ein großer Anteil an Erstbefüllungen der ePA durch Hausärztinnen/-ärzte durchgeführt, welche mutmaßlich deutlich mehr Einzelpraxen betreiben (s.a. vorheriges Unterkapitel „Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Fachgruppen“ in diesem Bericht).

Krankenhäuser leisteten 2022 keinen nennenswerten Beitrag für die Pflege oder insbesondere die Erstbefüllung der ePA, wobei zu beachten ist, dass nur ermächtigte Ärztinnen/Ärzte oder Psychotherapeutinnen/-therapeuten im Krankenhaus die entsprechenden ePA-Leistungen berechnen dürfen.

7.5 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit Inanspruchnahme der ePA

Die Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit Inanspruchnahme einer Erstbefüllung einer ePA (GOP 01648) und der Zusatzpauschale (GOP 01647) zeigen Abbildung 36 und Abbildung 37.

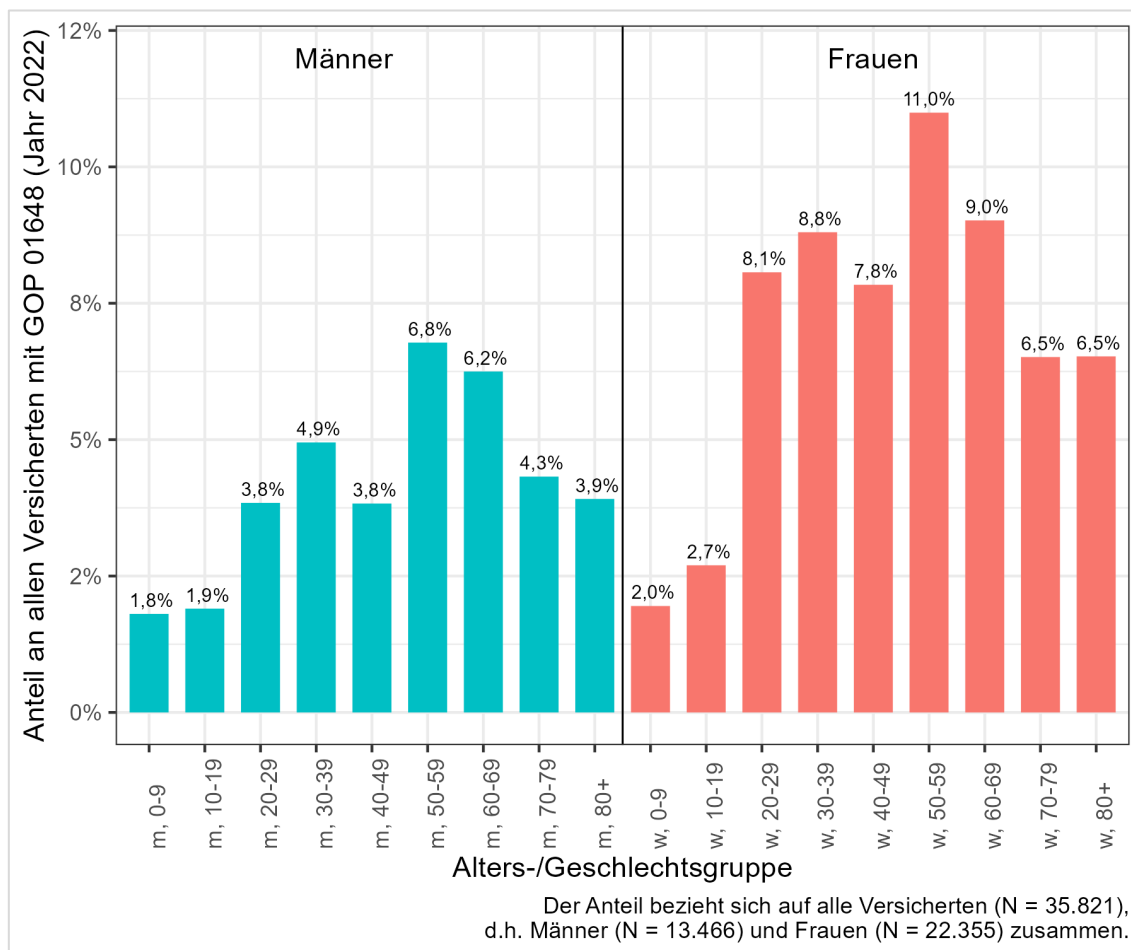
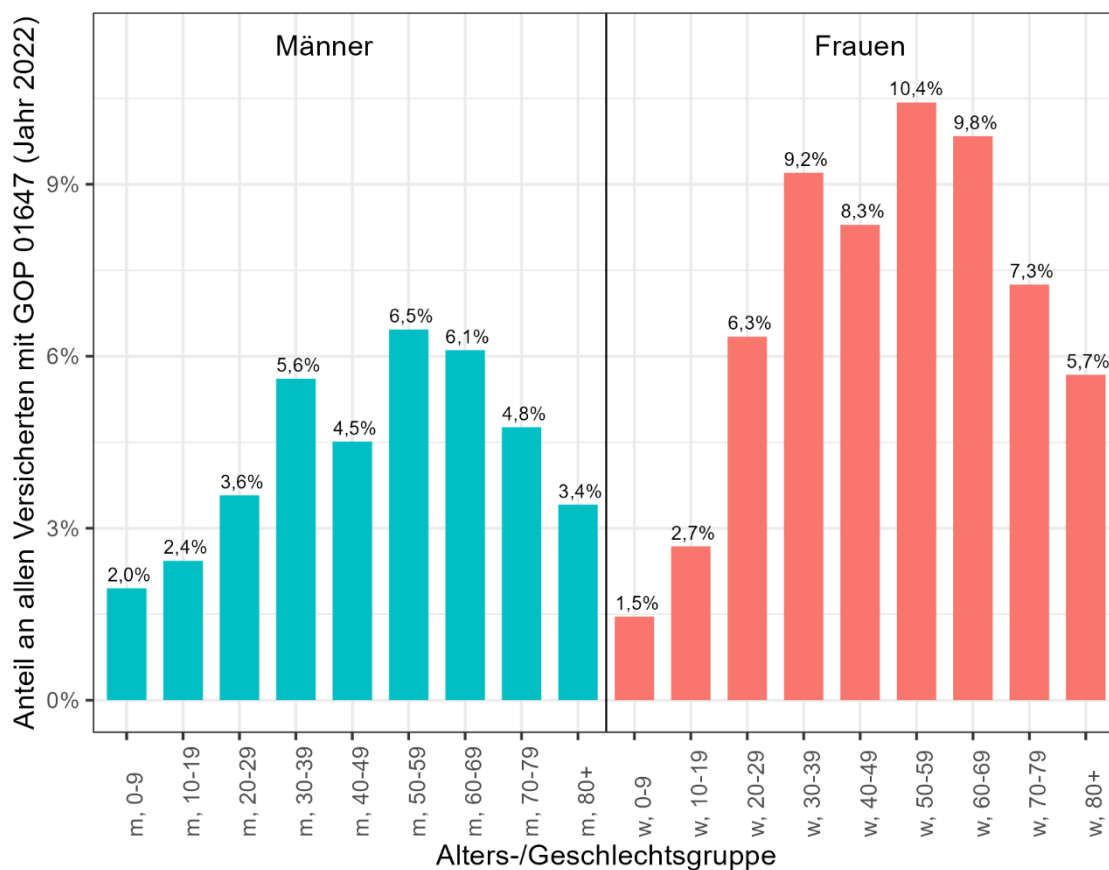


Abbildung 36 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten, bei denen eine Erstbefüllung einer ePA (GOP 01648) im Jahr 2022 abgerechnet wurde; m = männlich, w = weiblich.

Der Anteil der weiblichen Versicherten bezüglich der Erstbefüllung einer ePA ist mit ca. 62 % größer als der Anteil der männlichen Versicherten. Dieser Umstand trifft faktisch auf alle Altersklassen jenseits des 20. Lebensjahrs zu. Die von der Fachgruppe Gynäkologie im Jahr 2022 vorgenommenen 3.797 Erstbefüllungen einer ePA können dieses Verhältnis nicht vollständig bedingen, sondern könnten als ein verstärktes Inanspruchnahme-Verhalten gewertet werden.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei Betrachtung der Zusatzpauschale (Abbildung 37):



Der Anteil bezieht sich auf alle Versicherten (N = 68.291),
d.h. Männer (N = 26.513) und Frauen (N = 41.778) zusammen.

Abbildung 37 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten bei denen eine Zusatzpauschale (GOP 01647) für die ePA im Jahr 2022 abgerechnet wurde.

8 Elektronische Arztbriefe

8.1 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)³⁶ und teilweise über den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung³⁷ umgesetzt wurde, wird die elektronische Kommunikation gefördert.

Nach einer Übergangsphase, in welcher der alternative Übergangsdienst KV-Connect genutzt werden konnte, 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) erfolgt, 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.

Rechtlicher Hintergrund

Die Verpflichtung, KIM-Dienste für die Übermittlung elektronischer Kommunikation wie eArztbriefe zu verwenden, wurde durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)³⁸ gegen Ende des Jahres 2019 eingeführt. Zur Umsetzung der Details sind die genauen Anforderungen zur Übermittlung von eArztbriefen in der Richtlinie „Elektronischer Brief“³⁹ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgelegt. Nach einer Übergangsphase von sechs Monaten wurde die Nutzung eines KIM-Dienstes für Vertragsarztpraxen zum 1. April 2021 verpflichtend.

³⁶ Siehe [Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur](#) (BMV-Ä Anlage 32) vom 14. Dezember 2017 in der Fassung vom 26. August 2022 – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de).

³⁷ Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

³⁸ Siehe Digitale-Versorgung-Gesetz ([DVG](#)) vom 11.12.2019 – Bundesgesetzblatt I S. 2652 (bgbl.de)

³⁹ Siehe [Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung \(Richtlinie elektronischer Brief\)](#) – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de).

Den Anschluss an die Telematikinfrastruktur sowie die Einrichtung und den Betrieb des Übertragungsdienstes KIM erhalten Arztpraxen pauschal erstattet, wie bereits im Vorbericht 2020 ausführlich dargestellt. Dies war bis zum 30. Juni 2023 in der Anlage 8 der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 zum BMV-Ä) definiert.

8.2 Regelungen und Vergütung im EBM bzw. der TI-Finanzierungsvereinbarung

Ab dem 1. Juli 2020 waren folgende Gebührenordnungsposition und Pseudo-Gebührenordnungspositionen für den Versand bzw. Empfang von eArztbriefen berechnungsfähig (Tabelle 29):

Tabelle 29 Gebührenordnungsposition 01660 und Pseudo-Gebührenordnungspositionen 86900 und 86901 für Versand und Empfang von eArztbriefen.

(Pseudo-)GOP	Bezeichnung	Punkte	€ (2022)
01660	Zuschlag zur Versandpauschale zur Förderung elektronischer Briefe 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

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

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 in den Vorberichten 2020 und 2022 ausgeführt. So war die Kostenpauschale GOP 40110 für Postsendungen unabhängig von Umfang und Gewicht mit 81 Cent bewertet (ab 1. Januar 2022 mit 86 Cent); die Kostenpauschale GOP 40111 für Faxe war zunächst mit 10 Cent und seit dem 1. Juli 2021 mit 5 Cent bewertet.

Außerdem wurde durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung⁴⁰ die Abrechnung der Kostenpauschalen für nicht-digitale Kommunikation ab dem 1. Oktober 2021

⁴⁰ Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

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

8.3 Leistungsentwicklung

Abrechnungshäufigkeit

Für das Berichtsjahr 2022 lagen 2,68 Mio. Abrechnungen der Versandpauschale für eArztbriefe (Pseudo-GOP 86900) sowie 2,34 Mio. Abrechnungen des Zuschlags zu der Versandpauschale (GOP 01660) vor. Für beide Leistungen haben sich die Abrechnungszahlen im Vergleich zum Vorjahr rund versiebenfacht durch eine Steigerung um 600 % für Pseudo-GOP 86900 bei rund 383.000 Abrechnungen im Jahr 2021, bzw. um 556 % für GOP 01660 bei rund 357.000 Abrechnungen 2021 (siehe auch Anhang, Tabelle 79). Die Abrechnungshäufigkeit der Empfangspauschale für eArztbriefe (Pseudo-GOP 86901) lag bei 1,37 Mio. Abrechnungen im Jahr 2022. Dies bedeutete eine knappe Vervierfachung im Vergleich zum Vorjahr durch eine Steigerung um 282 % bei rund 358.000 Abrechnungen 2021.

Abbildung 38 zeigt, wie sich die Abrechnungszahlen für die verschiedenen Leistungen zum eArztbrief in den einzelnen Quartalen entwickelt haben (siehe auch Anhang, Tabelle 77).

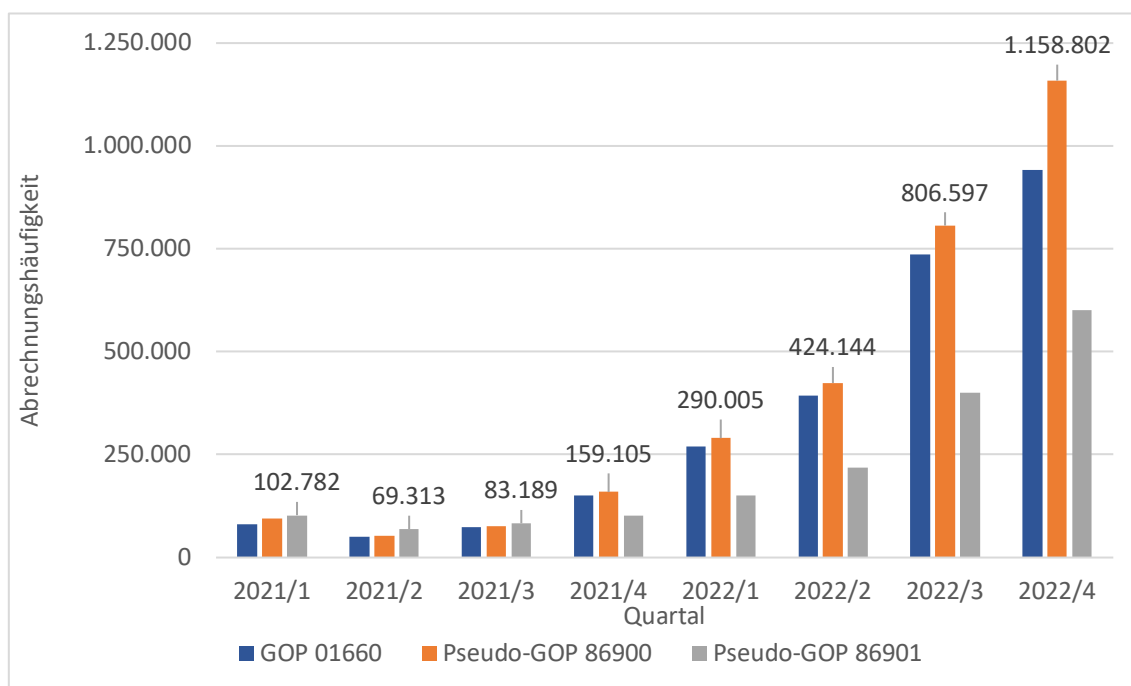


Abbildung 38 Abrechnungshäufigkeit der (Pseudo-)Gebührenordnungspositionen für Versand und Empfang von eArztbriefen.

Abbildung 38 zeigt, wie sich größer werdende Unterschiede bei den Abrechnungszahlen für die Versendung von eArztbriefen und für deren Empfang im Jahr 2022 entwickelten (siehe auch Anhang, Tabelle 77). So wurde in jedem Quartal die Pauschale für den Versand eines eArztbriefes (Pseudo-GOP 86900) knapp doppelt so häufig abgerechnet wie die Pauschale für den Empfang (Pseudo-GOP 86901): Im 1. Quartal 2022 zeigte sich eine Differenz von 140.000 Abrechnungen zwischen rund 290.000 Abrechnungen der Pseudo-GOP 86900 und rund 150.000 Abrechnungen der Pseudo-GOP 86901, die bis zum 4. Quartal dieses Jahres auf eine Differenz von rund 560.000 Abrechnungen anwuchs bei rund 1,16 Mio. Abrechnungen der Pseudo-GOP 86900 und rund 600.000 Abrechnungen der Pseudo-GOP 86901.

Leistungsbedarf

In Tabelle 30 ist jeweils der Leistungsbedarf für die Leistungen zu Versand und Empfang von eArztbriefen nach den Quartalen und Jahressummen für die Jahre 2021 und 2022 dargestellt:

Tabelle 30 Leistungsbedarf für eArztbriefe in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Leistungsbedarf 2021 in €					Leistungsbedarf 2022 in €				
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	Gesamt	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4	Gesamt
GOP 01660	8.979	5.631	8.063	16.744	39.416	30.021	43.643	81.559	104.471	259.693
Pseudo-GOP 86900	9.127	6.400	9.726	21.452	46.705	36.775	50.209	86.022	112.211	285.217
Pseudo-GOP 86901	13.127	8.940	11.134	14.345	47.546	24.079	42.475	85.858	132.737	285.149

Wie Tabelle 30 zeigt, belief sich der Leistungsbedarf für die Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900) und die Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) im Jahr 2022 in Summe jeweils auf rund 285.000 € (siehe auch Anhang, Tabelle 78 und Tabelle 79). Für den Zuschlag zur Versandpauschale (GOP 01660) belief sich der Leistungsbedarf im Jahr 2022 auf insgesamt rund 260.000 €.

8.4 Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Einrichtungssformen

Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit

Aufgeschlüsselt nach KV-Bezirken, die sich in den meisten Fällen mit den Bundesländern decken, stellt Abbildung 39 die regionale Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 für die Versandpauschale und die Empfangspauschale für eArztbriefe dar. Hierbei ist zu beachten, dass die Abrechnungen jeweils pro 100.000 Versicherte umgerechnet wurden, um trotz der Größenunterschiede zwischen den Bezirken eine Vergleichbarkeit zu erlangen.

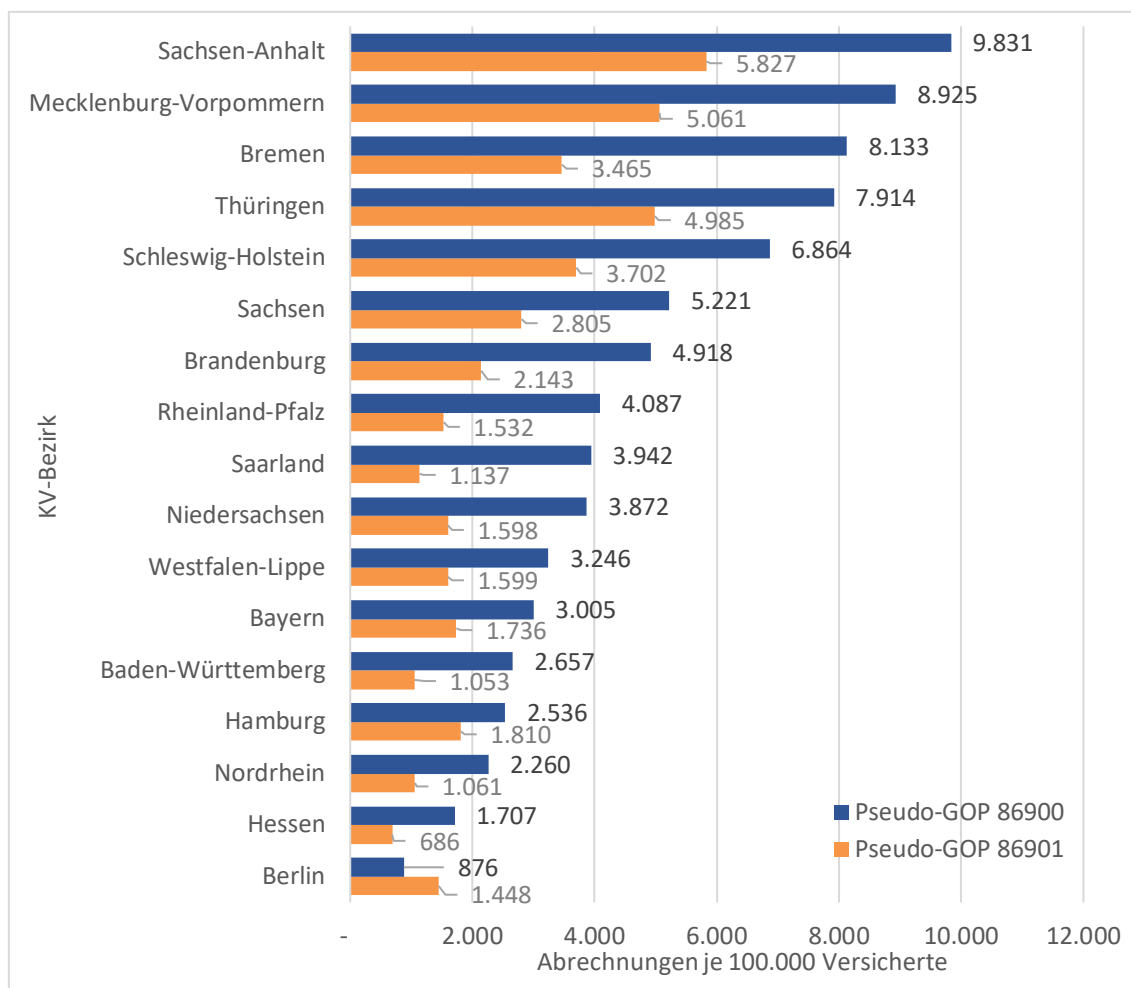


Abbildung 39 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900) und der Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) für eArztbriefe nach KV-Bezirken im Jahr 2022. Dargestellt ist die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte. Sortiert nach der Abrechnungshäufigkeit der Pseudo-GOP 86900.

Wie Abbildung 39 zu entnehmen ist, wurde die Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900) im Jahr 2022 in fünf östlichen (Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen, Brandenburg) und zwei nördlichen KV-Bezirken (Bremen, Schleswig-Holstein) relativ zu ihrer Größe besonders häufig abgerechnet. In allen KV-Bezirken mit Ausnahme des Bezirks Berlin wird die Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) wesentlich seltener abgerechnet als die Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900). Dies spiegelt sich auch in der bundesweiten Abrechnungshäufigkeit wider (siehe Abbildung 38). Die absolute Abrechnungshäufigkeit für die beiden Leistungen sowie für den Zuschlag zur Versandpauschale (GOP 01660) je KV-Bezirk ist im Anhang aufgeführt (siehe Tabelle 80).

Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Einrichtungenformen

Um nachzuvollziehen, wie sich die Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zu eArztbriefen auf die unterschiedlichen Einrichtungenformen im vertragsärztlichen Bereich verteilt, wurde die Abrechnungshäufigkeit nach Einrichtungen ausgewertet. Insgesamt rechneten Einzelpraxen im

Jahr 2022 rund 1,3 Mio. Versandpauschalen für eArztbriefe (Pseudo-GOP 86900) ab; von Gemeinschaftspraxen lagen etwa 1,2 Millionen Abrechnungen und von MVZ rund 185.000 Abrechnungen dieser Leistung vor. Die Empfangspauschale für eArztbriefe (Pseudo-GOP 86901) wurde von Einzelpraxen insgesamt rund 746.000-mal abgerechnet, von Gemeinschaftspraxen rund 559.000-mal und von MVZ rund 61.000-mal.

Da jeweils die Anzahl der abrechnenden Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und MVZ bundesweit stark voneinander abweicht, wurden zusätzlich die durchschnittlichen Abrechnungszahlen derjenigen Einrichtungen analysiert, die im Jahr 2022 mindestens eine Leistung nach Pseudo-GOP 86900 bzw. 86901 abgerechnet haben (Abbildung 40).

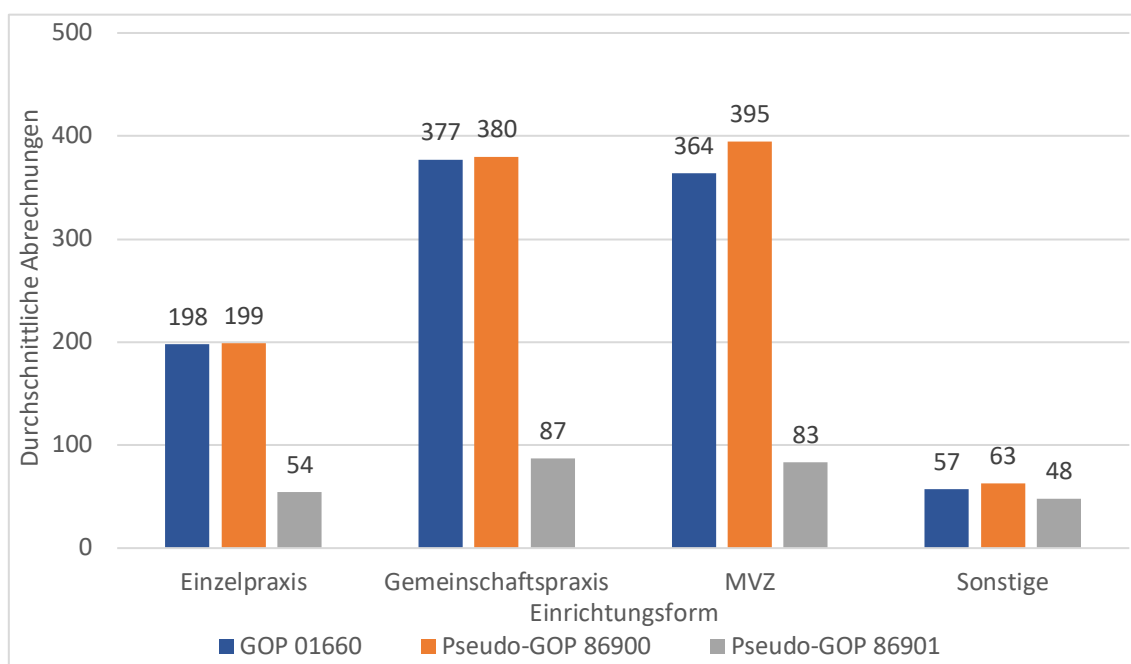


Abbildung 40 Durchschnittliche Abrechnungen je abrechnende Einrichtung der Leistungen zu eArztbriefen im Jahr 2022, dargestellt nach Einrichtungsformen.

Gemeinschaftspraxen und MVZ rechneten im Jahr 2022 durchschnittlich die meisten Leistungen für den Versand von eArztbriefen (GOP 01660 bzw. Pseudo-GOP 86900) ab: Für sie lagen mit rund 380 bzw. rund 400 Abrechnungen der Versandpauschale für eArztbriefe (Pseudo-GOP 86900) etwa doppelt so viele Abrechnungen vor wie für Einzelpraxen mit rund 200 Abrechnungen je Praxis (siehe Abbildung 40). Weniger ausgeprägt waren die Unterschiede der durchschnittlichen Abrechnungszahlen für die Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901), die Einzelpraxen im Schnitt 54-mal, Gemeinschaftspraxen 87-mal und MVZ 83-mal abrechneten. Die Abrechnungshäufigkeit für eArztbriefe insgesamt je Einrichtungsform ist im Anhang zu finden (Tabelle 81).

8.5 Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Fachgruppen und Anteil abrechnender Ärztinnen und Ärzte in den Fachgruppen

Bei der fachgruppenspezifischen Betrachtung der Leistungsentwicklung der Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900) und der Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) zu eArztbriefen im Jahr 2022 fällt auf, dass einige Fachgruppen die Versandpauschale, andere Fachgruppen die Empfangspauschale in größerem Maße abrechneten. Dies ist in Abbildung 41 zu sehen:

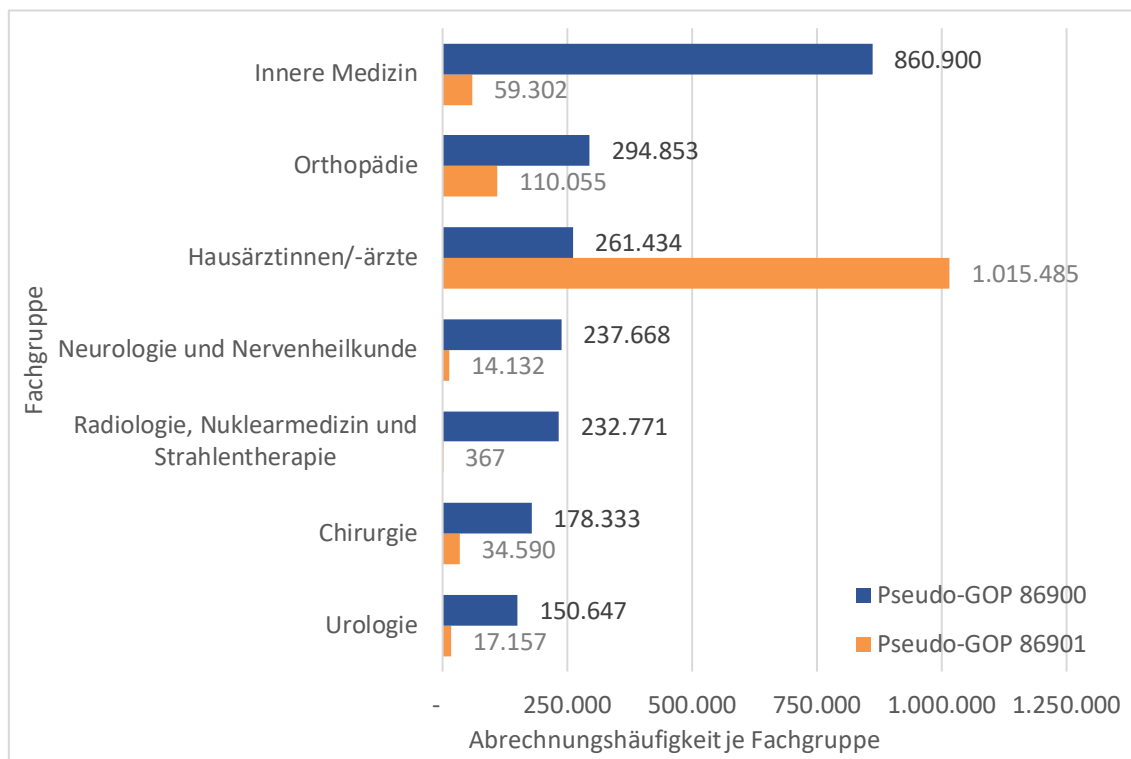


Abbildung 41 Abrechnungshäufigkeit der Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900) und der Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) für eArztbriefe im Jahr 2022 je Fachgruppe mit besonders großer Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022. Sortiert nach Abrechnungen der Pseudo-GOP 86900.

Fast alle Fachgruppen haben im Jahr 2022 die Versandpauschale für eArztbriefe (Pseudo-GOP 86900) häufiger abgerechnet als die Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901). Darunter haben Fachärztinnen und -ärzte der Inneren Medizin die Versandpauschale für eArztbriefe (Pseudo-GOP 86900) mit 860.900 Abrechnungen am häufigsten abgerechnet (Abbildung 41). Die einzige Fachgruppe, welche die Empfangspauschale häufiger abrechnete, waren die Hausärztinnen und -ärzte. In dieser Fachgruppe lag mit mehr als 1 Million Abrechnungen der Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) auch die größte Abrechnungshäufigkeit für die Pseudo-GOP 86901 vor. Die detaillierten Werte für alle Fachgruppen sind im Anhang in Tabelle 82 zu finden.

Bei den Auswertungen zur Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zu eArztbriefen nach Fachgruppen ist zu beachten, dass die Fachgruppe der Inneren Medizin mit 14.200 Ärztinnen und

Ärztinnen und -ärzte mit rund 63.400 Ärztinnen und Ärzten besonders große Fachgruppen sind. Deshalb ist es nachvollziehbar, dass die Abrechnungshäufigkeit bei diesen Fachgruppen höher lag als bei den anderen Fachgruppen. Allerdings lässt sich daraus nicht abschätzen, wie groß der Anteil der Ärztinnen und Ärzte in der Fachgruppe ist, die sich an den Abrechnungen der Leistungen zu eArztbriefen beteiligten. Abbildung 42 zeigt, in welchen Fachgruppen ein besonders großer Anteil die Versandpauschale (GOP 86900) oder die Empfangspauschale (GOP 86901) für eArztbriefe im Jahr 2022 abgerechnet hat.

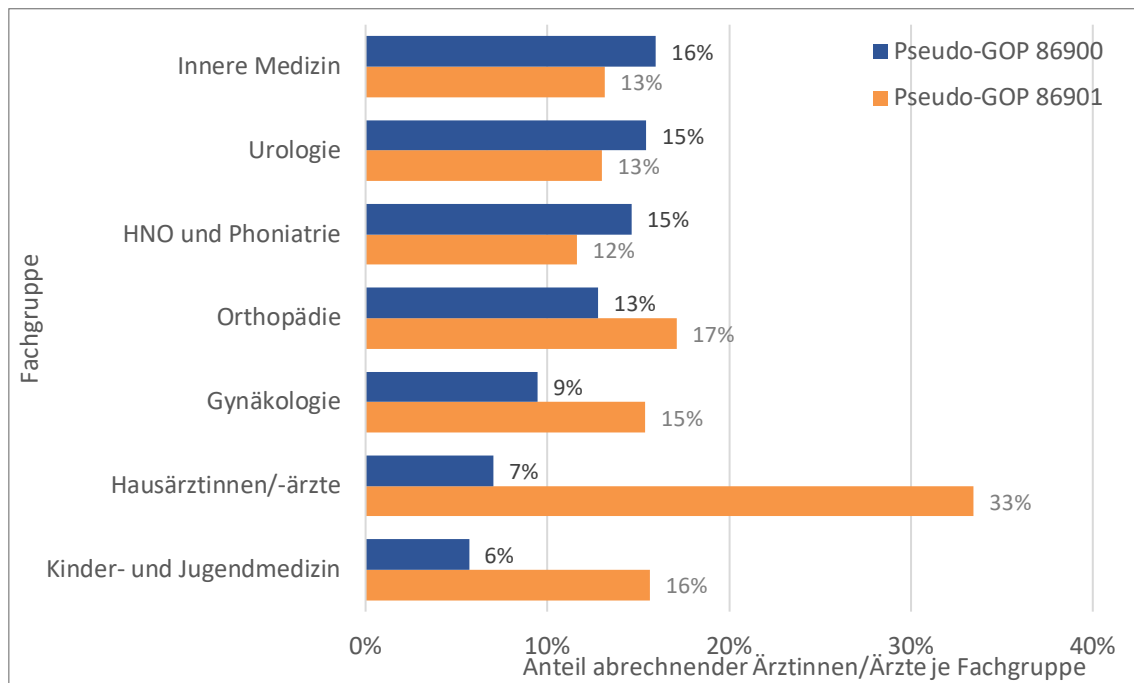


Abbildung 42 Anteil der Ärztinnen/Ärzte in den Fachgruppen, welche die Versandpauschale (Pseudo-GOP 86900) und die Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) für eArztbriefe im Jahr 2022 abgerechnet haben. Dargestellt sind jeweils die Fachgruppen mit dem größten Anteil. Sortiert nach Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die Pseudo GOP 86900 abgerechnet haben.

In Abbildung 42 fällt auf, dass der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die mindestens eine Versandpauschale für eArztbriefe (Pseudo-GOP 86900) im Jahr 2022 abgerechnet haben, häufig ähnlich groß ist wie die Prozentzahl derer, die mindestens eine Empfangspauschale (Pseudo-GOP 86901) abgerechnet haben. Demgegenüber haben in den Fachgruppen Orthopädie, Gynäkologie, Hausärztinnen/-ärzte und Kinder- und Jugendmedizin im Verhältnis deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte Empfangspauschalen (Pseudo-GOP 86901) als Versandpauschalen (Pseudo-GOP 86900) abgerechnet. Die Anteile für alle Fachgruppen sind im Anhang in Tabelle 82 aufgeführt.

9 Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte

9.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Zu den ersten medizinischen Anwendungen in der Telematikinfrastruktur gehören der elektronische Medikationsplan (eMP) und das Notfalldatenmanagement (NFDM). Der Notfalldatensatz enthält auch den Datensatz Persönliche Erklärungen (DPE), in dem der Hinweis auf das Vorhandensein eines Organspendeausweises, einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht gespeichert werden kann.

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 oder höhere Version
- Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) der zweiten Generation für die qualifizierte elektronische Signatur des Notfalldatensatzes (organisatorisch, aber nicht technisch notwendig für den Medikationsplan)
- Empfohlen wird darüber hinaus ein 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 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.

Rechtlicher Hintergrund

Mit dem PDSG wurde in § 87 Abs. 2a SGB V eine zeitlich befristete Förderung für die Erstellung des Notfalldatensatzes festgeschrieben.

Im DVPMG war vorgesehen, den Notfalldatensatz und den DPE in die Patientenkurzakte zu überführen. Damit sollten diese Daten nur noch online abrufbar sein. Eine weitere Pflege dieser Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) des Versicherten war nicht mehr vorgesehen. Mit dem DigiG wurde die Ausrichtung der Patientenkurzakte geändert. In § 334 Abs. 2 Satz 3 SGB V i. V. m. § 355 Abs. 4 SGB V ist vorgesehen, dass die Patientenkurzakte als Teil der ePA den Notfalldatensatz sowie weitere Daten enthalten soll, die geeignet sind, eine Übersicht aller relevanten Daten des Versicherten zu geben. Näheres soll in einer Rechtsverordnung festgelegt werden. Zusätzlich soll der Notfalldatensatz weiterhin als Offline-Anwendung auf der eGK erhalten bleiben (vgl. § 291 Abs. 2 Nr. 3 SGB V).

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.

Das DigiG sieht in § 342 Absatz 2a Satz 1 Punkt 1 SGB V vor, dass die ePA ab 15. Januar 2025 zur digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses Verordnungs- und Dispensierdaten sowie Daten von freiverkäuflichen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln beinhalten können muss. Diese sollen zur Erstellung und Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans, welcher ab 15. Januar 2025 ebenfalls durch die ePA unterstützt werden muss, verwendet werden können.

9.2 Notfalldatenmanagement

9.2.1 Regelungen und Vergütung im EBM

Durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung⁴¹ 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. Sitzung⁴² wurde aufgrund des gesetzlichen Auftrags aus dem PDSG zeitlich befristet vom 20. Oktober 2020 bis 19. Oktober 2021 die Bewertung des Zuschlags für die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) von 80 Punkten auf 160 Punkte verdoppelt. Danach, also insbesondere im Berichtsjahr 2022, wurde die Bewertung wieder auf 80 Punkte angepasst (Tabelle 31):

Tabelle 31 Gebührenordnungspositionen für das Management von Notfalldatensätzen; KV = Kassenärztliche Vereinigung.

GOP	Bezeichnung	Punkte	€ (2022)
01640	Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes Einmal im KHF	80	9,01
01641	Zuschlag Notfalldatensatz, insbesondere für die Überprüfung auf dessen Notwendigkeit und dessen 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

Eine Berechnung der Gebührenordnungspositionen für den Notfalldatensatz ist nur möglich, wenn die Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung des Notfalldatenmanagements (§ 334 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä) in der Arztpraxis vorliegen. Ein Notfalldatensatz kann nur für Patientinnen und Patienten angelegt werden, die Vorerkrankungen oder Allergien haben, von denen Ärztinnen, Ärzte und medizinisches Personal in einem Notfall wissen sollten.⁴³ Ein besonderes Einsatzgebiet für den Notfalldatensatz ist die Schwangerschaft, für die der Notfalldatensatz zunächst für den begrenzten Zeitraum der Schwangerschaft angelegt und danach auf Wunsch der Versicherten ggf. gelöscht wird.

Mit den Beschlüssen aus der 567. und 603. Sitzung des BA, welche die Finanzierungsregelung außerhalb der MGV zusammentragen, wurde die Finanzierung des Notfalldatenmanagements für das Jahr 2022 bzw. 2023 weiterhin über eine extrabudgetäre Vergütung gewährleistet. Diese

⁴¹ Siehe [Beschluss](#) des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

⁴² Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 524. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

⁴³ Siehe [Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte](#) – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de).

Beschlüsse, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind bzw. gefasst wurden, stellt Tabelle 32 zusammengefasst dar.

Tabelle 32 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zum Notfalldatenmanagement, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit/Befristung
Finanzierung	567. BA	01.01.2022	Vergütung GOP 01640 bis 01642 außerhalb der MGV	31.12.2022
Finanzierung	603. BA	01.01.2023	Vergütung GOP 01640 bis 01642 außerhalb der MGV	31.12.2023

9.2.2 Leistungsentwicklung

Zu den Leistungen für den Notfalldatensatz zählen die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640), die Prüfung der Notwendigkeit bzw. Aktualisierung eines Notfalldatensatzes (GOP 01641) sowie die Löschung eines Notfalldatensatzes (GOP 01642).

Abrechnungshäufigkeit GOP 01640

Die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) wurde im Jahr 2022 insgesamt rund 324.000-mal abgerechnet. Im Vergleich zum Vorjahr entsprach dies einem Rückgang um 47 % (2021: rund 607.500 Abrechnungen). Die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) wurde bis zum 3. Quartal 2021 gemäß den gesetzlichen Vorgaben aus dem PDSG durch eine Verdoppelung der Vergütung gefördert. Dies kann als eine mögliche Erklärung für die negative Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 gelten. Für die Entwicklung der vorigen Jahre siehe Anhang, Tabelle 85.

Abbildung 43 zeigt die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit des Zuschlags für die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) zwischen dem 1. Quartal 2021 und dem 4. Quartal 2022.

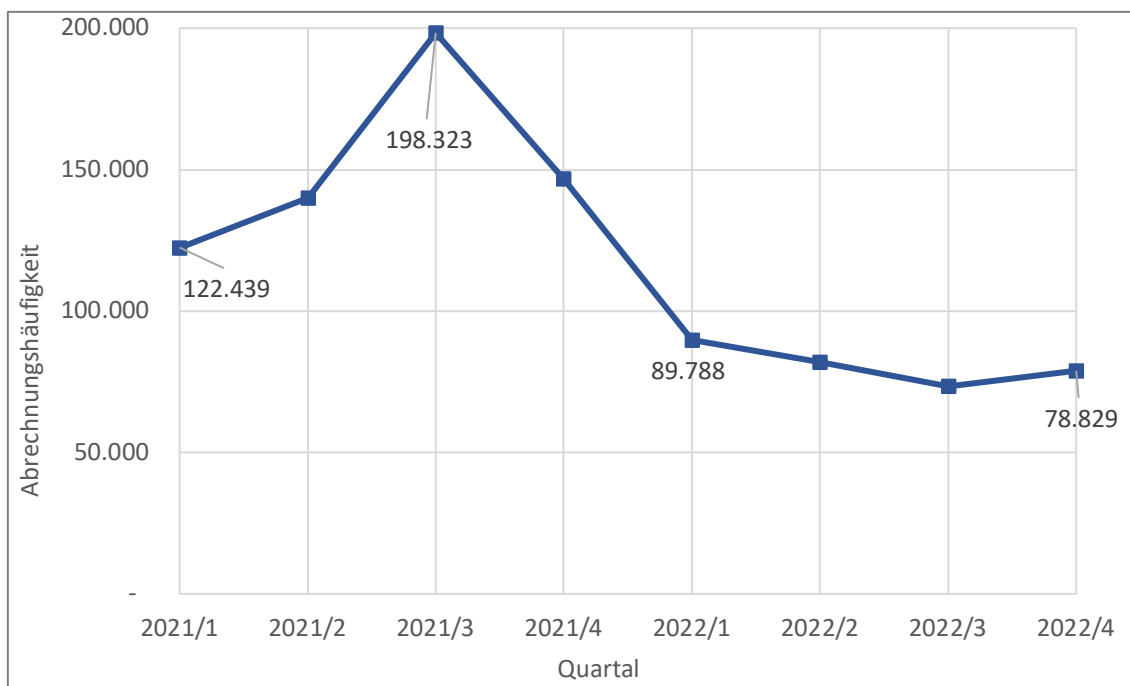


Abbildung 43 Abrechnungshäufigkeit der Gebührenordnungsposition für den Zuschlag für die Anlage des Notfalldatensatzes (GOP 01640).

Die Abrechnungshäufigkeit der Anlage eines NFD (GOP 01640) stieg auf rund 198.300 Abrechnungen bis zum 3. Quartal 2021 an und fielen bis zum 4. Quartal 2022 merklich auf rund 78.800 Abrechnungen ab (Abbildung 43; siehe auch Anhang, Tabelle 83.).

Der Anstieg der Leistung zum 3. Quartal 2021 könnte insbesondere durch die bestehende Förderung im Jahr 2021 bedingt gewesen sein, neben einer anzunehmenden Zunahme der technischen Voraussetzungen in den Praxen.

Zusätzlich könnte zum Anstieg und auch zur Abnahme beigetragen haben, dass die Bedeutung eines vollständigen Notfalldatensatzes im Rahmen der Corona-Pandemie besonders zum Herbst 2021 für Ärztinnen, Ärzte und Versicherte gestiegen sein könnte und mit Auslaufen der Pandemie wieder an Relevanz verlor. Als weiterer Grund für die Abnahme ist außerdem möglich, dass viele Versicherte, die einen Anspruch auf einen Notfalldatensatz haben und einen wünschen, bereits einen solchen Datensatz erhalten haben.

Leistungsbedarf GOP 01640

Der Abrechnungshäufigkeit folgend reduzierte sich der Leistungsbedarf der Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) von 9,9 Mio. € im Jahr 2021 um rund zwei Drittel auf 2,9 Mio. € im Jahr 2022 (siehe Anhang, Tabelle 85). Auch beim Leistungsbedarf begann die Abnahme mit dem Ende der Förderung der Anlage eines Notfalldatensatzes nach dem 3. Quartal 2021. Im Berichtszeitraum fiel der Leistungsbedarf weiter von rund 809.000 € im 1. Quartal 2022 auf rund 710.000 € im 4. Quartal 2022 (siehe auch Anhang, Tabelle 84).

Abrechnungshäufigkeit GOP 01641

Die Entwicklung des Zuschlags für die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes (GOP 01641) ist in Abbildung 44 nachzuvollziehen. Diese Gebührenordnungsposition wird automatisch von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung hinzugefügt, sobald im Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgte und die technischen Voraussetzungen in der Arztpraxis erfüllt waren. Sie wird unabhängig vom tatsächlichen Vorhandensein eines Notfalldatensatzes bei einer/einem Versicherten abgerechnet. Aus diesem Grund zeigt sich hier eine vergleichsweise große Abrechnungshäufigkeit.

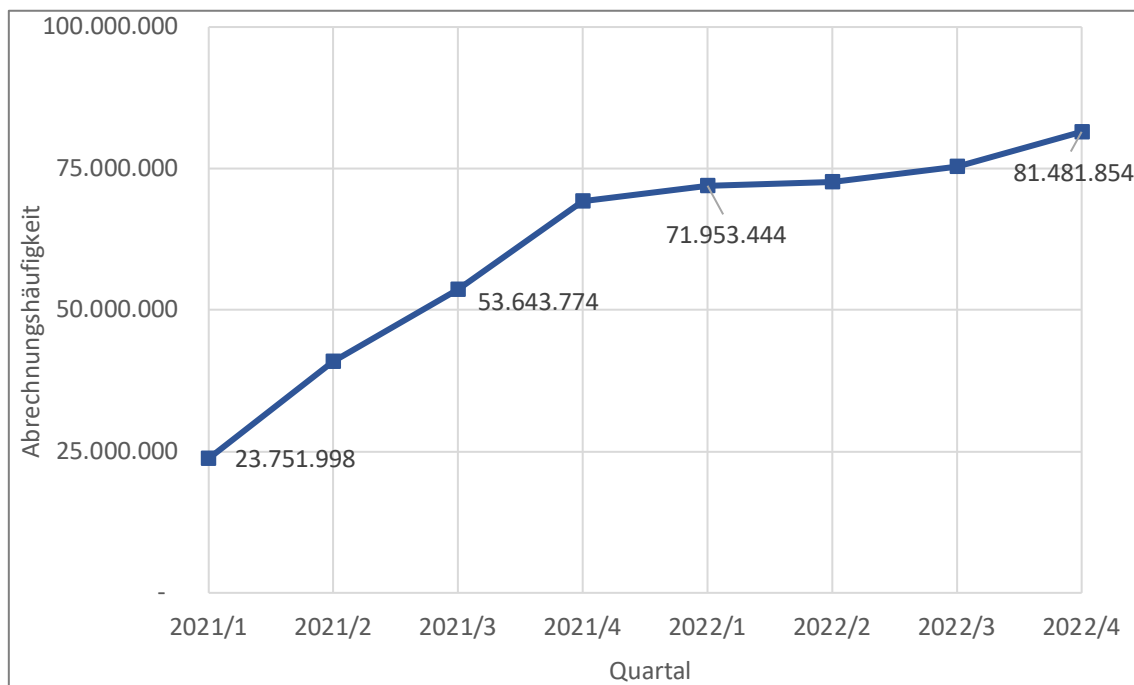


Abbildung 44 Abrechnungshäufigkeit für den Zuschlag für die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes (GOP 01641).

Parallel zur Verbreitung der Anschlüsse an die Telematikinfrastruktur in den Praxen und der anderen benötigten technischen Voraussetzungen stiegen die Abrechnungszahlen des Zuschlags Notfalldatensatz (GOP 01641) an, wenn auch weniger als im Vorjahr (Abbildung 44, siehe auch Anhang, Tabelle 83). Im Berichtszeitraum stieg die Abrechnungshäufigkeit von rund 72 Millionen Abrechnungen im 1. Quartal 2022 auf 81,5 Millionen im 4. Quartal 2022.

Leistungsbedarf GOP 01641

Auch der Leistungsbedarf der GOP 01641 spiegelt die Entwicklung wider, stieg er von rund 83 Mio. € im Jahr 2021 um rund zwei Drittel auf 135,7 Mio. € im Jahr 2022 (siehe Anhang, Tabelle 84).

Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf GOP 01642

Die Gebührenordnungsposition für die Löschung eines Notfalldatensatzes (GOP 01642) wurde im Jahr 2022 lediglich 939-mal abgerechnet, deshalb werden an dieser Stelle keine weiteren Auswertungen dargestellt. Die weiteren Daten finden sich im Anhang (Tabelle 83, Tabelle 84 und Tabelle 85).

9.2.3 Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Fachgruppen und Einrichtungsformen

Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit

In Abbildung 45 ist zu sehen, wie häufig die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) im Jahr 2022 in verschiedenen KV-Bezirken abgerechnet wurde. Die Abrechnungshäufigkeit wurde jeweils auf 100.000 Versicherte umgerechnet, um die KV-Bezirke trotz ihrer unterschiedlichen Größe vergleichen zu können.

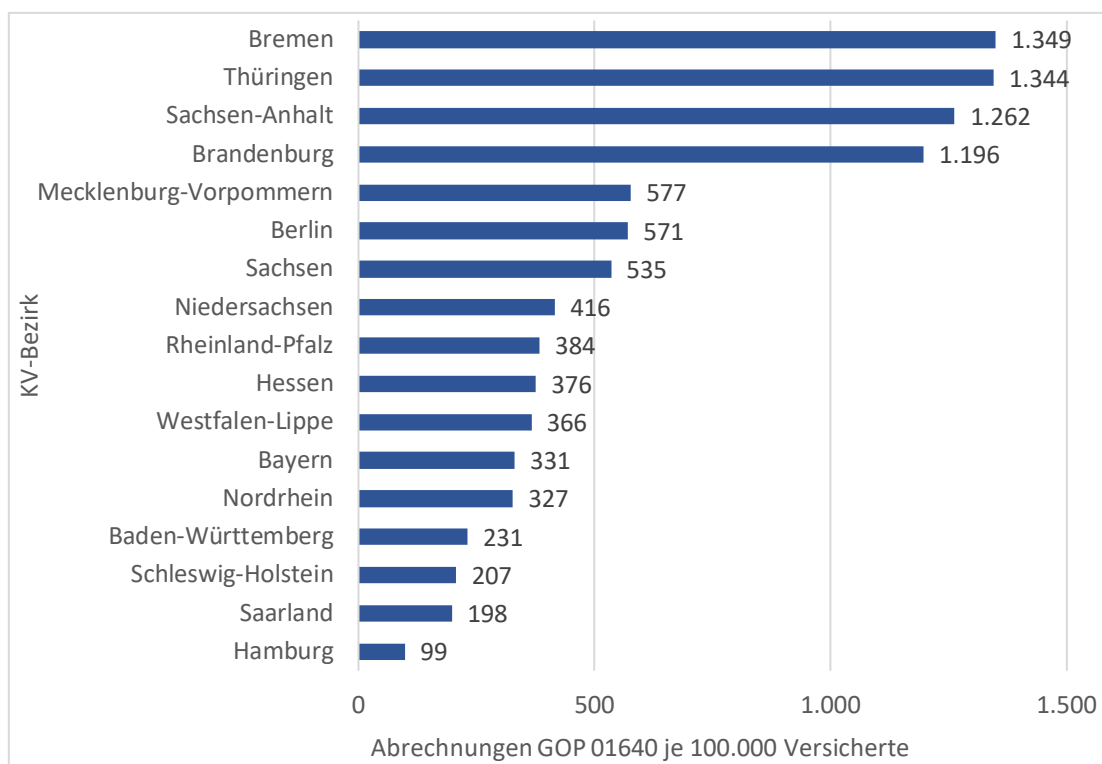


Abbildung 45 Regionale Abrechnungshäufigkeit für den Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) nach KV-Bezirken im Jahr 2022. Dargestellt ist die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.

Die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) wurde im Jahr 2022 besonders häufig in Bremen sowie in allen KV-Bezirken Mittel- und Nordostdeutschlands je 100.000 Versicherte abgerechnet. Im Verhältnis zu ihrer Größe wurde die Leistung in den KV-Bezirken Bremen und Thüringen mit je rund 1.300 Abrechnungen je 100.000 Versicherte am häufigsten abgerechnet. Insgesamt wurde die GOP 01640 mit rund 30.000 Abrechnungen im Jahr 2022 am häufigsten im

KV-Bezirk Niedersachsen abgerechnet. Die gesamte und die relative Abrechnungshäufigkeit für alle KV-Bezirke sind im Anhang dargestellt (Tabelle 86).

Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Fachgruppen

Besonders interessant ist, die Abrechnungshäufigkeit der verschiedenen Leistungen zum Notfalldatenmanagement aufgeschlüsselt nach Fachgruppen zu betrachten. Die fünf Fachgruppen, die am häufigsten die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) abgerechnet haben, zeigt Abbildung 46.

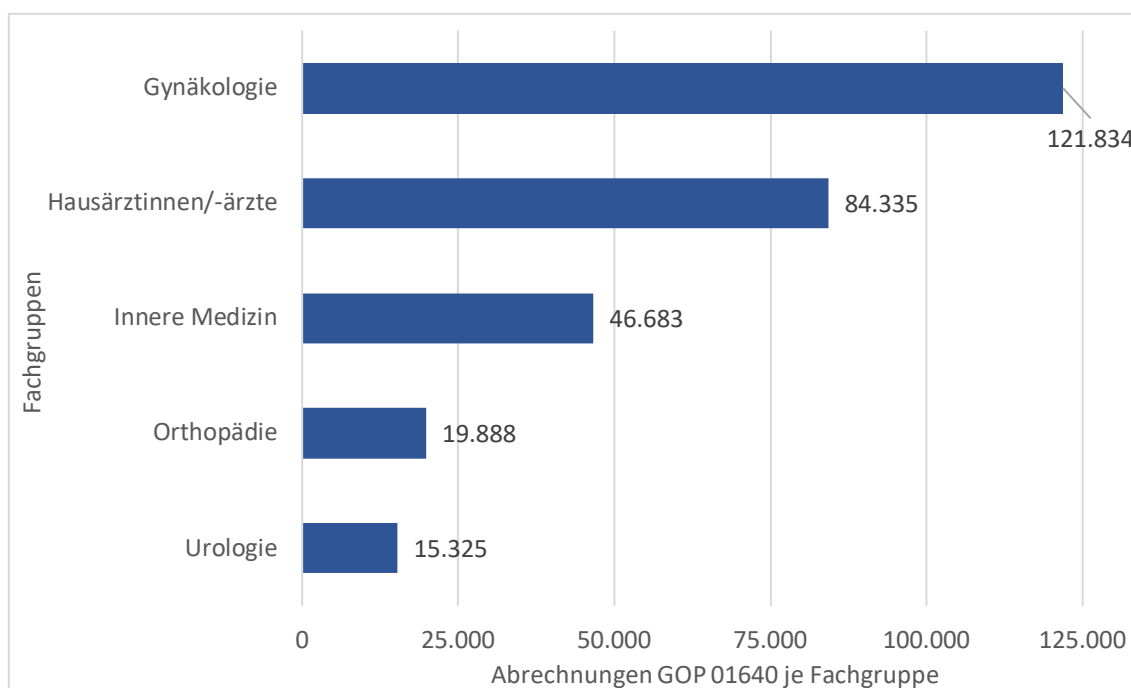


Abbildung 46 Die fünf Fachgruppen mit der größten Abrechnungshäufigkeit für den Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640).

Abbildung 46 ist zu entnehmen, dass die Gynäkologie mit rund 122.000 Abrechnungen diejenige Fachgruppe ist, welche am häufigsten die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) abgerechnet hat, gefolgt von der Gruppe der Hausärztinnen und Hausärzte mit rund 84.000 Abrechnungen. Da die Gruppe der Hausärztinnen und -ärzte rund fünfmal so groß ist wie die Fachgruppe Gynäkologie (63.390 bzw. 13.500 Ärztinnen und Ärzte), hat die Fachgruppe Gynäkologie die GOP 01640 überproportional häufig abgerechnet. Ein häufiger Grund für die gynäkologisch angezeigte Anlage eines Notfalldatensatzes ist eine Schwangerschaft. Die Anlage eines Notfalldatensatzes für Schwangere kann deshalb als mögliche Erklärung für die besonders häufige Abrechnung der GOP 01640 gelten.⁴⁴ Zu den Daten aller Fachgruppen siehe Anhang, Tabelle 87.

⁴⁴ Die Fachgruppe Gynäkologie hat auch die Löschung eines Notfalldatensatzes (GOP 01642) mit 841 Abrechnungen (von 939 Abrechnungen insgesamt) im Jahr 2022 mit Abstand am häufigsten abgerechnet.

Die Überprüfung der Notwendigkeit und die Aktualisierung eines Notfalldatensatzes (GOP 01641) wird automatisch von der zuständigen KV zugesetzt, sobald am Arbeitsplatz einer Ärztin oder eines Arztes ein Anschluss an die TI und zusätzliche technische Voraussetzungen gegeben sind. Deshalb lässt sich am Prozentsatz der Ärztinnen und Ärzte, für die mindestens eine GOP 01641 im Jahr 2022 abgerechnet wurde, für die meisten Fachgruppe ablesen, ob die technischen Voraussetzungen besonders weit oder ggf. besonders wenig verbreitet waren.

Abbildung 47 zeigt diejenigen Fachgruppen, bei denen der Anteil der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte für die GOP 01641 im Jahr 2022 bei unter 50 % lag. Für alle anderen Fachgruppen lag der Anteil abrechnender Ärztinnen und Ärzte zwischen 56 % (Fachgruppe Anästhesiologie) und 74 % (Fachgruppe Physikalische und Rehabilitative Medizin). Allerdings gibt es eine Besonderheit für Anästhesistinnen bzw. Anästhesisten, die keinen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in den eigenen Praxisräumen haben. Für diese Ärztinnen und Ärzte fallen in der Regel keine Abrechnungen des Zuschlags Notfalldatensatz (GOP 01641) an. Dies mag dazu beigetragen haben, dass der Anteil der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte in dieser Fachgruppe mit 56 % im Jahr 2022 relativ gering geblieben ist.

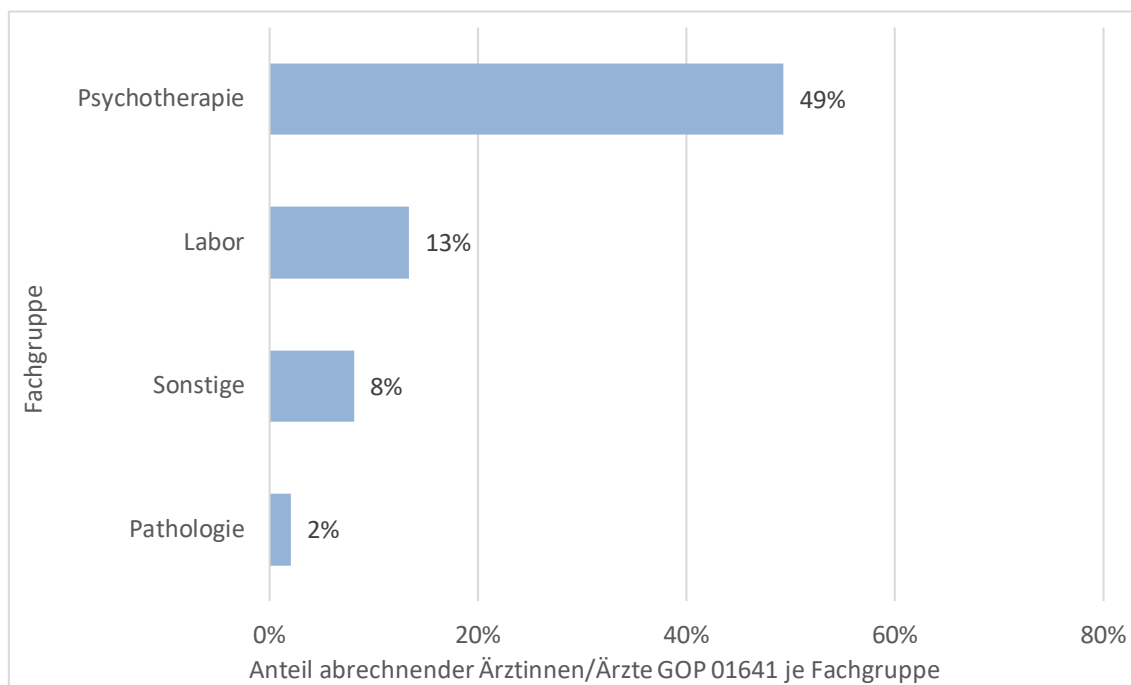


Abbildung 47 Fachgruppen mit dem geringsten Anteil Ärztinnen/Ärzte, die im Jahr 2022 mindestens eine GOP 01641 abgerechnet haben. Für die Gesamtzahlen der abrechnenden Ärztinnen/Ärzte siehe Anhang, Tabelle 87.

Auch hierfür dürften Schwangerschaften ein Grund sein, da der Grund für einen Notfalldatensatz mit Ende der Schwangerschaft wegfallen kann und die Patientinnen evtl. die Löschung des Notfalldatensatzes wünschen. Siehe Anhang, Tabelle 87.

Wie in Abbildung 47 ersichtlich, wurde der Zuschlag Notfalldatensatz (GOP 01641) für weniger als 50 % der Ärztinnen und Ärzte in den Fachgruppen Psychotherapie, Labor und Pathologie im Jahr 2022 abgerechnet. In den Fachgruppen Labor und Pathologie wurden für 13 % bzw. 2 % der Ärztinnen und Ärzte mindestens in einem Quartal ein Zuschlag Notfalldatensatz (GOP 01641) abgerechnet. Hier ist zu beachten, dass ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt für Labormedizinerinnen und -mediziner und Pathologinnen und Pathologen sich weniger häufig ergibt als für andere Fachgruppen. Für diese beiden Fachgruppen ist die GOP 01641 ein Zuschlag zur Konsiliarpauschale für diejenigen Fälle, in denen ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet. Die Abrechnungshäufigkeit der GOP 01641 machten jeweils einen deutlich größeren Anteil der jeweiligen Konsiliarpauschalen für Labor (107.725 Abrechnungen der GOP 01641 von 170.684 Abrechnungen der Konsiliarpauschale insgesamt: 63 %) und Pathologie (147 Abrechnungen GOP 01641 von 177 Abrechnungen der Pauschale: 83 %) aus. Im Gesamtbild bekamen aber Laborärztinnen und -ärzte sowie Pathologinnen und Pathologen aufgrund ihrer seltenen Arzt-Patienten-Kontakte zu einem relativ niedrigen Anteil die GOP 01641 zugesetzt.

Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Einrichtungsformen

Um zu verstehen, in welchen Einrichtungsformen Notfalldatensätze angelegt, überprüft und aktualisiert werden, wird die Abrechnungshäufigkeit des Zuschlags für die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) sowie des Zuschlags Notfalldatensatz (GOP 01641) untersucht. Dabei werden die durchschnittlichen Abrechnungen je abrechnende Einrichtung miteinander verglichen, um die unterschiedlich häufige Verbreitung der Einrichtungsformen in den Zahlen auszugleichen. Die Entwicklung der durchschnittlichen Abrechnungshäufigkeit für beide Leistungen ist in Abbildung 48 dargestellt.

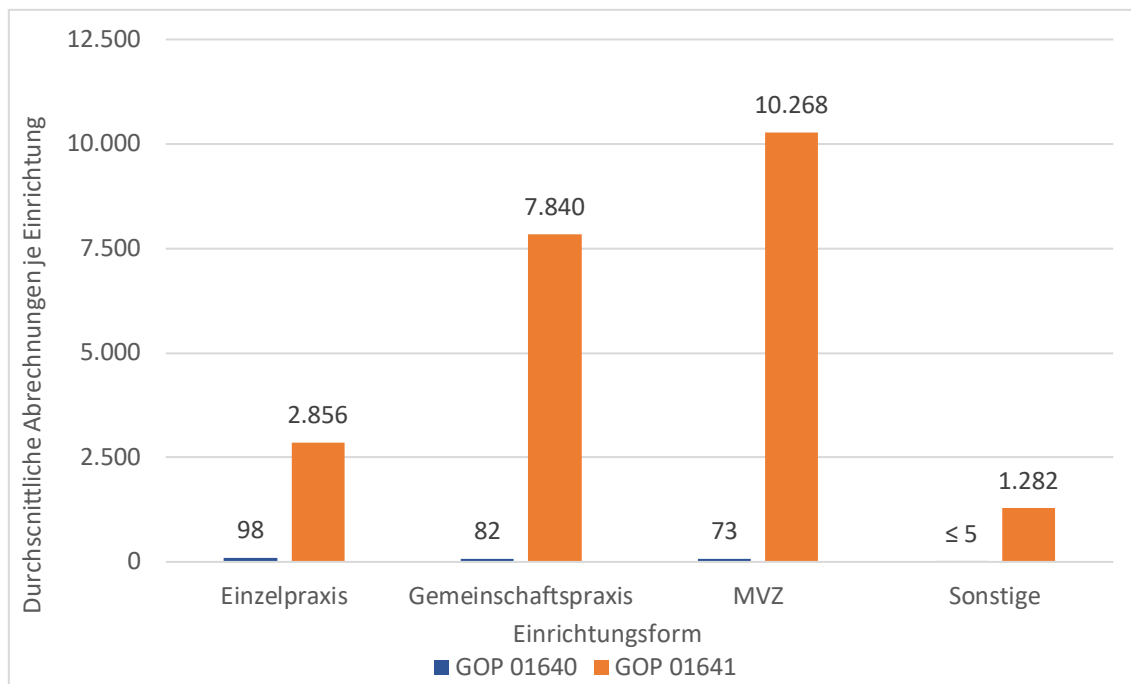


Abbildung 48 Durchschnittliche Abrechnungen des Zuschlags für die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) und des Zuschlags Notfalldatensatz (GOP 01641) je abrechnende Einrichtung im Jahr 2022, dargestellt nach Einrichtungsformen.

Im Vergleich der beiden Leistungen in den verschiedenen Einrichtungsformen fällt auf, dass die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) mit ähnlicher Häufigkeit in Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und MVZ abgerechnet wurde (Abbildung 48, siehe auch Anhang, Tabelle 88). Am häufigsten rechneten Einzelpraxen die GOP 01640 im Jahr 2022 ab (rund 100 Abrechnungen), gefolgt von Gemeinschaftspraxen (rund 80 Abrechnungen) und an dritter Stelle MVZ (rund 70 Abrechnungen).

Anders zeigt sich das Verhältnis der Abrechnungshäufigkeit des Zuschlags Notfalldatensatz (GOP 01641) unter den Einrichtungsformen. Diese Leistung wurde für Einzelpraxen am seltensten abgerechnet (rund 2.900 Abrechnungen), fast dreimal häufiger für Gemeinschaftspraxen (rund 7.800 Abrechnungen) und rund viermal häufiger für MVZ (rund 10.300 Abrechnungen). Dies dürfte in der unterschiedlich großen Anzahl der behandelten Versicherten bzw. der abgerechneten Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen je Einrichtung begründet liegen, denen der Zuschlag Notfalldatensatz automatisch zugesetzt wurde.

9.2.4 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit der Anlage eines Notfalldatensatzes

Im Jahr 2022 wurde für rund 318.000 Versicherten ein Notfalldatensatz angelegt und der Zuschlag für die Anlage (GOP 01640) abgerechnet. Abbildung 49 zeigt das Alter und Geschlecht der Versicherten, bei denen diese Leistung abgerechnet wurde.

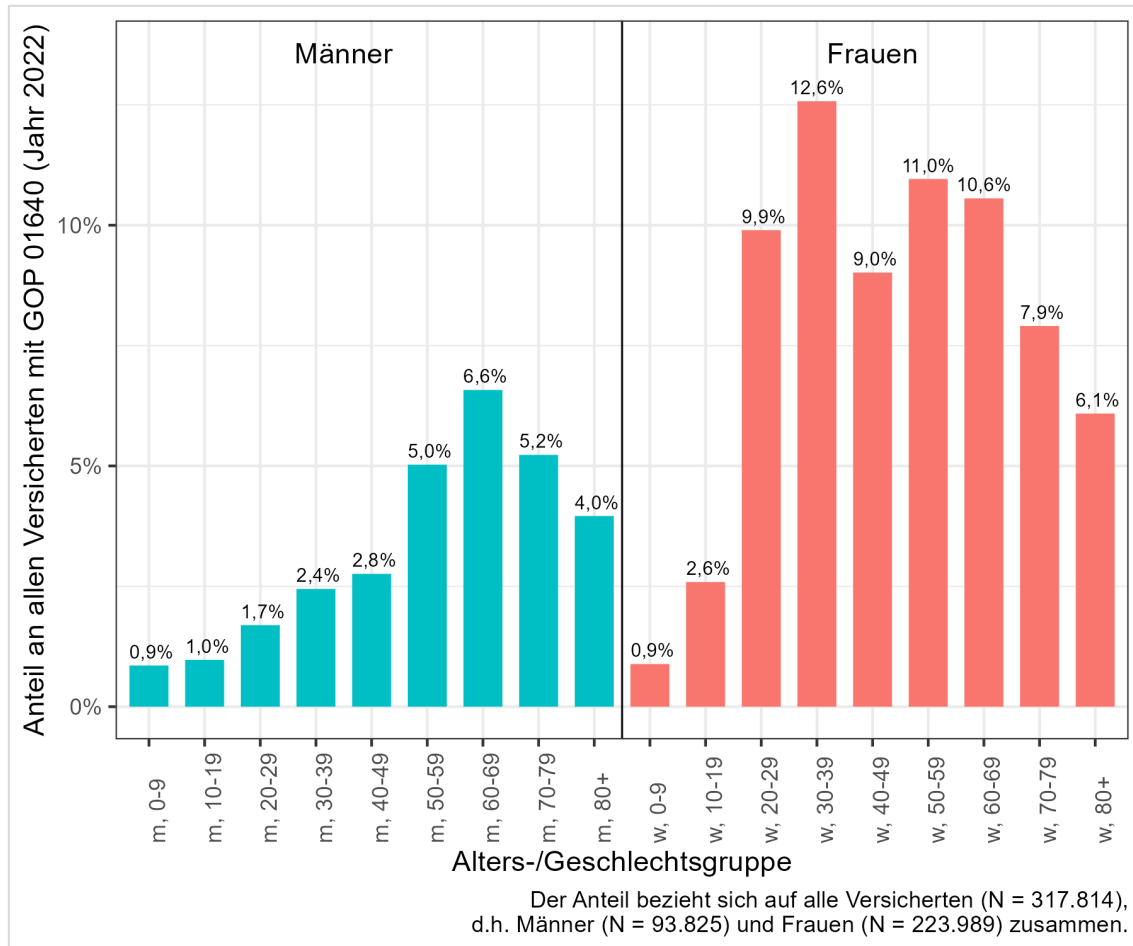


Abbildung 49 Anteil der verschiedenen Altersgruppen und Geschlechter derjenigen Versicherten, für die im Jahr 2022 ein Notfalldatensatz angelegt wurde (GOP 01640); m = männlich, w = weiblich.

Die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) wurde am häufigsten für Frauen zwischen 30 und 39 Jahren abgerechnet (13 % der Versicherten), gefolgt von Frauen zwischen 50 und 59 Jahren sowie zwischen 60 und 69 Jahren (jeweils 11 %), wie in Abbildung 49 zu sehen ist. Ein möglicher Grund für die häufige Abrechnung der GOP 01640 bei jüngeren Frauen kann darin liegen, dass eine Schwangerschaft einen medizinischen Anlass für die Anlage eines Notfalldatensatzes darstellt.

Insgesamt wurde wesentlich häufiger für Frauen als für Männer ein Notfalldatensatz angelegt und GOP 01640 abgerechnet. Rund 70 % der Versicherten, für welche die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01640) abgerechnet wurde, waren weiblich (223.989 Frauen von 317.814 Versicherten insgesamt).

9.3 Elektronischer Medikationsplan

9.3.1 Regelungen und Vergütung im EBM

Der Bewertungsausschuss hat im Jahr 2016 in seiner 383. Sitzung die Vergütung für die Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans beschlossen. Ärztinnen und Ärzte erhalten die Vergütung für den Medikationsplan pauschal als Einzelleistung über die GOP 01630 (Tabelle 33) und über Zuschläge. Hausärztinnen/-ärzte sowie Kinder- und Jugendmedizinerinnen/-mediziner erhalten die Einzelleistungsvergütung (GOP 01630) bei Patientinnen und Patienten, bei denen sie nicht die Chronikerpauschale abrechnen. Fachärztinnen/-ärzte erhalten die Einzelleistungsvergütung (GOP 01630) für Patienten und Patientinnen, bei denen sie die fachgruppenspezifische Zusatzpauschale Onkologie, die GOP 30700 (Schmerztherapie) bzw. die fachgruppenspezifische Zusatzpauschale für die Behandlung eines Transplantatträgers bzw. einer Transplantat-trägerin abrechnen.

Im Jahr 2019 hat der Bewertungsausschuss in seiner 430. Sitzung in Beschlussteil G⁴⁵ mit Wirkung zum 1. Januar 2019 die Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die eGK des Patienten oder der Patientin als fakultativen Leistungsinhalt der GOP 01630 aufgenommen. Zusätzlich wurden die Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die eGK der Patientin oder des Patienten in den Anhang 1 des EBM aufgenommen, um zu konkretisieren, dass dies ein Leistungsbestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen sowie von sonstigen Gebührenordnungspositionen ist. Diese Ergänzung wurde durch die Einführung der technischen Voraussetzung zur Nutzung der Fachanwendung elektronischer Medikationsplan in der TI begründet.

Tabelle 33 Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans (Übertragung eines elektronischen Medikationsplans auf die eGK ist fakultativ).

GOP	Bezeichnung	Punkte	€ (2022)
01630	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03000, 04000, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13437, 13439, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345, 26315 und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans gemäß § 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)	39	4,39

Mit den Beschlüssen aus den Sitzungen des 567. und 603. BA, welche die Finanzierungsregelung außerhalb der MGV zusammentragen, wurde die Finanzierung der GOP 01630 für das Jahr 2022 bzw. 2023 weiterhin über eine extrabudgetäre Vergütung gewährleistet. Diese neuen Beschlüsse des Jahres 2022 zum elektronischen Medikationsplan sind als Übersicht in Tabelle 34 zusammengestellt.

⁴⁵ Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

Tabelle 34 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zum Medikationsplan, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/ GOP	Laufzeit/Befristung
Finanzierung	567. BA	01.01.2022	Vergütung GOP 01630 außerhalb der MGV	31.12.2022
Finanzierung	603. BA	01.01.2023	Vergütung GOP 01630 außerhalb der MGV	31.12.2023

9.3.2 Leistungsentwicklung

Die Leistungsentwicklung für die Erstellung eines elektronischen Medikationsplans lässt sich an dieser Stelle nicht darstellen, da diese für den größten Teil der Anspruchsberechtigten Bestandteil sowohl der Versicherten- und Grundpauschalen als auch der Behandlungspauschalen für geriatrische und chronisch kranke Versicherte ist.

Zudem ist die Erstellung eines elektronischen Medikationsplans über die GOP 01630 lediglich ein fakultativer Leistungsinhalt neben dem obligaten Leistungsinhalt der Erstellung eines gedruckten Medikationsplans. Es liegen dem Bewertungsausschuss keine gesonderten Daten über die Erstellung eines elektronischen Medikationsplans vor. Beide Leistungen lassen sich deshalb nicht voneinander trennen.

10 Digitale Gesundheitsanwendungen

10.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Als Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) werden Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse (Klasse I oder IIa) bezeichnet, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht. DiGA können von den Krankenkassen erstattet werden. 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 DiGA 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.

Durch das DigiG, das im März 2024 in Kraft getreten ist, können zukünftig auch Medizinprodukte mit höherer Risikoklasse (Klasse IIb) als DiGA zugelassen werden.

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 DiGA 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 DiGA 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 35).

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 DiGA ist gemäß § 87 Abs. 5c SGB V der EBM anzupassen. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit vorläufig aufgenommenen DiGA haben die Partner des BMV-Ä ebenfalls gemäß § 87 Abs. 5c SGB V vereinbart und in der DiGA-Vereinbarung (Anlage 34 zum BMV-Ä) geregelt.⁴⁶

⁴⁶ [Vereinbarung über ärztliche Leistungen und deren Vergütung im Zusammenhang mit vorläufig zur Erprobung in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 SGB V aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen gemäß § 87 Absatz 5c Satz 2 SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung](#) vom 01.08.2021 in der Fassung vom 1. Dezember 2023 – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de).

Tabelle 35 Auflistung der dauerhaften DiGA (n=15) (Stand Ende 2022).

Name DiGA	Kurzbeschreibung	Aufnahme ins Verzeichnis
velibra	bei generalisierter Angststörung, einer Panikstörung oder einer sozialen Angststörung	2020/4
somnio*	bei Ein- und Durchschlafstörungen	2020/4
elevida	bei Multipler Sklerose, wenn zusätzlich eine Fatigue vorliegt	2020/4
deprexis	bei Depression und depressiven Verstimmungen	2021/1
vorvida	bei schädlichem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit	2021/2
HelloBetter Stress und Burnout	bei Stressbeanspruchung durch Schwierigkeiten bei der Lebens- und Arbeitsbewältigung	2021/4
HelloBetter Diabetes und Depression	zur Reduktion der depressiven Symptomschwere bei Personen mit Diabetes Mellitus	2021/4
Kalmeda*	bei chronischer Tinnitusbelastung	2021/4
HelloBetter Vaginismus Plus	zur Verbesserung der vaginalen Penetrationsfähigkeit beim Geschlechtsverkehr	2022/1
Vivira*	bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen oder Arthrose der Wirbelsäule	2022/1
HelloBetter Panik	zur Behandlung und Reduktion der Symptomschwere einer Panikstörung und Agoraphobie mit Panikstörung	2022/2
Selfapys Online-Kurs bei Depression	bei Depression	2022/2
zanadio*	für Personen mit Adipositas	2022/3
Selfapys Online-Kurs bei Generalisierter Angststörung	für weibliche Personen mit Generalisierter Angststörung	2022/4
Invirto*	Expositionstherapie bei Agoraphobie, Panikstörung oder sozialer Phobie	2022/4

*DiGA, zu denen vertragsärztliche Tätigkeiten durch das BfArM festgelegt wurden, welche über den EBM vergütet werden.

In § 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 diese dort noch nicht abgebildet sind.

Für 10 der 15 DiGA, die bis Ende des Jahres 2022 dauerhaft aufgenommen wurden – alle DiGA außer somnio, Vivira, Kalmeda, zanadio und Invirto – 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.

10.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Für die Einführungszeit von DiGA als neue Versorgungsform beschloss der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 70. Sitzung (Teil A)⁴⁷ eine gesonderte und befristete Vergütung im Rahmen der GOP 01470 (Erstverordnung einer DiGA). Die Befristung galt vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2022. Nach Ende der Befristung wurde die Erstverordnung einer DiGA dann ab dem 1. Januar 2023 Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen (Teil C des Beschlusses). Vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 konnte diese Leistung auch für die Verordnung von vorläufig aufgenommenen DiGA abgerechnet werden.

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 A⁴⁸ mit Wirkung zum 1. Juli 2022 die GOP 01472 aufgenommen, welche die notwendige Verlaufskontrolle und Auswertung für die digitale Gesundheitsanwendung Vivira enthält.

Einen Überblick über die bis Ende des Jahres 2022 im Zusammenhang mit einer DiGA berechnungsfähigen bzw. beschlossenen Gebührenordnungspositionen liefert Tabelle 36:

Tabelle 36 Gebührenordnungspositionen für die Erstverordnung einer DiGA und die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio, Vivira und zanadio.

GOP	Bezeichnung	Punkte	€ (2022)
01470	Zusatzpauschale für die Erstverordnung einer DiGA Bei Erstverordnung mehrerer DiGA 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 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 Einmal im BHF, aber höchstens zweimal im KHF berechnungsfähig.	64	7,21

Die Beratungen zu den im DiGA-Verzeichnis aufgeführten notwendigen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA zanadio wurden mit der Aufnahme der GOP 01473 in den EBM durch den Beschluss des BA in seiner 618. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2023 abgeschlossen.⁴⁹ Im 4. Quartal 2022 wurde die DiGA Invirto dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis

⁴⁷ Siehe [Beschluss](#) des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 70. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

⁴⁸ Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 595. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

⁴⁹ Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 618. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

aufgenommen; mit Wirkung zum 1. April 2023 hat der Bewertungsausschuss zur Abbildung der vertragsärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dieser DiGA die GOP 01474 in den EBM aufgenommen.⁵⁰

Eine Übersicht der neuen Beschlüsse des Jahres 2022 zu DiGA enthält Tabelle 37.

Tabelle 37 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu DiGA, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit/Befristung
Finanzierung	567. BA	01.01.2022	Vergütung GOP 01470 und 01471 außerhalb der MGV	31.12.2022
Neue Leistung/ Finanzierung	595. BA	01.07.2022	Aufnahme und Vergütung der GOP 01472 außerhalb der MGV	Nein
Finanzierung	603. BA	01.01.2023	Vergütung GOP 01471 und 01472 außerhalb der MGV	31.12.2023
Neue Leistung/ Finanzierung	618. BA	01.01.2023	Aufnahme und Vergütung der GOP 01473 außerhalb der MGV	Nein

10.3 Leistungsentwicklung

Abrechnungshäufigkeit

Ende des Jahres 2022 waren 37 DiGA im DiGA-Verzeichnis gelistet, davon waren 15 DiGA dauerhaft in das Verzeichnis aufgenommen worden, wie Tabelle 35 zeigt. Die Verordnung von dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen DiGA wurde seit dem 1. Quartal 2021 und von vorläufig aufgenommenen DiGA seit dem 3. Quartal 2021 befristet bis zum 4. Quartal 2022 über die Zusatzpauschale für die Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) vergütet.

Im Jahr 2022 wurde die Zusatzpauschale für die Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) rund 114.400-mal abgerechnet (siehe Anhang, Tabelle 89). Die Abrechnungshäufigkeit der GOP 01470 ab dem 1. Quartal 2021 zeigt Abbildung 50.

⁵⁰ Siehe [Beschluss](#) des Bewertungsausschusses in seiner 641. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

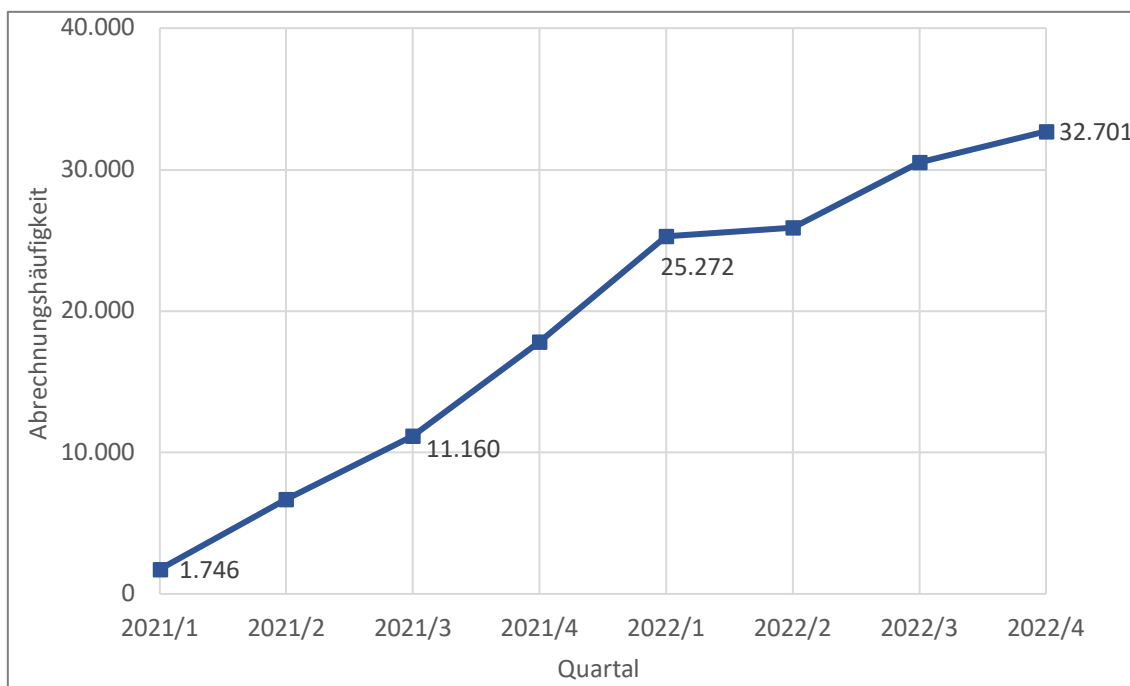


Abbildung 50 Abrechnungshäufigkeit der Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470).

Die Abrechnungshäufigkeit für die Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) erreichte im 4. Quartal 2022 rund 32.700 Abrechnungen, was einen Anstieg um 84 % gegenüber dem 4. Quartal 2021 (rund 17.800 Abrechnungen) darstellte (Abbildung 50). Im 1. Quartal 2022 waren neun dauerhafte und 19 vorläufige DiGA im Verzeichnis gelistet; insgesamt wurde rund 25.300-mal in diesem Quartal eine DiGA verordnet. Welche DiGA wie häufig verordnet wurde, ist aus den Daten nicht abzuleiten. Zum Ende des Jahres, im 4. Quartal 2022, lag die Anzahl der dauerhaften DiGA im Verzeichnis bei 15, die Anzahl der vorläufigen DiGA war auf 22 angestiegen. Die Abrechnungshäufigkeit der GOP 01470 für alle Quartale ist im Anhang zu finden (Tabelle 89).

Die Zusatzpauschale zur DiGA somnio (GOP 01471), die für notwendige Verlaufskontrollen und Auswertungen abgerechnet werden kann, wurde im Jahr 2022 insgesamt rund 3.400-mal abgerechnet (siehe Anhang, Tabelle 91).

Im 4. Quartal 2022 lag die Abrechnungshäufigkeit der GOP 01471 bei rund 930 Abrechnungen (Abbildung 51). Es ist eine Steigerung der Abrechnungshäufigkeit um 67 % seit dem Vorjahresquartal (558 Abrechnungen in 2021/4) zu erkennen.

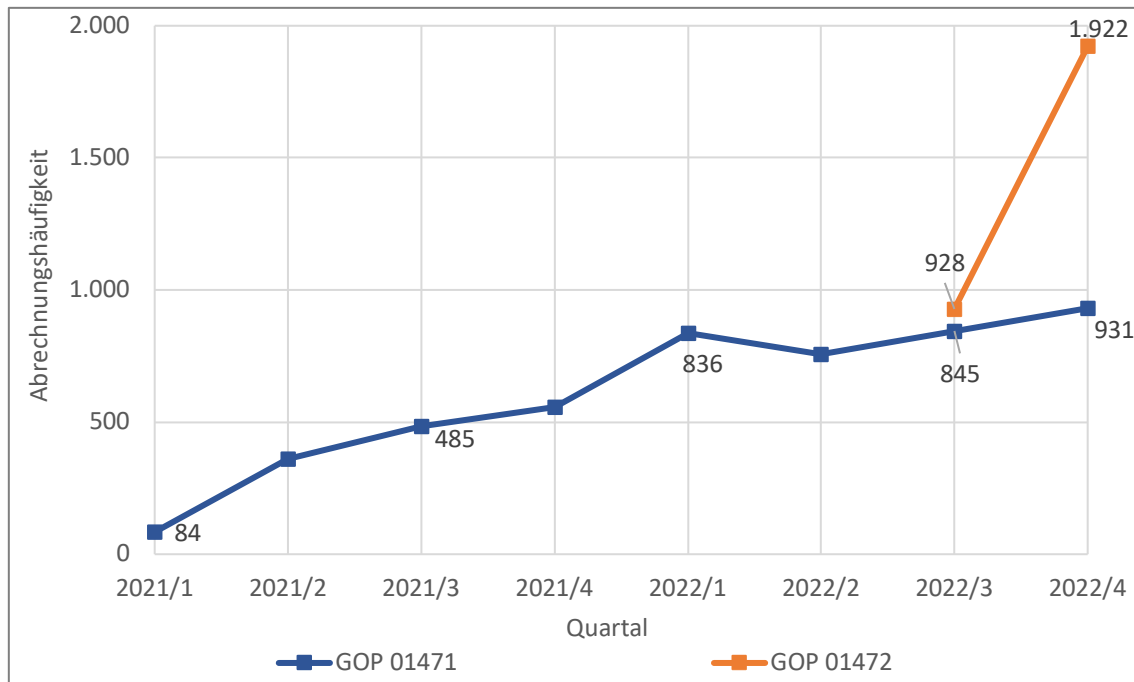


Abbildung 51 Abrechnungshäufigkeit der Verlaufskontrolle und Auswertung zur DiGA somnio (GOP 01471) und zur DiGA Vivira (GOP 01472).

Die Abrechnungshäufigkeit für die GOP 01472 zur Verlaufskontrolle und Auswertung zur DiGA Vivira liegen für das 3. und 4. Quartal 2022 vor (Abbildung 51). Die Abrechnungshäufigkeit von GOP 01472 (Auswertung zu DiGA Vivira) entwickelte sich dynamisch und verdoppelte sich von rund 930 Abrechnungen im Einführungsquartal, dem 3. Quartal 2022, auf rund 1.900 Abrechnungen im 4. Quartal des Jahres.

Eine tabellarische Übersicht der Abrechnungshäufigkeit für alle Quartale befindet sich im Anhang (Tabelle 89).

Leistungsbedarf

Der Leistungsbedarf für die Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) stieg im Jahr 2022 entsprechend der Abrechnungshäufigkeit auf insgesamt 230.500 € (siehe Anhang, Tabelle 91) und erreichte im 4. Quartal 2022 sein Maximum bei rund 65.900 € (siehe Anhang, Tabelle 90).

Der Leistungsbedarf für die Verlaufskontrolle und Auswertung zur DiGA somnio (GOP 01471) erreichte im Jahr 2022 rund 24.100 € (siehe Anhang, Tabelle 91) und lag im 4. Quartal 2022 bei rund 6.600 € (siehe Anhang, Tabelle 90).

Die Verlaufskontrolle und Auswertung zur DiGA Vivira (GOP 01472) wurden zum 3. Quartal 2022 eingeführt. In diesen zwei Quartalen, dem 3. und 4. Quartal 2022, ergab sich insgesamt ein Leistungsbedarf für die GOP 01472 von rund 20.600 € (siehe Anhang, Tabelle 90).

10.4 Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Fachgruppen und Einrichtungen

Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit

An der Abrechnungshäufigkeit der Zusatzpauschale für die Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) in den einzelnen KV-Bezirken lässt sich die regionale Verteilung der Abrechnungen dieser Leistung ablesen. Die Abrechnungszahlen in Abbildung 52 sind dabei je 100.000 Versicherte angegeben, um die unterschiedlich großen KV-Bezirke miteinander vergleichen zu können.

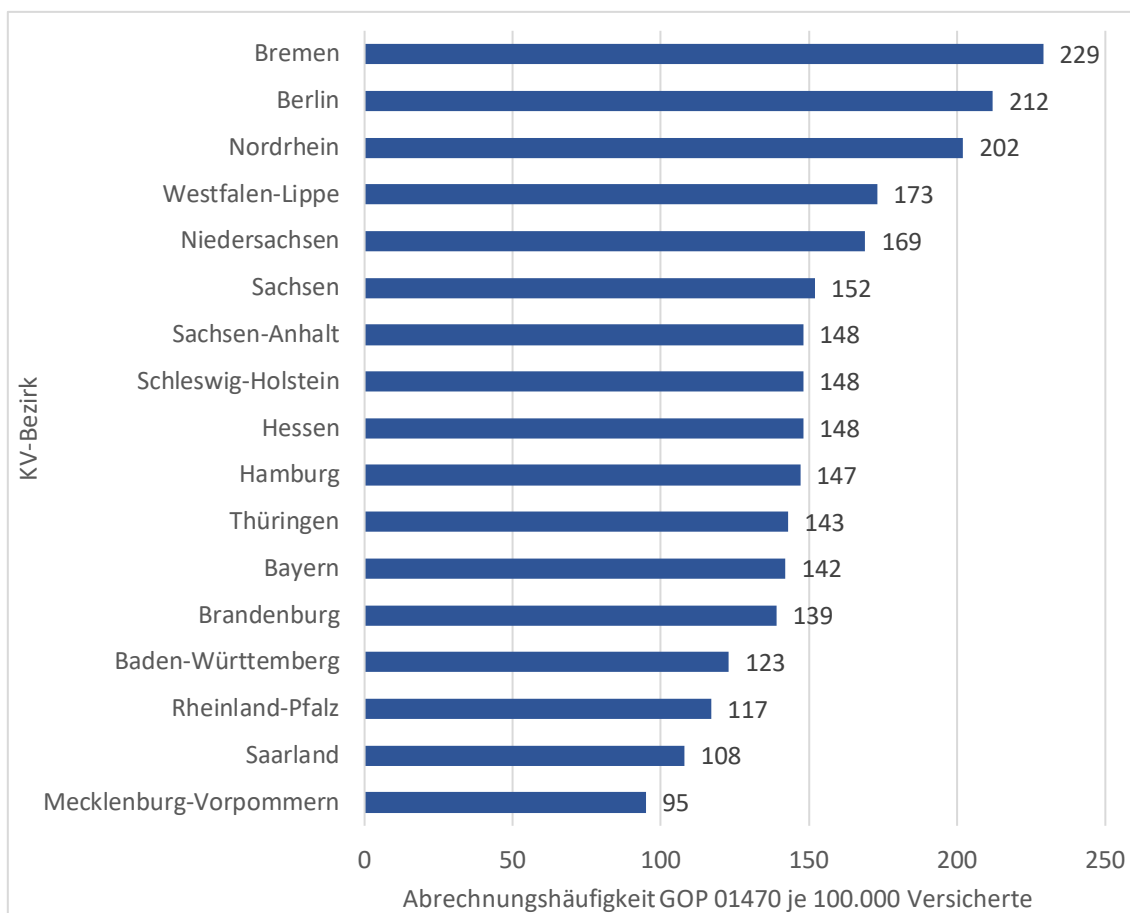


Abbildung 52 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Zusatzpauschale für eine DiGA-Erstverordnung (GOP 01470) nach KV-Bezirken im Jahr 2022. Dargestellt ist die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.

Abbildung 52 zeigt, dass im Jahr 2022 Ärztinnen und Ärzte in den Stadtstaaten Berlin und Bremen sowie den nordwestdeutschen Flächenländern Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen relativ gesehen am häufigsten die Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) abgerechnet haben. Die Abrechnungszahlen für diese Leistung liegen in etwa der Hälfte der KV-Bezirke bei rund 140 bis 150 Erstverordnungen je 100.000 Versicherte. Die Abrechnung der Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) ist somit in diesen Bezirken ähnlich weit verbreitet. Auch in den Bezirken mit den wenigsten Abrechnungen weicht die Abrechnungshäufigkeit nicht mehr als rund ein Drittel

von dieser durchschnittlichen Spanne der Abrechnungshäufigkeit ab (Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern mit 117, 108 bzw. 95 Abrechnungen je 100.000 Versicherte). Die gesamte Abrechnungshäufigkeit dieser Leistung in den verschiedenen KV-Bezirken ist im Anhang dargestellt (Tabelle 92).

Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Fachgruppen

Um zu untersuchen, welche Fachgruppen die Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) im Jahr 2022 besonders häufig abgerechnet haben, sind in Abbildung 53 die Fachgruppen mit mehr als 5.000 Abrechnungen dargestellt.

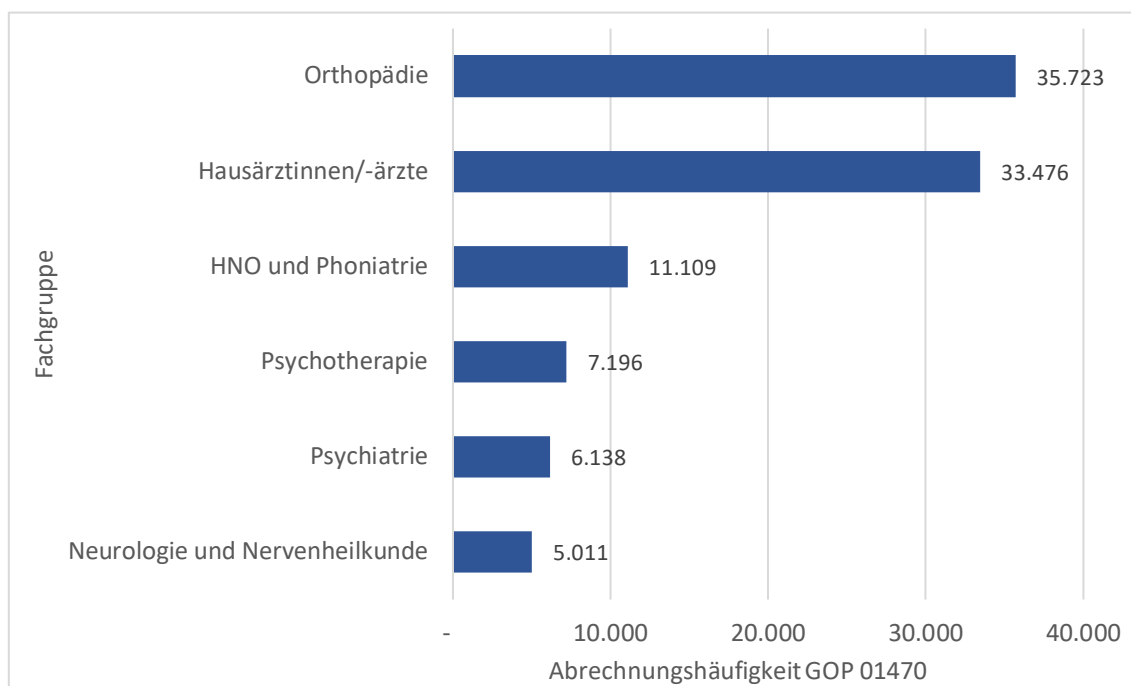


Abbildung 53 Abrechnungshäufigkeit der Zusatzpauschale für eine DiGA-Erstverordnung (GOP 01470) im Jahr 2022 nach Fachgruppen. Dargestellt sind die Fachgruppen mit mehr als 5.000 Abrechnungen.

Die Leistung des Zuschlags für eine DiGA-Erstverordnung war in der Fachgruppe Orthopädie mit knapp 36.000 Abrechnungen im Jahr 2022 am häufigsten, gefolgt von den Hausärztinnen und -ärzten mit rund 33.000 Abrechnungen. Dabei ist zu beachten, dass die Fachgruppe der Hausärzte und -ärztinnen rund siebenmal so groß ist wie die Fachgruppe Orthopädie. Die im Verhältnis hohe Abrechnungshäufigkeit in der Orthopädie kann als Hinweis darauf gelten, dass relativ häufig DiGA mit orthopädischer Indikation verordnet wurden. Während sich unter den dauerhaft aufgenommenen Anwendungen im DiGA-Verzeichnis lediglich eine DiGA für einen orthopädischen Anwendungsbereich findet, waren Ende des Jahres 2022 vier weitere, vorläufig aufgenommene DiGA für die Behandlung von Knochen- oder Gelenkbeschwerden verordnungsfähig und bei der Erstverordnung die GOP 01470 berechnungsfähig.

Eine Übersicht der Abrechnungshäufigkeit und der Anzahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte für alle Fachgruppen ist im Anhang zu finden (Tabelle 93).

Am dritthäufigsten hat im Jahr 2022 die Fachgruppe HNO und Phoniatrie den Zuschlag abgerechnet (rund 11.000 Abrechnungen). In diesem Bereich ist die DiGA Kalmeda zur Behandlung eines Tinnitus dauerhaft im DiGA-Verzeichnis gelistet.

Auch die Häufung von Abrechnungen durch Vertreter der Fachgruppen Psychotherapie und Psychiatrie (rund 7.000 bzw. 6.000 Abrechnungen) lässt sich dadurch erklären, dass DiGA für eine Vielzahl von Indikationen aus diesen Fachgebieten verfügbar sind: Zehn dauerhaft aufgenommene und sechs vorläufig aufgenommene DiGA befanden sich Ende 2022 im DiGA-Verzeichnis, die bei psychischen Erkrankungen zugelassen sind.

Die Abrechnungshäufigkeit für alle Fachgruppen sowie die zugehörigen Arztzahlen finden sich im Anhang (Tabelle 93).

Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Einrichtungsformen

Abbildung 54 zeigt, wie häufig die Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) in den verschiedenen Einrichtungsformen im Jahr 2022 abgerechnet wurde. Dabei ist die Abrechnungshäufigkeit durchschnittlich je Einrichtung angegeben, um die Häufigkeit trotz der unterschiedlich großen Verbreitung der einzelnen Einrichtungsformen bundesweit vergleichen zu können.

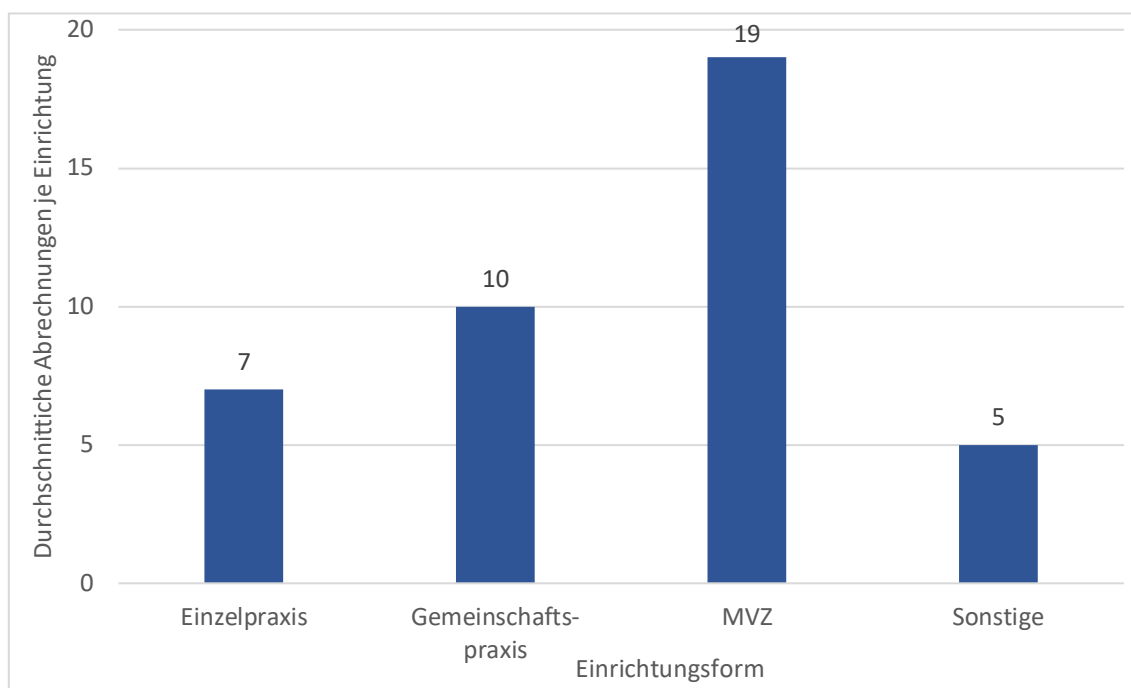


Abbildung 54 Durchschnittliche Abrechnungen der Zusatzpauschale für eine DiGA-Erstverordnung (GOP 01470) je abrechnende Einrichtung im Jahr 2022 nach Einrichtungsformen.

Im Verhältnis haben MVZ durchschnittlich 19-mal im Jahr 2022 – und damit am häufigsten – eine Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) abgerechnet, gefolgt von Gemeinschaftspraxen, die diese Leistung im Durchschnitt 10-mal abgerechnet haben. Einzelpraxen rechneten die GOP 01470 im Jahr 2022 durchschnittlich 7-mal ab. Eine Übersicht der Gesamtabrechnungen

der Einrichtungen sowie zu den anderen Leistungen zu DiGA nach Einrichtungsformen findet sich im Anhang (Tabelle 94).

10.5 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit einer Erstverordnung für eine DiGA

Im Jahr 2022 wurde rund 107.000 Versicherten eine DiGA zum ersten Mal verordnet. Abbildung 55 zeigt das Alter und Geschlecht der Versicherten, denen diese Leistung verordnet wurde. Diese Daten beruhen auf einer Hochrechnung der Geburtstagsstichprobe und sind deshalb nicht mit den absoluten Zahlen anderer Datenquellen gleichzusetzen.

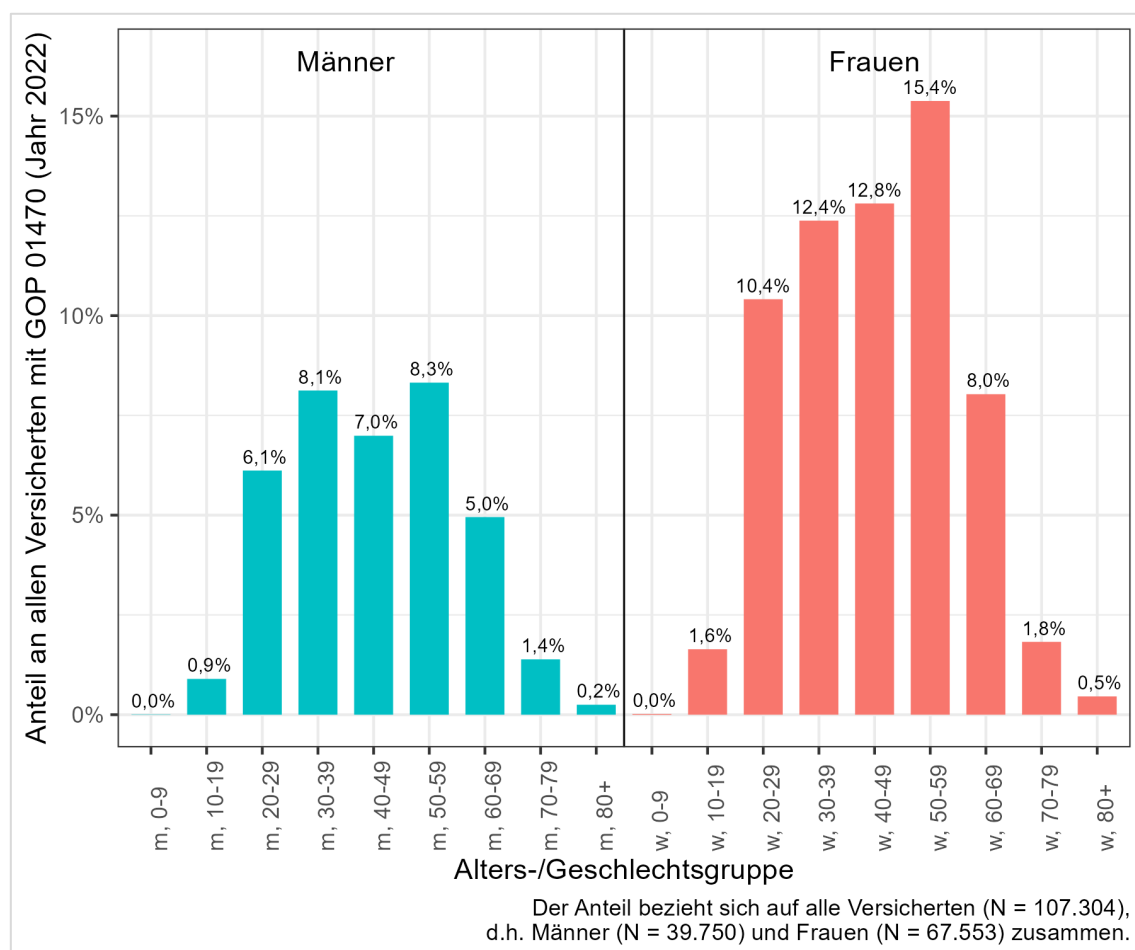


Abbildung 55 Anteil der verschiedenen Altersgruppen und Geschlechter derjenigen Versicherten, denen im Jahr eine DiGA-Erstverordnung (GOP 01470) ausgestellt wurde; m = männlich, w = weiblich.

Die Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470) wurde am häufigsten für Frauen zwischen 50 und 59 Jahren abgerechnet (15 % der Versicherten), gefolgt von Frauen zwischen 40 und 49 Jahren sowie Frauen zwischen 30 und 39 Jahren (13 % bzw. 12 %), wie in Abbildung 55 zu sehen ist. Insgesamt wurde wesentlich häufiger Frauen als Männern eine DiGA zum ersten Mal verordnet. Rund 63 % der Versicherten, die eine Erstverordnung erhielten, waren weiblich (67.465 Frauen von 107.161 Versicherten insgesamt)

Teil B Bericht des ergänzten Bewertungsausschusses

11 Einleitung

Der ergänzte Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit im Berichtsteil B den dritten Bericht zu sektorenübergreifenden telemedizinischen Leistungen vor. Der Bericht befasst sich mit den Neuerungen des Jahres 2022 durch Beschlussfassungen zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Dieser Teil berichtet von den bestehenden telemedizinischen Leistungen Telekonsilien, den Regelungen der telemedizinischen Versorgung in Zweitmeinungsverfahren sowie in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Im Laufe des Berichtsjahres 2022 sind außerdem telemedizinische Leistungen im organisierten Not(-fall)dienst sowie in der Koordinierten und Strukturierten Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Versicherter (KSVPsych) in den EBM eingeführt worden, die in diesen Bericht eingehen.

11.1 Inhaltliche Umsetzung des Berichtes im Rahmen der Anpassungen des §87 SGB V durch das Digital-Gesetz (DigiG)

Die in der Einleitung zu Teil A (Kapitel 1.1) dargelegten Erläuterungen gelten auch für Teil B dieses Berichts.

11.2 Datengrundlage

Die in der Einleitung zu Teil A (Kapitel 1.2) dargelegten Erläuterungen gelten auch für Teil B dieses Berichts.

12 Sektorenübergreifende Telekonsilien

12.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Telekonsilien sind ein Austausch zwischen Fachärztinnen und Fachärzten gleicher oder verschiedener Disziplinen und/oder psychologischen, nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf elektronischem Weg, um eine versichertenbezogene medizinische Fragestellung zu besprechen und somit gemeinsam Diagnosen sowie Behandlungsstrategien aufstellen zu können. Das Telekonsilium bietet die Möglichkeit, anderen Behandelnden medizinische Befunde zur Verfügung zu stellen und diese fachlich zu erörtern. Telekonsilien gestatten eine zeitgleiche oder zeitversetzte Kommunikation zwischen einholenden Ärztinnen oder Ärzten, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Zahnärztinnen oder Zahnärzten und Konsiliarärztinnen, -ärzten, -psychotherapeutinnen oder -psychotherapeuten, -zahnärztinnen oder -zahnärzten, dabei können diese vertragsärztlich, vertragszahnärztlich 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 Konsilien als telemedizinische Leistung in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden können. Grundlage ist das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG).

Für Telekonsilien müssen sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien genutzt werden. Grundlage hierfür bildet die Vereinbarung gemäß § 367 Abs. 1 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung),⁵¹ die zwischen GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung mit Wirkung zum 1. April 2020 getroffen wurde.

⁵¹ Vereinbarung über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien ([Telekonsilien-Vereinbarung](#)) – Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv.de).

12.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 60. Sitzung⁵² wurde die Abrechnung von Telekonsilien mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 ermöglicht. Folgende Gebührenordnungspositionen wurden in den Abschnitt 1.6 (Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien) des EBM aufgenommen (Tabelle 38):

Tabelle 38 Gebührenordnungspositionen für die Einholung und Durchführung von Telekonsilien.

GOP	Bezeichnung	Punkte	€ (2022)
01670	Zuschlag Einholung eines Telekonsiliums zweimal im Behandlungsfall	110	12,39
01671	Telekonsiliarische Beurteilung einmal im Arztgruppenfall (min. 10 Minuten Dauer)	128	14,42
01672	Zuschlag zur GOP 01671 für die Fortsetzung der Beurteilung dreimal im Arztgruppenfall (je weitere vollendete 5 Minuten)	65	7,32

In der 73. Sitzung des ergänzten Bewertungsausschusses⁵³ 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 vom 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 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 den 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 wurde die GOP 01450 (Zuschlag Videosprechstunde) für die Abrechnung durch die initiiierende Ärztin oder den initiiierenden Arzt, Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten angepasst (siehe Kapitel 2).

Mit den Beschlüssen aus den Sitzungen des 567. und 603. BA, welche die Finanzierungsregelung außerhalb der MGV zusammentragen, wurde die Finanzierung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen für das Jahr 2022 bzw. 2023 weiterhin über eine extra-budgetäre Vergütung gewährleistet.

⁵² Siehe [Beschluss](#) des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 60. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

⁵³ Siehe [Beschluss](#) des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 73. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

Tabelle 24 Diese zeigt Tabelle 39 in der Übersicht.

Tabelle 39 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu Telekonsilien, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit/Befristung
Finanzierung	567. BA	01.01.2022	Vergütung GOP 01670 bis 01672 außerhalb der MGV	31.12.2022
Finanzierung	603. BA	01.01.2023	Vergütung GOP 01670 bis 01672 außerhalb der MGV	31.12.2023

12.3 Leistungsentwicklung

Abrechnungshäufigkeit

Insgesamt wurde die Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) im Jahr 2022 rund 35.600-mal abgerechnet. Zu beachten ist hier, dass die vorliegenden Daten aus dem vertragsärztlichen Bereich stammen, da diese Leistung ausschließlich vom vertragsärztlichen Bereich durchgeführt werden kann. Im Jahr 2021 waren es rund 32.700 Abrechnungen. Dies ist ein Anstieg von rund 9 % für das Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr (siehe Anhang, Tabelle 97).

Die Gesamtzahlen der Abrechnungshäufigkeit zu GOP 01670 und GOP 01671 zeigen große Unterschiede. Die Leistung nach der GOP 01671 wurde im Jahr 2022 insgesamt rund 13.200-mal abgerechnet, die GOP 01670 rund dreimal so häufig (GOP 01671: n = 13.238; GOP 01670: n = 35.602). Im Jahr 2021 wurde die GOP 01671 rund 11.100-mal abgerechnet, die GOP 01670 ebenfalls rund dreimal so häufig (GOP 01671: n = 11.135; GOP 01670: n = 32.719). Die Abrechnungshäufigkeit zu GOP 01671 stieg im Jahr 2022 um rund 19 % im Vergleich zum Jahr 2021 an (siehe Anhang, Tabelle 97).

Insgesamt wurde der Zuschlag für zeitaufwändigere Telekonsilien (GOP 01672) im Jahr 2022 rund 2.500-mal abgerechnet. Im Jahr 2021 waren es 2.700 Abrechnungen gewesen. Dies war eine Abnahme von 6 %. Im Jahr 2022 wurde im Verhältnis auf rund 19 % der abgerechneten telekonsiliarischen Beurteilungen (GOP 01671) ein Zuschlag (GOP 01672) abgerechnet (2.488-mal insgesamt auf 13.238 Beurteilungen). Diese Zahl lag im Jahr 2021 höher: Im Verhältnis wurde auf rund 24 % der telekonsiliarischen Beurteilungen ein Zuschlag abgerechnet (2.650-mal auf 11.135 Beurteilungen insgesamt; alle Zahlen siehe Anhang, Tabelle 97).

In Abbildung 56 ist die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeiten der GOP 01670 (Einholung eines Telekonsiliums), GOP 01671 (Telekonsiliarische Beurteilung) und GOP 01672 (Zuschlag zu GOP 01671) dargestellt. Im Jahr 2021 fiel die Abrechnungshäufigkeit der GOP 01670 von rund 9.600 Abrechnungen im 1. Quartal bis zum 3. Quartal auf rund 7.400 Abrechnungen ab. Im Jahr 2022 stieg die Anzahl der Abrechnungen bis auf rund 9.400 Abrechnungen im 4. Quartal an; dies war ein Zuwachs von rund 22 % im Vergleich zum Vorjahresquartal (Entwicklung siehe Anhang, Tabelle 95).

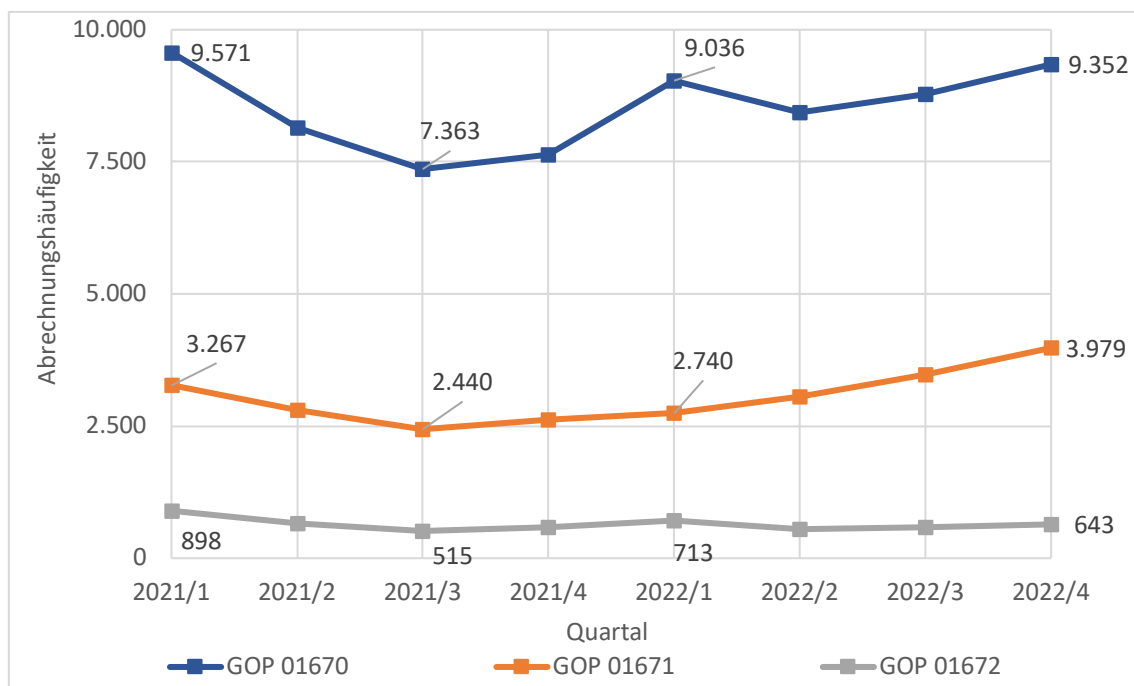


Abbildung 56 Abrechnungshäufigkeit der Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670), Telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671) und des Zuschlags für zeitaufwändige Telekonsilien (GOP 01672) in den Jahren 2021 und 2022.

In Abbildung 56 fällt auf, dass die telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671) stets wesentlich seltener abgerechnet wurde als die Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670). Im 4. Quartal 2022 wurde die GOP 01671 rund 4.000-mal abgerechnet, was weniger als die Hälfte der Abrechnungshäufigkeit der GOP 01670 im selben Zeitraum war ($n = 9.352$).

Leistungsbedarf

Der Leistungsbedarf im Jahr 2022 betrug für die Leistungen zu Telekonsilien (GOP 01670 bis GOP 01672) insgesamt rund 650.400 € (Tabelle 40, siehe auch Anhang, Tabelle 96). Der größte Anteil (68 %), wie auch in den Abrechnungshäufigkeiten erkennbar, kommt durch die Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) zustande (2022: 441.293 €).

Tabelle 40 Leistungsbedarf in € der Leistungen zu Telekonsilien in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Leistungsbedarf 2021 in €					Leistungsbedarf 2022 in €				
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	Gesamt	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4	Gesamt
GOP 01670	116.904	99.320	90.139	93.565	399.929	112.002	104.553	108.815	115.924	441.293
GOP 01671	46.535	40.037	34.779	37.337	158.688	39.517	43.987	49.998	57.385	190.886
GOP 01672	6.493	4.715	3.725	4.231	19.164	5.222	4.058	4.233	4.709	18.222

12.4 Regionale Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sowie nach Fachgruppen und Einrichtungen

Um darzustellen, wie sich die Abrechnungen von Telekonsilien regional in Deutschland verteilen, wurden die Abrechnungshäufigkeit der Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) und der telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671) in den einzelnen KV-Bezirken ausgewertet. Abbildung 57 zeigt jeweils die Abrechnungshäufigkeit pro 100.000 Versicherte, die in einem KV-Bezirk leben, um die Zahlen aus den unterschiedlich großen KV-Bezirken vergleichen zu können.

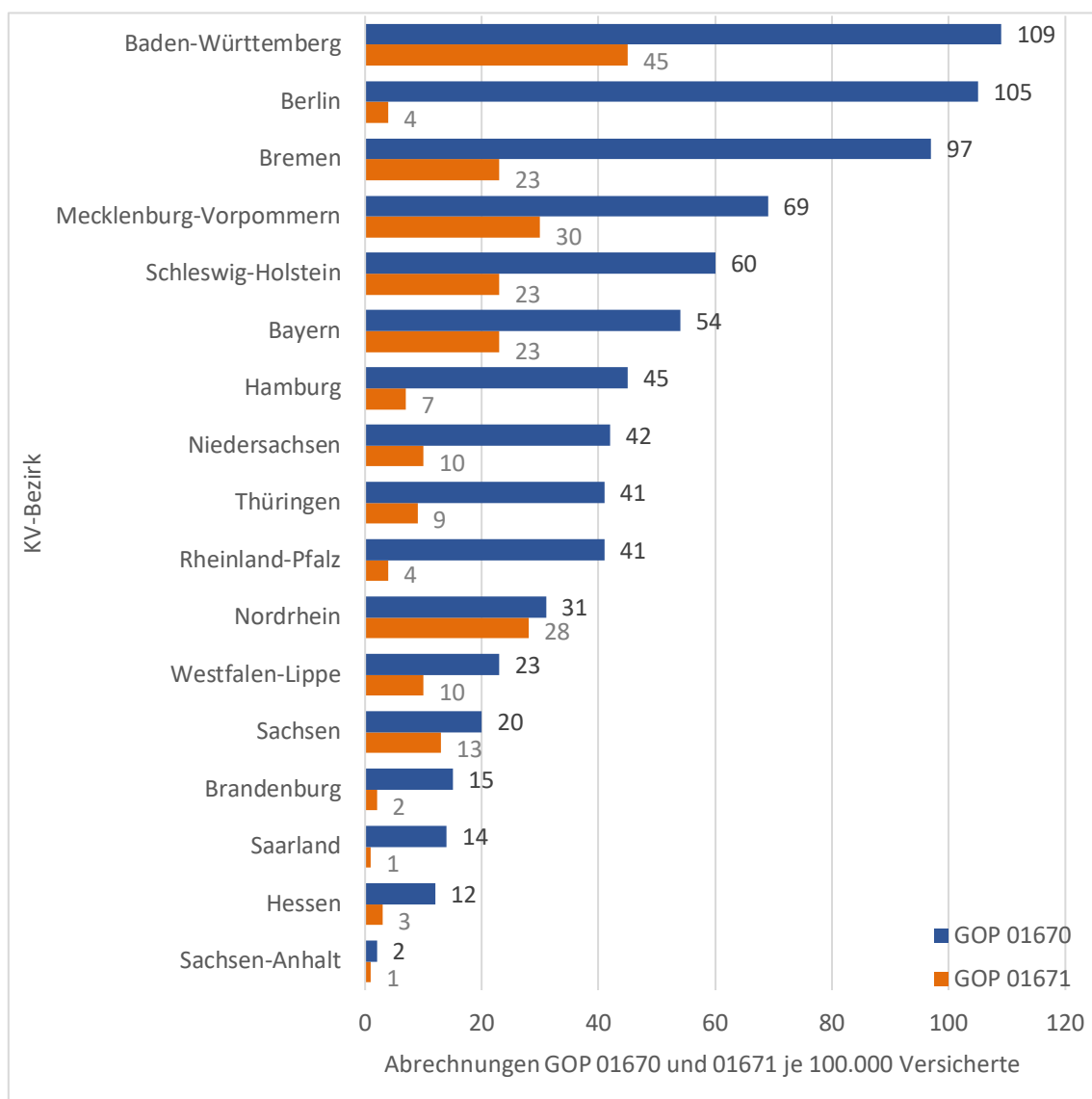


Abbildung 57 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) sowie der telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671) nach KV-Bezirken im Jahr 2022. Dargestellt ist die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.

Die Abrechnungshäufigkeit der Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) ist in Deutschland regional uneinheitlich verteilt, wie in Abbildung 57 zu sehen ist. Am häufigsten wurde die GOP 01670 im Jahr 2022 im süddeutschen Flächenland Baden-Württemberg abgerechnet

(109 Abrechnungen je 100.000 Versicherte); danach folgen die nördlichen Stadtstaaten Berlin und Bremen (105 bzw. 97 Abrechnungen).

Auffallend ist eine große Streuung zwischen den KV-Bezirken mit den meisten und denen mit den wenigsten Abrechnungen: während in den eben genannten Bezirken grob 100 Abrechnungen der GOP 01670 pro 100.000 Versicherte im Jahr 2022 vorlagen, waren es im Saarland und Hessen rund 10 und in Sachsen-Anhalt lediglich 2 Abrechnungen.

Die Abrechnungshäufigkeit der telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671) verteilt sich bundesweit ähnlich uneinheitlich wie die der GOP 01670, wie Abbildung 57 zeigt. Auch die GOP 01671 wurde im Jahr 2022 am häufigsten in Baden-Württemberg abgerechnet (45 Abrechnungen je 100.000 Versicherte). Die zweitgrößte Abrechnungshäufigkeit der GOP 01671 im Jahr 2022 hatte Mecklenburg-Vorpommern (30 Abrechnungen je 100.000 Versicherte). An dritter Stelle lag die Abrechnungshäufigkeit im KV-Bezirk Nordrhein (28 Abrechnungen). Dieser Bezirk hatte zudem ähnlich viele Abrechnungen der Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) wie der telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671).

Die regionale Abrechnungshäufigkeit zu allen Leistungen zu Telekonsilien (GOP 01670 bis 01672) insgesamt findet sich im Anhang (Tabelle 98).

Leistungsentwicklung nach Fachgruppen

Einige der abrechnenden Fachgruppen im Jahr 2022 für die Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) sowie die Fachgruppen, die eine telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671) vorgenommen haben, sind in den folgenden Abbildungen dargestellt. Die Fachgruppen der Hausärztinnen und Hausärzte⁵⁴ sowie der Inneren Medizin und Gynäkologie rechneten die Einholung eines Telekonsiliums sowie ebenfalls die telekonsiliarische Beurteilung am häufigsten ab.

In Abbildung 58 sind die Fachgruppen abgebildet, die im Jahr 2022 am häufigsten eine Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) abgerechnet haben.

⁵⁴ 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.

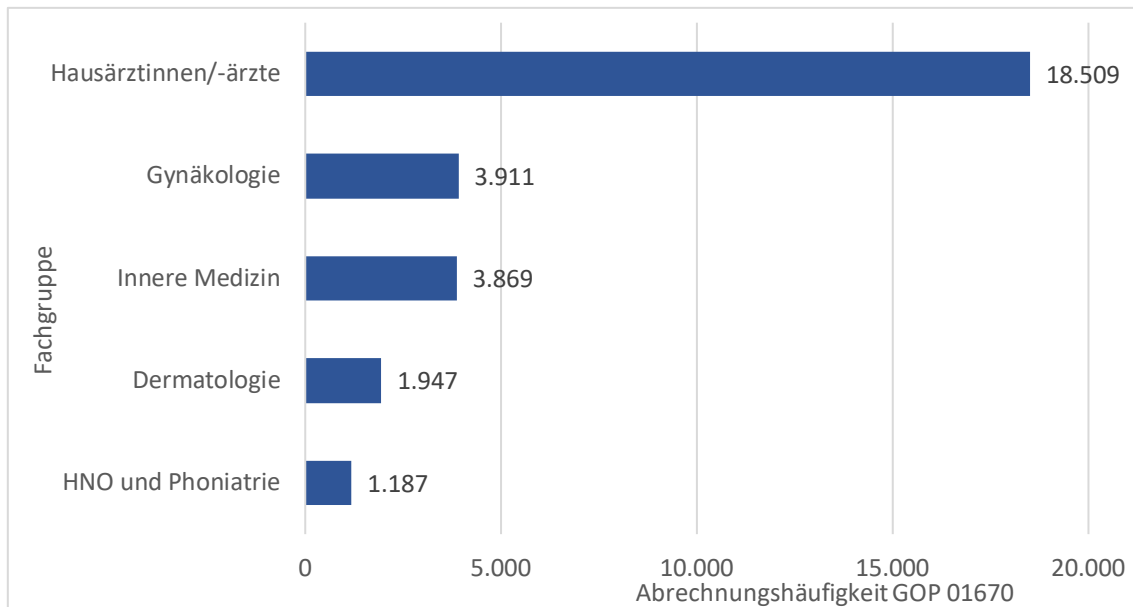


Abbildung 58 Abrechnungshäufigkeit der Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) in den Fachgruppen. Dargestellt sind die fünf Fachgruppen mit den meisten Abrechnungen im Jahr 2022.

Hausärztinnen und Hausärzte rechneten rund 18.500-mal die GOP 01670 ab, gefolgt von den Fachgruppen Gynäkologie und Innere Medizin jeweils mit rund 3.900 Abrechnungen (Abbildung 58). Dabei ist zu beachten, dass die Fachgruppe der Hausärztinnen und Hausärzte unter allen Fachgruppen die größte ist und auch die anderen vier Fachgruppen unterschiedlich viele Ärztinnen und Ärzte zählen. Deshalb wird im Folgenden auch die Abrechnungshäufigkeit je abrechnende Ärztin oder abrechnender Arzt untersucht. Dabei ändert sich die Reihenfolge der Fachgruppen, welche die Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) im Jahr 2022 besonders häufig abgerechnet haben, wie Abbildung 59 verdeutlicht.

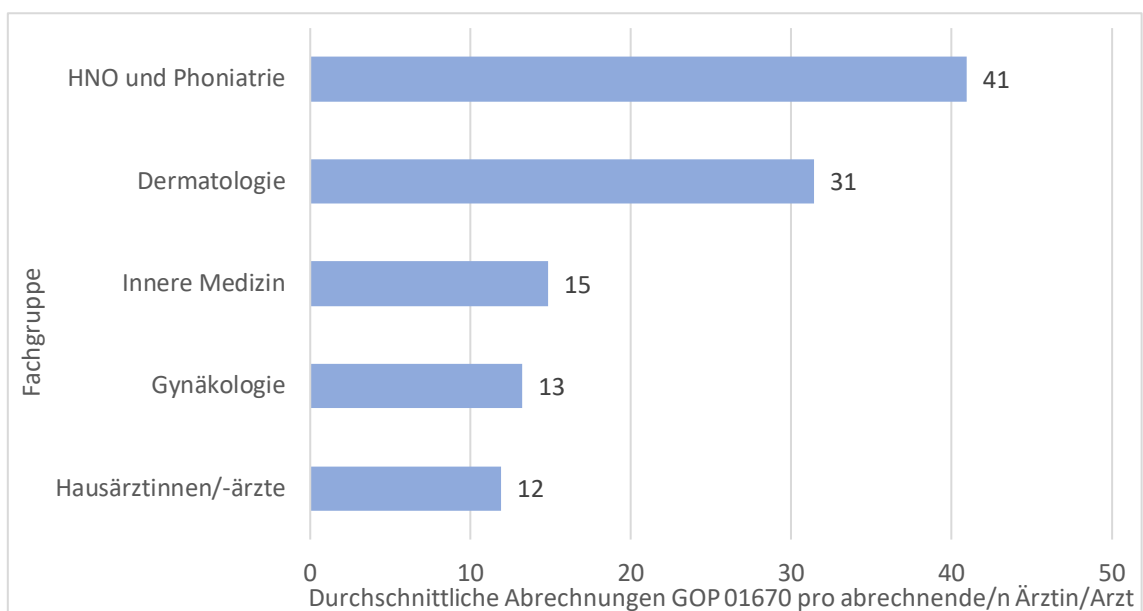


Abbildung 59 Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit pro abrechnende/n Ärztin/Arzt für die Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) der Fachgruppen aus Abbildung 58.

Die Reihenfolge der fünf Fachgruppen aus Abbildung 58 ist in Abbildung 59 entgegengesetzt: In der Fachgruppe HNO und Phoniatrie rechneten die Ärztinnen und Ärzte jeweils im Durchschnitt mit rund 41 Abrechnungen pro Kopf die meisten Einholungen eines Telekonsiliums ab (Abbildung 59); insgesamt hatte diese Gruppe die fünftgrößte Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (Abbildung 58). An zweiter Stelle steht in diesem Vergleich die Fachgruppe Dermatologie mit rund 31 Abrechnungen der GOP 01670 pro Ärztin/Arzt; insgesamt hatte diese Fachgruppe die viertgrößte Abrechnungshäufigkeit. In den Fachgruppen der Inneren Medizin und der Gynäkologie sowie unter den Hausärztinnen und Hausärzten wurde die GOP 01670 mit rund 15, 13 und 12 Abrechnungen je Ärztin/Arzt im Jahr deutlich seltener abgerechnet, obgleich die drei Fachgruppen die drei größten Abrechnungshäufigkeiten insgesamt im Jahr 2022 aufwiesen.

Insgesamt rechnete die Fachgruppe der Inneren Medizin telekonsiliarische Beurteilungen (GOP 01671) im Jahr 2022 mit rund 5.000 Abrechnungen am häufigsten ab, gefolgt von der Fachgruppe der Hausärztinnen und Hausärzte mit rund 2.700 Abrechnungen und der Urologie mit rund 800 Abrechnungen (für die Anzahl der Ärztinnen/Ärzte, die 2022 mindestens ein Telekonsilium abgerechnet haben, für alle Fachgruppen siehe Anhang, Tabelle 99).

Für die GOP 01671 ist die durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit pro abrechnende/n Ärztin/Arzt im Jahr 2022 in Abbildung 60 abgebildet.

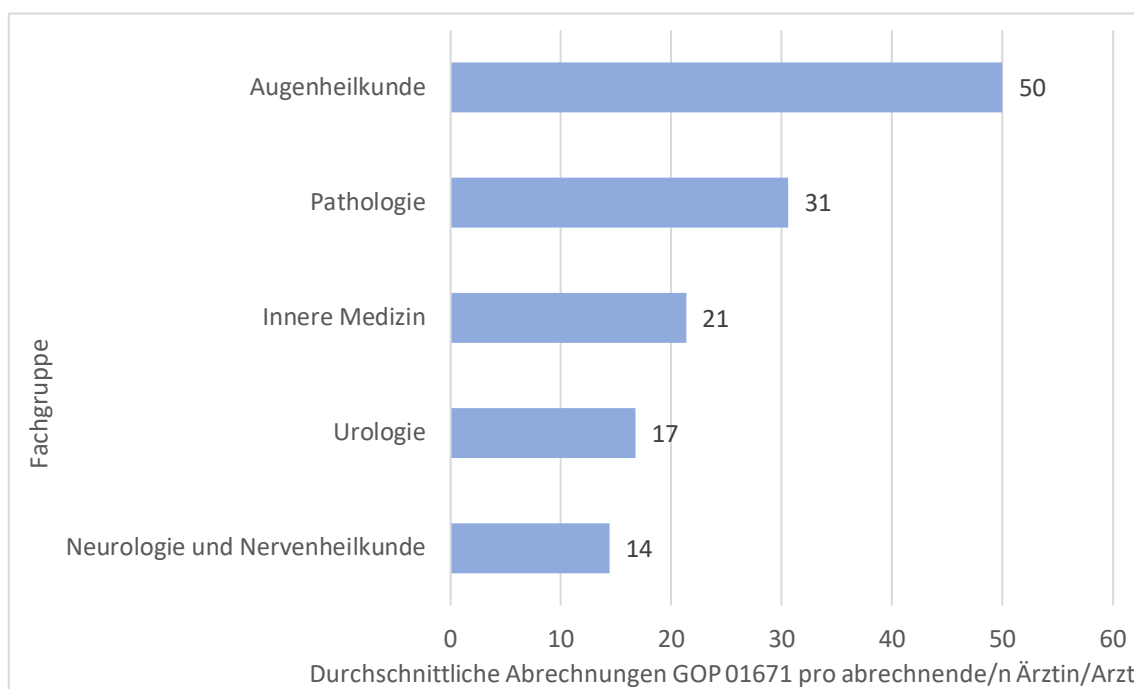


Abbildung 60 Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit der telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671) pro abrechnende/n Ärztin/Arzt in den Fachgruppen. Dargestellt sind die fünf Fachgruppen mit dem höchsten Anteil im Jahr 2022.

Die fünf Fachgruppen mit den meisten Abrechnungen einer telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671) pro abrechnende/r Ärztin/Arzt im Durchschnitt im Jahr 2022 sind in Abbildung 60

aufgeführt. Diese waren der fachärztlichen Versorgung zuzuordnen.⁵⁵ Ärztinnen und Ärzte in der Fachgruppe Augenheilkunde rechneten im Durchschnitt 50 telekonsiliarische Beurteilungen ab; gefolgt von der Fachgruppe der Pathologie mit durchschnittlich 31 Abrechnungen pro Ärztin/Arzt. Zu beachten ist hier, dass die Gruppe der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte aus Augenheilkunde und Pathologie mit 10 bzw. ≤5 Personen eher klein ist und die gesamte Abrechnungshäufigkeit mit 153 bzw. 500 Abrechnungen ebenfalls geringer ausfällt als in anderen Fachgruppen. Im Durchschnitt rechneten die Fachgruppen der Augenheilkunde und der Pathologie die GOP 01671 aber häufiger ab als die Gruppen der Inneren Medizin und Urologie mit 21 bzw. 17 Abrechnungen der GOP 01671 pro Ärztin/Arzt. In der Fachgruppe der Neurologie und Nervenheilkunde lagen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2022 durchschnittlich 14 Abrechnungen vor. Hausärztinnen und Hausärzte rechneten im Vergleich dazu im Durchschnitt 5-mal eine telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671) ab (siehe Anhang, Tabelle 99).

Leistungsentwicklung nach Einrichtungenformen

Da es sich bei Telekonsilien um grundlegend sektorenübergreifende Leistungen handelt, ist bei der Betrachtung der Leistungen zu Telekonsilien auch die Abrechnungshäufigkeit in Krankenhäusern interessant und in Abbildung 61 gesondert dargestellt.

Dabei ist zu beachten, dass in der Datengrundlage hauptsächlich die Abrechnungen aus dem vertragsärztlichen Bereich vorliegen und darüber hinaus Abrechnungsdaten von Krankenhäusern nicht weitergehend differenziert sind (siehe Fußnote 4, S. 21). Insgesamt rechneten Einzelpraxen im Jahr 2022 rund 17.000-mal eine Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) ab, gefolgt von Gemeinschaftspraxen mit rund 15.000 Abrechnungen und MVZ mit rund 3.000 Abrechnungen (siehe Anhang, Tabelle 100).

Die Abrechnungshäufigkeit der telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671) lag im Jahr 2022 für Einzel- und Gemeinschaftspraxen jeweils bei knapp 6.000 Abrechnungen und für MVZ bei etwa 2.000 Abrechnungen.

Die Abrechnungshäufigkeit für den Zuschlag für zeitintensivere Telekonsilien (GOP 01672) lag generell deutlich niedriger als diejenige für telekonsiliarische Beurteilungen (GOP 01671); so lag sie für Einzelpraxen im Jahr 2022 bei rund 1.000 Abrechnungen.

Auf Krankenhäuser entfielen insgesamt im Jahr 2022 weniger Abrechnungen auf die drei Abrechnungsziffern Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670), telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671), sowie Zuschlag für zeitintensivere Telekonsilien (GOP 01672) (siehe Anhang, Tabelle 100).

Diese Zahlen besitzen zudem nur eine begrenzte Aussagekraft, da die verschiedenen Einrichtungenformen in der deutschen Versorgungslandschaft unterschiedlich weit verbreitet sind. Die Abrechnungshäufigkeit für die einzelnen Einrichtungenformen wurde deshalb in Abbildung 61 jeweils auf die durchschnittlichen Abrechnungen je Einrichtung umgerechnet.

⁵⁵ Hausärztliche Internisten sind für die Auswertungen in diesem Bericht grundsätzlich der Fachgruppe Hausärztinnen/Hausärzte zugeordnet.

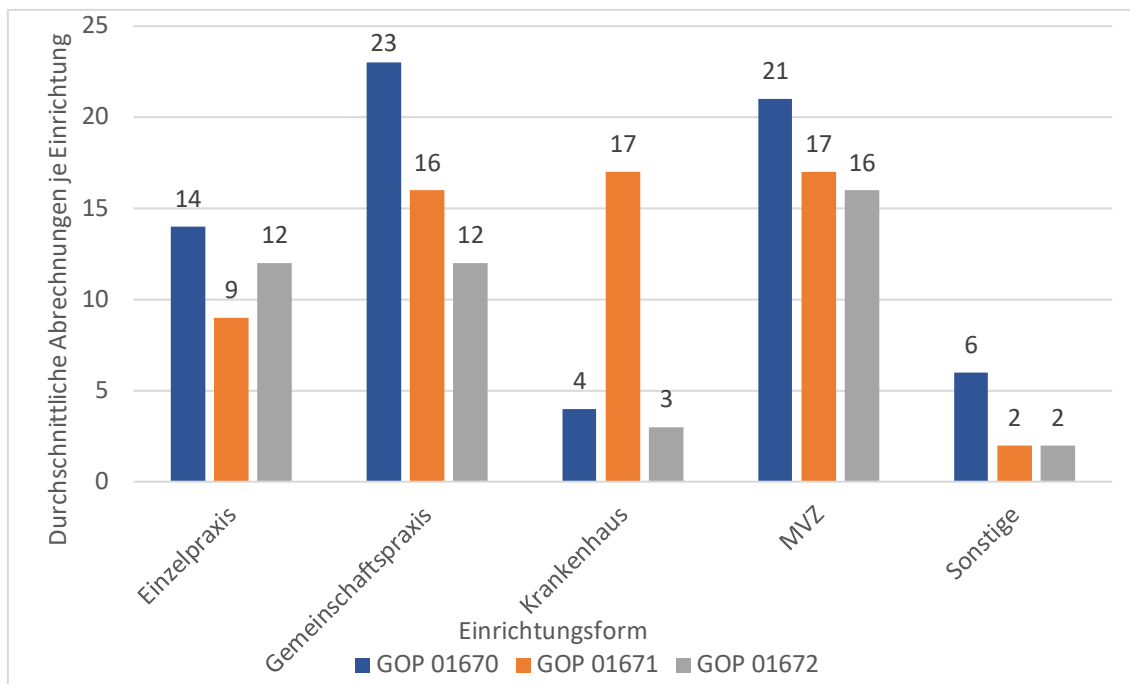


Abbildung 61 Durchschnittliche Abrechnungen der Leistungen zu Telekonsilien je abrechnende Einrichtung im Jahr 2022, dargestellt nach Einrichtungsformen. In den Abrechnungen von Krankenhäusern sind die Abrechnungen aus Ermächtigten Praxen enthalten.

Wie in Abbildung 61 zu sehen ist, zeigten die unterschiedlichen Einrichtungsformen im Jahr 2022 verschiedene Muster bei der Einholung von Telekonsilien (GOP 01670) und telekonsiliarischen Beurteilungen (GOP 01671). Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und MVZ rechneten im Vergleich zu Krankenhäusern deutlich häufiger eine GOP 01670 als eine GOP 01671 je abrechnende Einrichtung ab. So berechneten Einzelpraxen im Schnitt 14-mal, Gemeinschaftspraxen 23-mal und MVZ 21-mal eine GOP 01670 im Jahr 2022. Eine Leistung nach GOP 01671 rechneten Einzelpraxen durchschnittlich 9-mal, Gemeinschaftspraxen 16-mal, MVZ 17-mal und Krankenhäuser 17-mal in diesem Zeitraum ab. Nur von im Krankenhaus tätigen und durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten nach § 116 SGB V sowie durch Ermächtigungsambulanzen nach § 116a SGB V ist ein Telekonsilium im Krankenhaus einzuholen (GOP 01670), was auch erklärt, dass Krankenhäuser diese Ziffer kaum abrechnen und vor allem durch telekonsiliarische Beurteilungen (GOP 01671) an der Versorgung teilnehmen (siehe Anhang, Tabelle 100).

Die durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit des Zuschlags für zeitintensive Telekonsilien (GOP 01672) wurde je abrechnende Einrichtung im Jahr 2022 am häufigsten in MVZ abgerechnet (16 Abrechnungen); in Einzel- und Gemeinschaftspraxen war die Abrechnungshäufigkeit mit 12 Abrechnungen je Praxis gleich verteilt. Zu bedenken bleibt, dass die Abrechnungshäufigkeit der GOP 01672 im Jahr 2022 in allen Einrichtungsformen insgesamt recht niedrig blieb (siehe Anhang, Tabelle 100).

12.5 Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten mit Leistungen zu Telekonsilien

Im Jahr 2022 wurde für rund 29.000 Versicherte ein Telekonsilium eingeholt und dafür der Zuschlag für die Einholung (GOP 01670) abgerechnet. Abbildung 62 zeigt die prozentualen Anteile der Versicherten in Bezug auf ihr Alter und Geschlecht, für welche im Jahr 2022 mindestens eine GOP 01670 abgerechnet wurde.

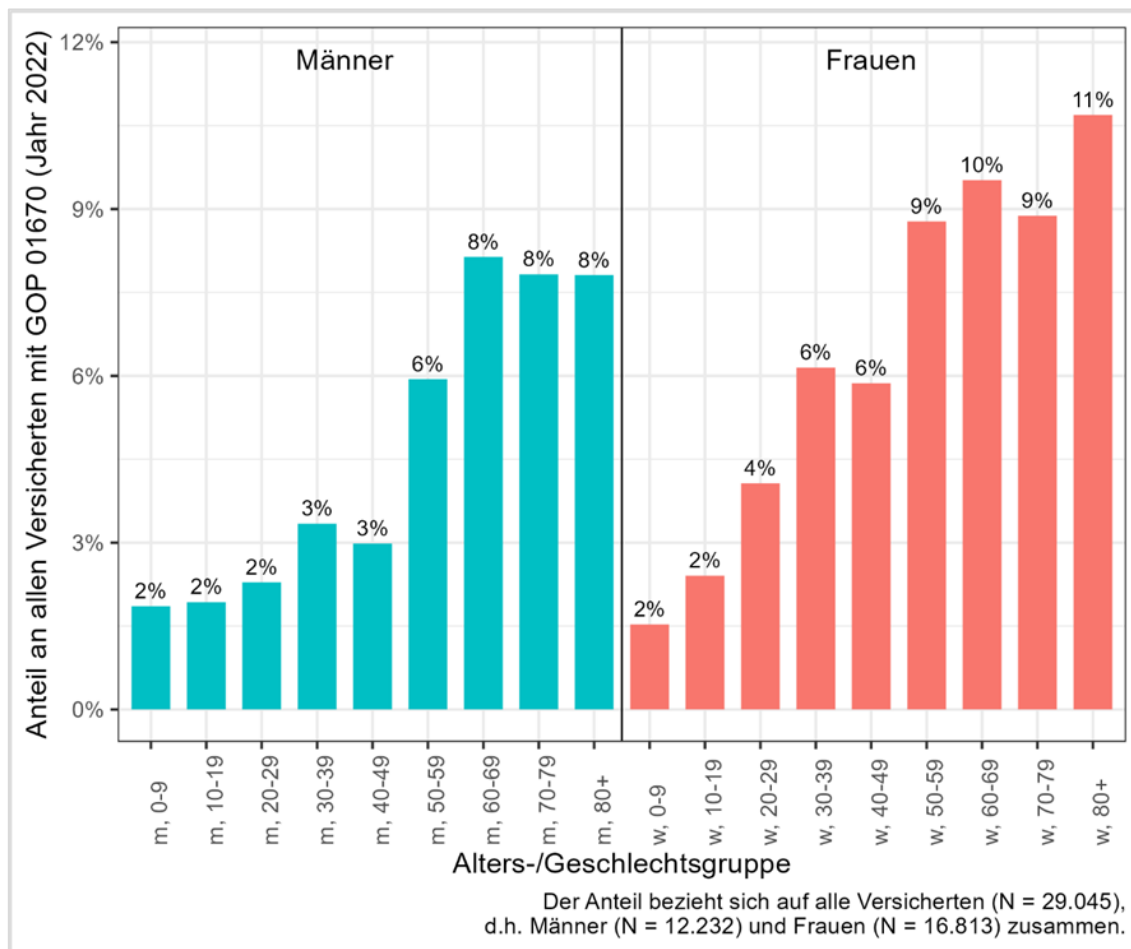


Abbildung 62 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten, bei denen eine Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670) im Jahr 2022 abgerechnet wurde; m = männlich, w = weiblich.

Die Einholung eines Telekonsiliums wurde im Jahr 2022 am häufigsten für Frauen abgerechnet, die 80 Jahre alt und älter waren (11 % der Abrechnungen), gefolgt von Frauen zwischen 60 und 69 Jahren (10 %), wie in Abbildung 62 zu sehen ist. Insgesamt wurde häufiger für ältere Versicherte im Jahr 2022 ein Telekonsilium eingeholt und abgerechnet. Bei rund 53 % der abgerechneten Einholungen eines Telekonsiliums waren die Versicherten 60 Jahre alt oder älter. Dies lässt daraufhin deuten, dass in dieser Altersgruppe häufiger komplexe Erkrankungen auftreten, für die behandelnde Ärztinnen und Ärzte über ein Telekonsilium Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen ersuchen.

Eine ähnliche Verteilung der Anteile unter den Versicherten in Bezug auf ihr Alter und Geschlecht ergibt sich für telekonsiliarische Beurteilungen (GOP 01671) im Jahr 2022, wie Abbildung 63 verdeutlicht.

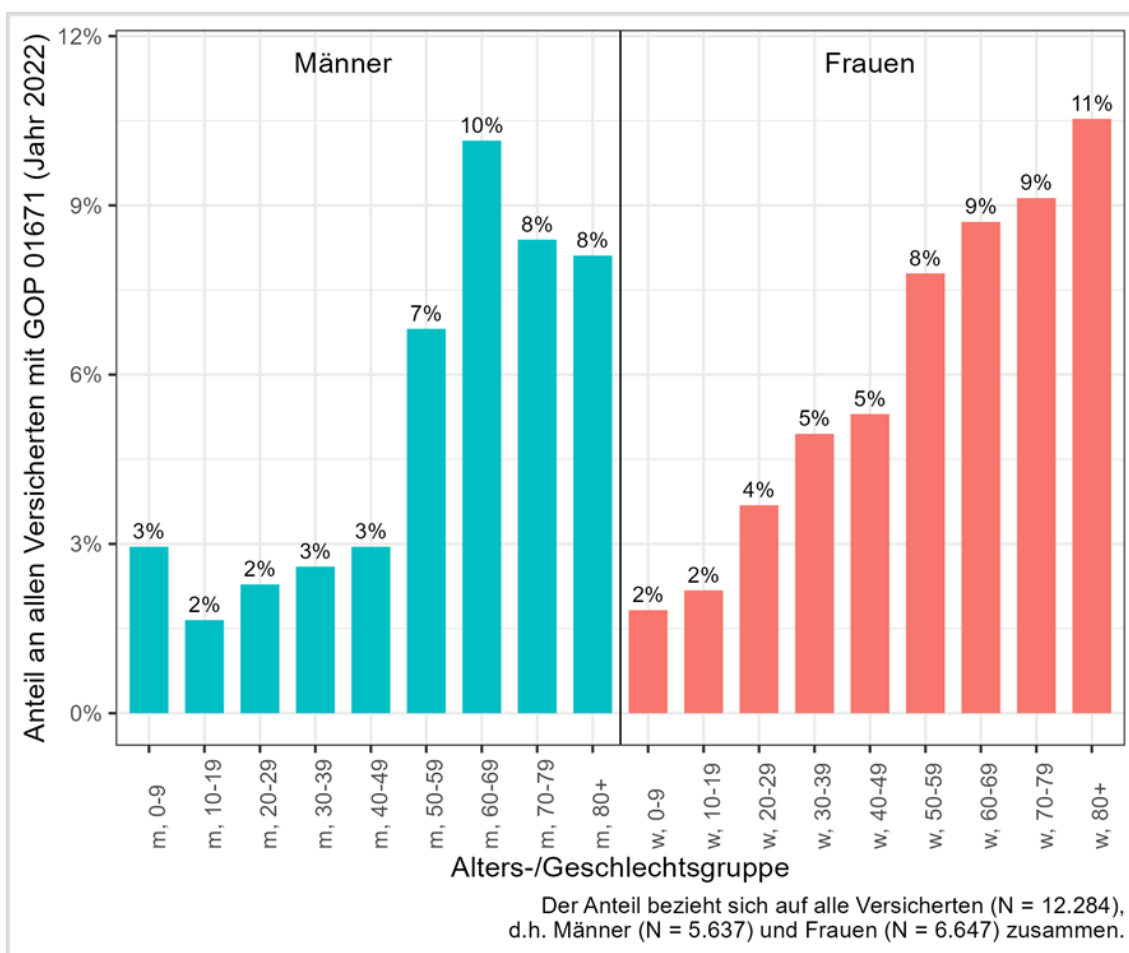


Abbildung 63 Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten, bei denen eine telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671) im Jahr 2022 abgerechnet wurde; m = männlich, w = weiblich.

Eine telekonsiliarische Beurteilung (GOP 01671) wurde im Jahr 2022 am häufigsten für weibliche Versicherte in einem Alter von 80 Jahren und älter abgerechnet (11 %), gefolgt von Abrechnungen für männliche Versicherte zwischen 60 und 69 Jahren (Abbildung 63). Auch telekonsiliarische Beurteilungen (GOP 01671) wurden häufiger für ältere Versicherte abgerechnet: Der Anteil von Versicherten in einem Alter von 60 Jahren und älter lag bei rund 55 %. Damit war der Anteil für diese Altersgruppe aus allen Versicherten, für die eine GOP 01671 abgerechnet wurde, ähnlich hoch wie der Anteil für diese Altersgruppe, für die eine GOP 0170 abgerechnet wurde (53 %). Auch zwischen den Geschlechtern ergibt sich für Abrechnungen der GOP 01671 und Abrechnungen der GOP 01670 kaum ein Unterschied.

Daraus ergibt sich, dass die Geschlechts- und Altersverteilung für die Abrechnungen der telekonsiliarischen Beurteilung (GOP 01671) und der Einholung von Telekonsilien (GOP 01670) unauffällig war. Das bedeutet, dass insgesamt für keine der Patientengruppen in einem bedeutsamen Ausmaß mehr telekonsiliarische Beurteilungen (GOP 01671) abgerechnet wurden als Einholungen eines Telekonsiliums (GOP 01670), also keine der Gruppen besonders bevorzugt wurde.

13 Telemedizinische Leistungen im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

13.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Bei der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) handelt es sich um eine hochspezialisierte, interdisziplinär abgestimmte Versorgung von komplexen, schwer therapierbaren und seltenen Erkrankungen. Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Krankenhausärztinnen/-ärzte 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 sachliche 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. Ende des 4. Quartals 2022 lagen für 19 Indikationen spezifische Vorgaben zur Behandlung im Rahmen der ASV vor.⁵⁶

13.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Im Jahr 2022 wurden durch Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses zwei neue Videoleistungen spezifisch für die ASV in Kapitel 50 des EBM aufgenommen, die auch per Video durchgeführt werden können. Für die Vorstellung eines oder einer Versicherten mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) in einer interdisziplinären Fallkonferenz wurde mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 84. Sitzung⁵⁷ zum 1. Oktober 2022 die GOP 50600 geschaffen. Mit dem Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung⁵⁸ wurde zudem mit Wirkung zum 1. Januar 2023 eine Leistung für ein problemorientiertes ärztliches Gespräch aufgrund einer Mukoviszidose-Erkrankung (GOP 50700) aufgenommen, welches auch als Videosprechstunde durchgeführt werden kann. Die GOP 50600 und 50700 traten neben die fünf bestehenden Leistungen in der ASV, die im

⁵⁶ Siehe [Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V](#) – Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de).

⁵⁷ Siehe [Beschluss](#) des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 84. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

⁵⁸ Siehe [Beschluss](#) des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

Jahr 2020 auch als Videosprechstunden ermöglicht worden waren (Beschluss aus der 57. Sitzung des ergBA Teil B)⁵⁹ (Tabelle 41, siehe auch Vorbericht 2022).

Zusätzlich zu diesen ASV-spezifischen Leistungen können zahlreiche telemedizinische Leistungen aus anderen Kapiteln des EBM in der ASV abgerechnet werden. Eine Liste aller im Rahmen der ASV berechnungsfähigen Leistungen stellt die Geschäftsführung des ergänzten Bewertungsausschusses regelmäßig in maschinenlesbaren Tabellen zur Verfügung.⁶⁰

Tabelle 41 Leistungen in der ASV aus Kapitel 50 EBM, die auch als Videosprechstunde berechnungsfähig sind.

GOP	Bezeichnung	Punkte	€ (2022)
50510	Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr einmal im BHF berechnungsfähig als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder im Rahmen einer Videosprechstunde	256	28,84
50511	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr einmal im BHF berechnungsfähig als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder im Rahmen einer Videosprechstunde	314	35,38
50512	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder im Rahmen einer Videosprechstunde	330	37,18
50600	Vorstellung einer/eines Versicherten in einer interdisziplinären CED-Fallkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams einmal im Kalendervierteljahr berechnungsfähig als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder im Rahmen einer Videosprechstunde	201	22,65
50700	Problemorientiertes ärztliches Gespräch aufgrund einer Mukoviszidose-Erkrankung je vollendete 10 Minuten, höchstens viermal im Kalendervierteljahr berechnungsfähig als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder im Rahmen einer Videosprechstunde	128	14,71*
51030	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung Dauer mindestens 10 Minuten	154	17,35
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

* Die GOP 50700 wurde zum 1. Januar 2023 eingeführt; die Bewertung in € stammt aus dem Jahr 2023.

Werden die Gespräche für die Grundpauschalen für die Versorgung von Versicherten mit Hämophilie (GOP 50510 bis 50512) sowie psychotherapeutische Gespräche als Einzelbehandlung im

⁵⁹ Siehe [Beschluss](#) des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 57. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

⁶⁰ Siehe [Abrechnungsfähige Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung \(ASV\) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 und 9 SGB V](#) – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

Rahmen der ASV (GOP 51030) als Videosprechstunden durchgeführt, so ist der Technikzuschlag Videosprechstunde (GOP 01450) berechnungsfähig (siehe Kapitel 2). Die Vorstellung einer oder eines Versicherten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz (GOP 51041) ist dagegen nicht in Kombination mit der GOP 01450 berechnungsfähig.

Folgende Beschlüsse zu telemedizinischen Leistungen in der ASV wurden im Jahr 2022 getroffen (Tabelle 42):

Tabelle 42 Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen in der ASV, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit/Befristung
Neue Leistung	84. ergBA	01.10.2022	Aufnahme GOP 50600	Nein
Neue Leistung	7. ergEBA	01.01.2023	Aufnahme GOP 50700	Nein

13.3 Leistungsentwicklung telemedizinischer Leistungen in der ASV

Aussagen zur Leistungsentwicklung der Videosprechstunden in der ASV sind nicht möglich, da Abrechnungsdaten der ASV nicht in der vorliegenden Datengrundlage enthalten sind.

14 Telemedizinische Durchführung von Zweitmeinungen

14.1 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 oder auch die Indikation zum geplanten Eingriff bestätigen, 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 Paragraph wurde mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) im Jahr 2015 aufgenommen.

Der G-BA legt in einer Richtlinie⁶¹ 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 das Zweitmeinungsverfahren und die Anforderungen an die Durchführenden einer Zweitmeinung fest. Die letzte Konkretisierung im Berichtsjahr 2022 erfolgte zum 1. Januar 2023.

Am Ende des 4. Quartals 2022 waren neun Indikationen für ein Zweitmeinungsverfahren vorgesehen (Tabelle 43):

⁶¹ Siehe [Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren](https://www.g-ba.de/richtlinien/2022/01/01/2022-01-01-richtlinie-zum-zweitmeinungsverfahren) – Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de).

Tabelle 43 Eingriffe mit gesetzlich vorgesehenen Zweitmeinungsverfahren (Stand Dezember 2022).

Indikation	Inkrafttreten Richtlinie G-BA	Anpassung EBM in Quartal
Mandelopoperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)	08.12.2018	2019/1 (31. ergBA)
Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien)	08.12.2018	2019/1 (31. ergBA)
Arthroskopische Eingriffe an der Schulter	20.02.2020	2020/2 (48. ergBA)
Implantationen von Knieendoprothesen	12.01.2021	keine
Amputationen beim Diabetischen Fußsyndrom	27.05.2021	2021/3 (70. ergBA)
Eingriffe an der Wirbelsäule	19.11.2021	2022/1 (78. ergBA)
Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen	31.05.2022	2022/3 (81. ergBA)
Planbares Einsetzen eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	28.07.2022	keine
Cholezystektomie	01.01.2023	2023/1 (89. ergBA)

14.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 31. Sitzung⁶² 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 44):

Tabelle 44 Gebührenordnungsposition für die indikationsstellende Ärztin oder den Arzt zur Beratung über die Möglichkeit einer Zweitmeinung.

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

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.

⁶² Siehe [Beschluss](#) des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 31. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

- 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).
- 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. Sitzung⁶³ 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 in Teil A des Berichtes unter den Punkten Videosprechstunde und Videofallkonferenzen berichtet (siehe Kapitel 2 und Kapitel 3).

Im Berichtsjahr 2022 wurden folgende Beschlüsse zu Zweitmeinungen gefasst (Tabelle 45):

Tabelle 45 Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Durchführung von Zweitmeinungen, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit/Befristung
Finanzierung	567. BA	01.01.2022	Vergütung Zweitmeinungen außerhalb der MGV	31.12.2022
Finanzierung	603. BA	01.01.2023	Vergütung Zweitmeinungen außerhalb der MGV	31.12.2023

14.3 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 ausreichend darstellbar.⁶⁴

⁶³ Siehe [Beschluss](#) des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 74. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

⁶⁴ Siehe Evaluationsbericht Zweitmeinungsverfahren; E-Mail vom 21.04.2022 an das BMG Referat 226.

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

15.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Im organisierten Not(-fall)dienst werden Versicherte außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten vertragsärztlicher Praxen behandelt, deren Erkrankungen akut und nicht lebensbedrohlich sind, sodass 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.

15.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 80. Sitzung⁶⁵ 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 46):

⁶⁵ Siehe [Beschluss](#) des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 80. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

Tabelle 46 Gebührenordnungspositionen für den organisierten Not(-fall)dienst, die als Videosprechstunde durchgeführt werden können.

GOP	Bezeichnung	Punkte	€ (2022)
01210	Notfallpauschale I (im organisierten Not(-fall)dienst zwischen 07:00 und 19:00 Uhr; außer samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12.) einmal im BHF berechnungsfähig	120	13,52 €
01212	Notfallpauschale II (im organisierten Not(-fall)dienst 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 €

Bei einem ausschließlichen Arzt-Patienten-Kontakt per Video im Quartal im organisierten Not(-fall)dienst wird jeweils ein Abschlag von 10 % 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).
- 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 GOP 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.
- Die Schweregradzuschläge zu den Notfallpauschalen nach GOP 01223, 01224 bzw. GOP 01226 sind weiterhin nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.
- Zusätzlich müssen Videosprechstunden im organisierten Not(-fall)dienst durch eine bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung dokumentiert werden, wobei die GOP 01210 bzw. 01212 bei der Abrechnung bzw. von der KV mit dem Suffix „V“ versehen wird.

In Tabelle 47 sind die neuen Regelungen zu telemedizinischen Leistungen im organisierten Not(-fall)dienst zusammengefasst.

Tabelle 47 Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen im organisierten Not(-fall)dienst, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit/Befristung
Neue Leistung	80. ergBA	01.07.2022	Notfallpauschalen als Videosprechstunden ermöglicht	Nein

15.3 Leistungsentwicklung

Da der Beschluss zum 1. Juli 2022 in Kraft getreten ist, liegen für den Berichtszeitraum lediglich die Abrechnungshäufigkeiten und der Leistungsbedarf aus zwei Quartalen vor. Im 3. und 4. Quartal wurden telemedizinische Leistungen im organisierten Not(-fall)dienst insgesamt 34-mal nach Notfallpauschale I (GOP 01210V) und 107-mal nach Notfallpauschale II (GOP 01212V) abgerechnet. Der Leistungsbedarf belief sich für beide Leistungen insgesamt auf rund 2.500 €. Die Leistungsentwicklung für die einzelnen Quartale ist im Anhang dargestellt (Tabelle 101).

16 Telemedizinische Leistungen in der koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Versicherter

16.1 Allgemeine Erläuterungen

Begrifflichkeiten

Um schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf besser innerhalb der GKV zu versorgen, wurde zum 1. Oktober 2022 die sogenannte koordinierte und strukturierte Versorgung gemäß der KSVPsych-Richtlinie des G-BA⁶⁶ in den EBM eingeführt. Dieses Versorgungsprogramm soll patientenindividuell notwendige Versorgungsangebote bündeln und koordinieren. Entscheidendes Kriterium ist dabei, dass für die Versicherten pro Quartal mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch unterschiedliche Disziplinen notwendig sind, um ihre psychische Erkrankung zu therapieren. Aufgrund dieser Komplexität wird von einer Komplexbehandlung gesprochen.

Ein wichtiges Element in der Umsetzung der Komplexbehandlung im Sinne der KSVPsych-Richtlinie ist der Zusammenschluss von insgesamt mindestens zehn Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Ärztinnen/Ärzten (z. B. aus den Bereichen Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatische Medizin) einer Region zu einem Netzverbund. In enger Zusammenarbeit mit Kliniken und ergänzenden Gesundheitsberufen wie Ergotherapie, Soziotherapie oder häuslicher psychiatrischer Krankenpflege soll der Netzverbund die Komplexbehandlung sicherstellen. Zentrale Ziele sind dabei die wohnortnahe Betreuung, schnelle Diagnostik und Therapie und eine bedarfsgerechte Behandlung. Auch die Koordination unterschiedlicher psychosozialer Hilfen, zum Beispiel beim Übergang von der Versorgung im Krankenhaus in die Praxis, ist ein Fokus der KSVPsych.

Im Netzverbund sind die Versicherten jeweils stets einer Ärztin/einem Arzt oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten zugeordnet, die/der als Bezugsarzt/-ärztin bzw. Bezugstherapeut/-therapeutin auftritt. So soll dauerhaft dieselbe Person die Versicherten medizinisch bzw. psychotherapeutisch versorgen und begleiten. Mehrere Bezugsärztinnen/-ärzte/-psychotherapeutinnen/-therapeuten können gemeinsam einem Netzverbund angehören. Sie koordinieren die Versorgung in enger Abstimmung mit den anderen beteiligten Gesundheitsberufen. Eine Zuordnung erfolgt individuell in der Regel im Anschluss an die differenzialdiagnostische Abklärung.

Zusätzlich verfügt der Netzverbund über Fachkräfte, um bestimmte Koordinationsaufgaben zu übernehmen, zum Beispiel für die Patientinnen und Patienten Termine zu vereinbaren und sie bei Bedarf zu Hause aufzusuchen oder weitere Hilfen zu vermitteln. Alle Therapieschritte werden in einem zentralen Behandlungsplan festgelegt, laufend im Netzverbund abgestimmt und

⁶⁶ Siehe [Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf](#) – Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de).

koordiniert. Deshalb gibt es regelmäßige Fallkonferenzen, die auch per Video oder telefonisch stattfinden können.

Rechtlicher Hintergrund

Die vom G-BA gemäß § 92 Abs. 6b SGB V beschlossene und im Dezember 2021 in Kraft getretene Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) für erwachsene Versicherte regelt die Grundlagen der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung in den Netzverbänden.⁶⁷

Um einen Netzverbund zu gründen, müssen die zukünftigen Mitglieder eine Genehmigung bei der regional zuständigen KV beantragen. Untereinander schließen die Mitglieder außerdem einen Netzverbundvertrag sowie Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus und weiteren Gesundheitsberufen ab, um die Grundlagen der Zusammenarbeit zu legen. Die KV prüft die Umsetzung der Richtlinie in allen Verträgen und erteilt im positiven Fall die Genehmigung.

16.2 Regelungen und Vergütung im EBM

Mit dem Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 6. Sitzung⁶⁸ wurde ein neuer Abschnitt 37.5 zur Umsetzung der KSVPsych-Richtlinie zum 1. Oktober 2022 in den EBM aufgenommen. Fallbesprechungen innerhalb des Netzverbundes und mit seinen Kooperationspartnern (GOP 37550) sind in diesem Abschnitt als fakultativ telemedizinische Leistung umgesetzt (Tabelle 48).

Tabelle 48 Gebührenordnungsposition für die patientenorientierte Fallbesprechung gemäß KSVPsych-Richtlinie.

GOP	Bezeichnung	Punkte	€ (2022)
37550	Patientenorientierte KSVPsych-Fallbesprechung je vollendete 10 Minuten; bis zu viermal im BHF berechnungsfähig. Auch telefonisch oder per Video möglich.	128	14,42

Für KSVPsych-Fallbesprechungen, die per Video durchgeführt werden, gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä.

⁶⁷ Der G-BA hat ergänzend eine KSVPsych-Richtlinie für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen beschlossen, die am 9. Juli 2024 in Kraft getreten ist. Siehe [Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf \(KJ-KSVPsych-RL\)](#) – Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de).

⁶⁸ Siehe [Beschluss](#) des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 6. Sitzung – Institut des Bewertungsausschusses (institut-ba.de).

Gemäß KSVPsych-Richtlinie können an einer Fallbesprechung (GOP 37550) auch nichtärztliche bzw. nichtpsychotherapeutische Kooperationspartnerinnen /-partner teilnehmen. Für diese Teilnehmenden ist die GOP 37551 als Zuschlag zur KSVPsych-Fallbesprechung berechnungsfähig. Diesen rechnet die Bezugsärztin/-psychotherapeutin oder der Bezugsarzt/-psychotherapeut für die betreffenden Teilnehmenden ab und leitet die Vergütung an diese weiter. Die GOP 37551 ist in gleicher Höhe bewertet wie die GOP 37550.

Ergänzend wurde folgende Regelung getroffen:

Der Technikzuschlag nach GOP 01450 ist bei Durchführung von KSVPsych-Fallbesprechungen (GOP 37550) als Videokonferenz berechnungsfähig (siehe Kapitel 2).

In der Übersicht fasst Tabelle 49 die Beschlüsse zu telemedizinischen Leistungen in der Versorgung gemäß KSVPsych-Richtlinie zusammen.

Tabelle 49 Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des ergänzten Bewertungsausschusses zu Leistungen der KSVPsych, die im Jahr 2022 in Kraft getreten sind oder getroffen wurden. MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen.

Kategorie	Beschluss	Inkrafttreten	Inhalt/GOP	Laufzeit/Befristung
Neue Leistung	6. ergEBA	01.10.2022	Aufnahme GOP 37550	Nein
Finanzierung	610. BA	01.10.2022	Vergütung GOP 37550 außerhalb der MGV	

16.3 Leistungsentwicklung

Die KSVPsych-Fallbesprechung (GOP 37550) ist zum 4. Quartal 2022 in den EBM aufgenommen worden. Die Abrechnungsdaten zu der Leistung als Videofallkonferenz können nicht ausgewertet werden.

Anhang

Zu Kapitel 2: Videosprechstunde

Zu 2.4: Leistungsentwicklung der Videosprechstunden

Tabelle 50 Abrechnungshäufigkeit für die GOP 01442, 01444 und 01450 pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Abrechnungshäufigkeit 2021				Abrechnungshäufigkeit 2022			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 01442	5.734	3.061	2.276	2.732	3.310	2.499	2.380	2.138
GOP 01444	58.479	56.564	64.311	86.208	118.295	69.571	80.412	94.414
GOP 01450	1.232.243	901.759	609.978	782.130	1.054.725	532.214	513.314	580.905

Tabelle 51 Leistungsbedarf in € für die GOP 01442, 01444 und 01450 pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Leistungsbedarf 2021				Leistungsbedarf 2022			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 01442	54.858	29.313	21.798	26.158	32.099	24.207	23.060	20.716
GOP 01444	64.993	62.862	71.450	95.721	133.481	78.218	90.253	105.608
GOP 01450	3.164.158	2.545.824	1.887.856	2.258.791	2.792.996	1.837.752	1.702.712	1.822.414

Tabelle 52 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr für die GOP 01442, 01444 und 01450. In Klammern ist die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit in % im Vergleich zum Vorjahr angegeben.

Jahr	Abrechnungshäufigkeit (Entwicklung in %)			Leistungsbedarf in €		
	GOP 01442	GOP 01444	GOP 01450	GOP 01442	GOP 01444	GOP 01450
2020	22.508	138.009	2.735.264	208.138	151.781	8.130.556
2021	13.803 (-39%)	265.562 (+92%)	3.526.110 (+29%)	132.126	295.026	9.856.629
2022	10.327 (-25%)	362.692 (+37%)	2.681.158 (-24%)	100.082	407.559	8.155.875

Zu 2.5: Regionale Abrechnungshäufigkeit von Videosprechstunden

Tabelle 53 Regionale Abrechnungshäufigkeit des Technikzuschlags Videosprechstunde (GOP 01450) nach KV-Bezirken für die Jahre 2020 bis 2022. Dargestellt sind die absolute Abrechnungshäufigkeit und in Klammern die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte. Sortiert nach absoluter Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022.

KV-Bezirk	Abrechnungshäufigkeit GOP 01450 (je 100.000 Versicherte)		
	2020	2021	2022
Bayern	532.290 (4.701)	650.773 (5.735)	508.022 (4.442)
Nordrhein	389.270 (4.613)	542.282 (6.433)	413.315 (4.886)
Hessen	309.731 (5.637)	397.348 (7.231)	261.684 (4.739)
Berlin	298.689 (9.180)	378.964 (11.587)	261.017 (7.876)
Baden-Württemberg	264.179 (2.781)	347.710 (3.661)	256.884 (2.693)
Westfalen-Lippe	219.742 (2.941)	287.964 (3.858)	231.396 (3.089)
Niedersachsen	196.413 (2.756)	230.962 (3.236)	196.389 (2.737)
Rheinland-Pfalz	108.793 (3.122)	140.134 (4.020)	120.623 (3.447)
Hamburg	118.944 (6.943)	169.278 (9.833)	119.026 (6.817)
Schleswig-Holstein	61.492 (2.439)	76.296 (3.016)	70.451 (2.766)
Sachsen	53.501 (1.404)	67.264 (1.772)	51.548 (1.356)
Brandenburg	38.692 (1.673)	50.331 (2.170)	42.035 (1.795)
Thüringen	36.232 (1.844)	50.185 (2.573)	36.457 (1.869)
Sachsen-Anhalt	25.515 (1.238)	42.266 (2.064)	31.761 (1.551)
Mecklenburg-Vorpommern	29.196 (1.987)	34.541 (2.351)	30.133 (2.048)
Bremen	31.604 (5.164)	34.260 (5.599)	26.539 (4.294)
Saarland	20.981 (2.431)	25.552 (2.975)	23.878 (2.784)

Zu 2.8: Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit nach Leistungsbereichen

Tabelle 54 Abrechnungshäufigkeit von Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde; die ausgewerteten Grund-/Versicherten-/Konsiliar-Pauschalen beziehen sich auf Fälle, bei denen im Abrechnungsquartal ein reiner Video-Kontakt und kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfand.

GOP	Leistungsgruppe	2020	2021	2022
03230	Gesprächsleistungen	117.931	123.404	191.516
04230	Gesprächsleistungen	16.564	19.020	13.240
04231	Gesprächsleistungen	1.322	1.890	708
04355	Gesprächsleistungen	2.574	3.088	1.925
04430	Gesprächsleistungen	1.681	1.770	1.637
14220	Gesprächsleistungen	90.997	107.110	76.779
14221	Gesprächsleistungen	.	.	43
14222	Gesprächsleistungen	38.015	38.093	25.276
16220	Gesprächsleistungen	11.001	10.084	11.298
21216	Gesprächsleistungen	5.104	3.251	1.850
21220	Gesprächsleistungen	63.410	65.567	49.569
21221	Gesprächsleistungen	.	≤5	7
22220	Gesprächsleistungen	35.145	47.730	34.602
22221	Gesprächsleistungen	15.998	27.224	18.946
22222	Gesprächsleistungen	.	.	69
23220	Gesprächsleistungen	530.832	791.518	570.728
30708	Gesprächsleistungen	11.140	14.461	12.170
35401	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	114.111	124.281	66.101

GOP	Leistungsgruppe	2020	2021	2022
35402	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	106.072	122.448	68.069
35405	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	315.532	427.082	265.022
35411	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	10.006	9.484	4.315
35412	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	9.828	9.808	5.002
35415	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	250.574	312.279	184.422
35421	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	300.303	345.324	192.035
35422	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	250.876	317.941	183.926
35425	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	481.073	670.511	423.382
35431	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	96	598	411
35432	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	11	253	446
35435	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	.	35	150
35571	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	.	.	.
35591	Einzeltherapien, Antrags-Psychoth.	.	.	.
35173	Gruppentherapien	.	36	135
35174	Gruppentherapien	.	21	91
35175	Gruppentherapien	.	17	192
35176	Gruppentherapien	.	12	92
35177	Gruppentherapien	.	≤5	132
35178	Gruppentherapien	.	.	19
35503	Gruppentherapien	.	23	251
35504	Gruppentherapien	.	10	166
35505	Gruppentherapien	.	37	152
35506	Gruppentherapien	.	9	68
35507	Gruppentherapien	.	≤5	63
35508	Gruppentherapien	.	.	20
35513	Gruppentherapien	.	212	643
35514	Gruppentherapien	.	133	617
35515	Gruppentherapien	.	104	386
35516	Gruppentherapien	.	25	311
35517	Gruppentherapien	.	27	266
35518	Gruppentherapien	.	13	71
35523	Gruppentherapien	.	≤5	17
35524	Gruppentherapien	.	11	22
35525	Gruppentherapien	.	15	29
35526	Gruppentherapien	.	10	13
35527	Gruppentherapien	.	8	9
35528	Gruppentherapien	.	9	10
35533	Gruppentherapien	.	27	409
35534	Gruppentherapien	.	66	429
35535	Gruppentherapien	.	182	845
35536	Gruppentherapien	.	151	763
35537	Gruppentherapien	.	129	567
35538	Gruppentherapien	.	74	251
35543	Gruppentherapien	.	214	552
35544	Gruppentherapien	.	158	589
35545	Gruppentherapien	.	151	466
35546	Gruppentherapien	.	24	275
35547	Gruppentherapien	.	≤5	163
35548	Gruppentherapien	.	≤5	183
35553	Gruppentherapien	.	298	1.624
35554	Gruppentherapien	.	236	990
35555	Gruppentherapien	.	171	658
35556	Gruppentherapien	.	51	355
35557	Gruppentherapien	.	23	146

GOP	Leistungsgruppe	2020	2021	2022
35558	Gruppentherapien	.	7	109
35572	Gruppentherapien	.	.	.
35593	Gruppentherapien	.	.	.
35594	Gruppentherapien	.	.	.
35595	Gruppentherapien	.	.	.
35596	Gruppentherapien	.	.	.
35597	Gruppentherapien	.	.	.
35598	Gruppentherapien	.	.	.
30932	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	8.316	9.104	6.617
30933	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	.	≤5	49
35110	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	26.968	30.186	27.362
35111	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	7.933	14.667	8.907
35112	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	45	315	296
35113	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	≤5	.	≤5
35141	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	18.830	29.516	16.920
35142	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	1.126	2.142	1.068
35152	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	.	23.350	93.905
35573	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	.	.	.
35600	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	158.901	248.616	129.077
35601	Nicht antragspflichtige Psychotherapie	17.079	18.941	13.508
01952	Sonderregel Covid-19-Pandemie	476	694	216
14223	Sonderregel Covid-19-Pandemie	25.758	76.152	18.085
30931	Sonderregel Covid-19-Pandemie	323	348	104
35150	Sonderregel Covid-19-Pandemie	84.758	110.003	28.159
35151	Sonderregel Covid-19-Pandemie	230.616	314.017	100.566
35163	Sonderregel Covid-19-Pandemie	.	14	68
35164	Sonderregel Covid-19-Pandemie	.	11	47
35165	Sonderregel Covid-19-Pandemie	.	21	43
35166	Sonderregel Covid-19-Pandemie	.	6	33
35167	Sonderregel Covid-19-Pandemie	.	≤5	8
35168	Sonderregel Covid-19-Pandemie	.	≤5	≤5
08619	Beratungen Kryokonservierung	.	.	≤5
08621	Beratungen Kryokonservierung	.	≤5	≤5
01470	DiGA (01470, 01471)	.	2.128	4.794
01471	DiGA (01470, 01471)	.	52	243
01789	NIPT (01789, 01790)	.	.	219
01790	NIPT (01789, 01790)	.	.	≤5
01210	Notfall Telemedizin (01210, 01212)	.	.	34
01212	Notfall Telemedizin (01210, 01212)	.	.	107
01320	Pauschalen Kapitel 01 EBM	27	35	8
01321	Pauschalen Kapitel 01 EBM	1.150	530	166
03001	Pauschalen Kapitel 03 EBM (Hausärztinnen/-ärzte)	251	149	486
03002	Pauschalen Kapitel 03 EBM (Hausärztinnen/-ärzte)	2.001	1.244	3.160
03003	Pauschalen Kapitel 03 EBM (Hausärztinnen/-ärzte)	41.335	103.499	203.777
03004	Pauschalen Kapitel 03 EBM (Hausärztinnen/-ärzte)	6.697	4.940	10.565
03005	Pauschalen Kapitel 03 EBM (Hausärztinnen/-ärzte)	1.847	597	649
04001	Pauschalen Kapitel 04 EBM (Kinder-/Jugendmedizin)	2.994	2.497	1.823
04002	Pauschalen Kapitel 04 EBM (Kinder-/Jugendmedizin)	5.923	4.674	3.683
04003	Pauschalen Kapitel 04 EBM (Kinder-/Jugendmedizin)	95	60	27
04004	Pauschalen Kapitel 04 EBM (Kinder-/Jugendmedizin)	≤5	≤5	.
04005	Pauschalen Kapitel 04 EBM (Kinder-/Jugendmedizin)	≤5	.	.
05211	Pauschalen Kapitel 05 EBM (Anästhesie)	980	1.063	952
05212	Pauschalen Kapitel 05 EBM (Anästhesie)	143	172	199
06210	Pauschalen Kapitel 06 EBM (Ophthalmologie)	40	37	46

GOP	Leistungsgruppe	2020	2021	2022
06211	Pauschalen Kapitel 06 EBM (Ophthalmologie)	810	1.603	1.368
06212	Pauschalen Kapitel 06 EBM (Ophthalmologie)	439	4.455	4.449
07210	Pauschalen Kapitel 07 EBM (Chirurgie)	17	7	15
07211	Pauschalen Kapitel 07 EBM (Chirurgie)	739	1.054	2.422
07212	Pauschalen Kapitel 07 EBM (Chirurgie)	169	131	163
08210	Pauschalen Kapitel 08 EBM (Gynäkologie)	≤5	.	7
08211	Pauschalen Kapitel 08 EBM (Gynäkologie)	5.579	17.046	22.657
08212	Pauschalen Kapitel 08 EBM (Gynäkologie)	170	210	229
09210	Pauschalen Kapitel 09 EBM (HNO/Phoniatrie)	81	44	66
09211	Pauschalen Kapitel 09 EBM (HNO/Phoniatrie)	3.452	12.363	14.391
09212	Pauschalen Kapitel 09 EBM (HNO/Phoniatrie)	606	409	303
10210	Pauschalen Kapitel 10 EBM (Dermatologie)	421	267	161
10211	Pauschalen Kapitel 10 EBM (Dermatologie)	8.729	8.169	7.601
10212	Pauschalen Kapitel 10 EBM (Dermatologie)	1.579	967	845
11210	Pauschalen Kapitel 11 EBM (Humangenetik)	59	112	69
11211	Pauschalen Kapitel 11 EBM (Humangenetik)	474	1.224	931
11212	Pauschalen Kapitel 11 EBM (Humangenetik)	59	120	92
13210	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	.	.	≤5
13211	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	216	34	128
13212	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	87	8	53
13291	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	145	109	100
13292	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	56	57	30
13341	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	49	20	73
13342	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	12	≤5	8
13390	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	.	.	≤5
13391	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	611	1.020	799
13392	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	125	146	160
13491	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	87	59	21
13492	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	114	38	18
13540	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	.	.	≤5
13541	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	294	489	3.222
13542	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	317	281	352
13591	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	214	158	498
13592	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	92	71	32
13640	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	≤5	.	.
13641	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	1.953	985	805
13642	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	1.119	486	442
13690	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	.	≤5	.
13691	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	1.264	1.915	1.137
13692	Pauschalen Kapitel 13 EBM (Innere Medizin)	674	405	220
14210	Pauschalen Kapitel 14 EBM (Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychologie)	49	48	29
14211	Pauschalen Kapitel 14 EBM (Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychologie)	5.213	4.121	2.700
15211	Pauschalen Kapitel 15 EBM (Mund-, Kiefer-/Gesichtschirurgie)	60	33	5
15212	Pauschalen Kapitel 15 EBM (Mund-, Kiefer-/Gesichtschirurgie)	6	.	≤5
16211	Pauschalen Kapitel 16 EBM (Neurologie, Neurochirur.)	2.712	2.125	2.296
16212	Pauschalen Kapitel 16 EBM (Neurologie, Neurochirur.)	2.401	1.261	1.144
18210	Pauschalen Kapitel 18 EBM (Orthopädie)	246	210	121
18211	Pauschalen Kapitel 18 EBM (Orthopädie)	3.592	10.395	23.892
18212	Pauschalen Kapitel 18 EBM (Orthopädie)	944	597	472

GOP	Leistungsgruppe	2020	2021	2022
20210	Pauschalen Kapitel 20 EBM (Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen)	9	70	50
20211	Pauschalen Kapitel 20 EBM (Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen)	55	99	83
20212	Pauschalen Kapitel 20 EBM (Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen)	6	≤5	≤5
21210	Pauschalen Kapitel 21 EBM (Psychiatrie)	≤5	.	.
21211	Pauschalen Kapitel 21 EBM (Psychiatrie)	6.952	5.916	4.584
21212	Pauschalen Kapitel 21 EBM (Psychiatrie)	2.067	1.476	1.145
21213	Pauschalen Kapitel 21 EBM (Psychiatrie)	9	5	≤5
21214	Pauschalen Kapitel 21 EBM (Psychiatrie)	3.742	3.115	2.111
21215	Pauschalen Kapitel 21 EBM (Psychiatrie)	3.053	1.778	1.124
22210	Pauschalen Kapitel 22 EBM (Psychosom. Med./Psychoth.)	.	≤5	≤5
22211	Pauschalen Kapitel 22 EBM (Psychosom. Med./Psychoth.)	5.282	6.327	3.700
22212	Pauschalen Kapitel 22 EBM (Psychosom. Med./Psychoth.)	938	1.249	700
23210	Pauschalen Kapitel 23 EBM (Psychotherapie)	14	16	5
23211	Pauschalen Kapitel 23 EBM (Psychotherapie)	77.733	104.623	57.782
23212	Pauschalen Kapitel 23 EBM (Psychotherapie)	11.255	14.750	8.449
23214	Pauschalen Kapitel 23 EBM (Psychotherapie)	9.786	8.511	4.055
25214	Pauschalen Kapitel 25 EBM (Strahlentherapie)	42	60	14
26210	Pauschalen Kapitel 26 EBM (Urologie)	14	17	29
26211	Pauschalen Kapitel 26 EBM (Urologie)	516	3.380	4.933
26212	Pauschalen Kapitel 26 EBM (Urologie)	298	187	246
27210	Pauschalen Kapitel 27 EBM (Physikalische/ Rehab.)	.	≤5	≤5
27211	Pauschalen Kapitel 27 EBM (Physikalische/ Rehab.)	338	3.709	2.463
27212	Pauschalen Kapitel 27 EBM (Physikalische/ Rehab.)	78	175	93
30700	Pauschalen Kapitel 30 EBM (Spezielle Bereiche)	1.738	1.576	1.288

Zu 2.11.2: Betrachtung der Morbidität von Versicherten mit Videosprechstunden

Tabelle 55 Prozentualer Anteil der überproportional häufigen ICD-Diagnosen von Behandlungsfällen von Versicherten mit Inanspruchnahme einer Videosprechstunde („Mit Videosprechstunde“) im Vergleich zu den entsprechenden Behandlungsfällen aller Versicherten („Alle Versicherte“); Unterschied: Faktor für die faktorielle Erhöhung des Videosprechstunden-Anteils gegenüber dem Anteil aller Versicherten im Jahr 2022; Zum Vorgehen s. Kapitel 2.11.2.

Fachgruppe	ICD	Bezeichnung	Mit Video- sprechst. (in %)	Alle Versi- cherte (in %)	Unter- schied (Faktor)
Psychotherapie	.	Kein wesentlicher Unterschied			
Psychiatrie	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	24,0%	10,2%	2
	F81.0	Lese- und Rechtschreibstörung	5,0%	1,7%	3
	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	5,0%	2,3%	2
	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	4,1%	2,2%	2
	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	3,8%	2,2%	2
	F40.1	Soziale Phobien	3,6%	2,1%	2
	F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	2,8%	1,7%	2
	F98.80	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2,7%	0,9%	3
	F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	2,5%	1,3%	2
	F84.5	Asperger-Syndrom	2,3%	0,7%	3
	Z63	Andere Kontakthanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis	2,0%	0,7%	3
Neurologie/ Nervenheilkunde	F43.2	Anpassungsstörungen	7,4%	3,6%	2
	G43.0	Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne]	6,7%	3,3%	2
	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	5,5%	2,8%	2
	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	5,5%	2,4%	2
	R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	5,1%	3,0%	2
	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	4,9%	2,6%	2
	G43.9	Migräne, nicht näher bezeichnet	4,5%	1,8%	2
	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	3,2%	1,0%	3
	F06.3	Organische affektive Störungen	3,1%	0,8%	4
	R26.0	Ataktischer Gang	3,1%	1,9%	2
Hausärztinnen/ Hausärzte	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	41,8%	13,0%	3
	U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	24,8%	6,9%	4
	U99.0	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2	8,3%	4,7%	2
	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	5,4%	1,8%	3
	U07.2	COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	5,4%	2,1%	3
	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	5,3%	1,4%	4
	R51	Kopfschmerz	5,0%	2,2%	2
	B34.9	Virusinfektion, nicht näher bezeichnet	3,8%	1,6%	2
	R05	Husten	3,3%	1,6%	2
	R53	Unwohlsein und Ermüdung	3,3%	1,8%	2

Fachgruppe	ICD	Bezeichnung	Mit Videosprechst.	Alle Versicherte	Unterschied
Kinder-/Jugendmedizin	Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen	13,3%	5,6%	2
	U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	7,7%	3,5%	2
	L20.8	Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem	6,9%	3,9%	2
	L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet	4,9%	2,8%	2
	L30.9	Dermatitis, nicht näher bezeichnet	4,6%	1,9%	2
	Z29.8	Sonstige näher bezeichnete prophylaktische Maßnahmen	4,6%	2,4%	2
	H10.9	Konjunktivitis, nicht näher bezeichnet	4,4%	1,8%	2
	U07.2	COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	4,2%	2,1%	2
	J31.0	Chronische Rhinitis	3,3%	2,1%	2
	J06.8	Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege	3,3%	1,9%	2
Innere Medizin	R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	5,8%	0,9%	6
	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	5,7%	0,8%	7
	Z51.2	Andere Chemotherapie	5,1%	0,4%	14
	I10.10	Maligne essentielle Hypertonie: Ohne hypertensive Krise	4,3%	0,2%	21
	E55.9	Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet	4,0%	2,2%	2
	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	3,8%	1,9%	2
	Z00.0	Ärztliche Allgemeinuntersuchung	3,4%	0,6%	6
	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	3,3%	0,3%	12
	I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	3,2%	0,1%	23
	U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	3,1%	0,8%	4
Gynäkologie	Z31.6	Allgemeine Beratung im Zusammenhang mit Fertilisation	13,5%	1,7%	8
	N97.9	Sterilität der Frau, nicht näher bezeichnet	12,0%	0,6%	19
	Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen	6,4%	3,5%	2
	Z31.9	Fertilisationsfördernde Maßnahme, nicht näher bezeichnet	3,8%	0,4%	9
	N46	Sterilität beim Mann	3,7%	0,2%	16
	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	3,5%	0,1%	67
	G44.2	Spannungskopfschmerz	3,1%	0,0%	112
	R11	Übelkeit und Erbrechen	2,7%	0,2%	12
	N97.4	Sterilität der Frau im Zusammenhang mit Faktoren des Partners	2,6%	0,2%	17
	F43.0	Akute Belastungsreaktion	2,5%	0,8%	3
HNO/Phoniatrie	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	14,2%	1,8%	8
	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	8,8%	1,5%	6
	U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	8,6%	0,4%	20
	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	7,3%	0,1%	121
	U99.0	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2	5,1%	0,8%	6
	U07.2	COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	4,6%	0,3%	17

Fachgruppe	ICD	Bezeichnung	Mit Video- sprechst.	Alle Versi- cherte	Unter- schied
HNO/Phoniatrie	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	4,1%	0,2%	21
	R43.8	Sonstige Störungen des Geruchs- und Geschmacks- sinnes	4,0%	0,0%	518
	R51	Kopfschmerz	3,9%	0,8%	5
	G44.2	Spannungskopfschmerz	3,1%	0,0%	282
Augenheilkunde	H40.9	Glaukom, nicht näher bezeichnet	29,1%	6,5%	4
	H26.9	Katarakt, nicht näher bezeichnet	17,3%	10,2%	2
	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	16,7%	6,6%	3
	I10.90	Essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hyper- tensiven Krise	16,0%	9,6%	2
	H40.0	Glaukomverdacht	11,4%	5,0%	2
	H35.0	Retinopathien des Augenhintergrundes/Veränderungen der Netzhautgefäße	7,8%	5,0%	2
	H35.38	Sonstige Degeneration der Makula und des hinteren Poles	7,1%	3,7%	2
	H43.8	Sonstige Affektionen des Glaskörpers	6,6%	3,4%	2
	H35.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut	5,7%	2,0%	3
	H57.0	Pupillenfunktionsstörungen	4,5%	1,0%	5
	E11.9-	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen	4,3%	1,5%	3
Orthopädie	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	11,6%	0,0%	371
	G44.2	Spannungskopfschmerz	8,9%	0,1%	73
	R51	Kopfschmerz	5,9%	0,3%	18
	M54.82	Sonstige Rückenschmerzen: Zervikalbereich	4,0%	0,6%	7
	M54.86	Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich	3,1%	1,0%	3
	M54.5	Kreuzschmerz	2,7%	0,0%	128
	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher be- zeichnet	2,4%	0,1%	22
	G43.0	Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne]	1,3%	0,0%	50
	G44.2	Spannungskopfschmerz	1,1%	0,0%	206
	M99.99	Biomechanische Funktionsstörung: Abdomen und sons- tige Lokalisationen	0,7%	0,4%	2
	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	0,6%	0,0%	13
Urologie	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	14,1%	6,9%	2
	A09.9	Sonstige Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeich- neten Ursprungs	7,2%	0,0%	173
	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	4,9%	1,2%	4
	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	4,3%	0,1%	66
	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis	3,4%	0,0%	644
	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	3,3%	0,0%	206
	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unter- bauches	2,9%	1,1%	3
	Z31.6	Allgemeine Beratung im Zusammenhang mit Fertilisa- tion	2,5%	0,6%	4
	N48.4	Impotenz organischen Ursprungs	2,5%	1,5%	2
	E66.00	Adipositas Grad I (WHO) bei Patientinnen/Patienten von 18 Jahren und älter	2,3%	0,2%	10

Zu 0: Authentifizierungen im Rahmen von Videosprechstunden

Tabelle 56 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Authentifizierung von Versicherten (GOP 01444) im Rahmen der Videosprechstunde nach KV-Bezirken. Dargestellt sind die absolute Abrechnungshäufigkeit und in Klammern die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.

KV-Bezirk	Abrechnungshäufigkeit GOP 01444 (je 100.000 Versicherte)		
	2020	2021	2022
Nordrhein	20.817 (247)	60.390 (716)	83.224 (984)
Bayern	27.755 (245)	31.126 (274)	56.649 (495)
Westfalen-Lippe	9.062 (121)	27.619 (370)	41.124 (549)
Baden-Württemberg	19.409 (204)	40.315 (424)	36.860 (386)
Hessen	9.062 (165)	22.563 (411)	30.337 (549)
Niedersachsen	15.210 (213)	23.745 (333)	28.776 (401)
Berlin	11.151 (343)	15.464 (473)	23.290 (703)
Rheinland-Pfalz	3.688 (106)	10.008 (287)	12.871 (368)
Hamburg	7.864 (459)	9.340 (543)	11.623 (666)
Schleswig-Holstein	3.326 (132)	5.420 (214)	11.024 (433)
Thüringen	2.272 (116)	4.243 (218)	6.249 (320)
Saarland	465 (54)	565 (66)	5.858 (683)
Mecklenburg-Vorpommern	2.088 (142)	3.364 (229)	4.547 (309)
Sachsen	2.538 (67)	3.847 (101)	4.369 (115)
Brandenburg	1.455 (63)	2.850 (123)	4.312 (184)
Sachsen-Anhalt	980 (48)	4.036 (197)	980 (48)
Bremen	867 (142)	667 (109)	599 (97)

Zu Kapitel 3: Videofallkonferenzen**Zu 3.3: Leistungsentwicklung der Videofallkonferenz**

Tabelle 57 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € der GOP 01442 pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

GOP 01442	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
Abrechnungshäufigkeit	5.734	3.061	2.276	2.732	3.310	2.499	2.380	2.138
Leistungsbedarf in €	54.858	29.313	21.798	26.158	32.099	24.207	23.060	20.716

Tabelle 58 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Videofallkonferenz (GOP 01442) nach KV-Bezirken im Jahr 2022. Dargestellt sind die absolute Abrechnungshäufigkeit und in Klammern die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.

KV-Bezirk	Abrechnungshäufigkeit GOP 01442 (je 100.000 Versicherte)		
	2020	2021	2022
Nordrhein	2.247 (27)	2.326 (28)	2.328 (28)
Niedersachsen	3.251 (46)	1.740 (24)	1.724 (24)
Bayern	4.423 (39)	2.449 (22)	1.178 (10)
Sachsen	1.952 (51)	1.232 (32)	863 (23)
Westfalen-Lippe	1.934 (26)	1.029 (14)	742 (10)
Hessen	1.588 (29)	847 (15)	676 (12)
Baden-Württemberg	1.669 (18)	1.213 (13)	568 (6)
Schleswig-Holstein	1.114 (44)	209 (8)	527 (21)
Rheinland-Pfalz	1.123 (32)	384 (11)	460 (13)
Hamburg	417 (24)	520 (30)	328 (19)
Mecklenburg-Vorpommern	350 (24)	375 (26)	236 (16)
Thüringen	405 (21)	450 (23)	215 (11)
Berlin	744 (23)	278 (8)	168 (5)
Brandenburg	382 (17)	270 (12)	124 (5)
Sachsen-Anhalt	381 (18)	151 (7)	98 (5)
Saarland	362 (42)	266 (31)	63 (7)
Bremen	166 (27)	64 (10)	29 (5)

Tabelle 59 Abrechnungshäufigkeit der Videofallkonferenz (GOP 01442) nach Einrichtungen im Jahr 2022. In Klammern ist die mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung angegeben.

Einrichtung	Abrechnungshäufigkeit GOP 01442 im Jahr 2022 (durchschnittliche Abrechnungen je Einrichtung)
Einzelpraxis	5.992 (21)
Gemeinschaftspraxis	3.883 (25)
Krankenhaus	9 (9)
MVZ	360 (12)
Sonstige	83 (83)

Tabelle 60 Abrechnungshäufigkeit der Videofallkonferenz (GOP 01442) nach Fachgruppen im Jahr 2022. Dargestellt sind die Abrechnungshäufigkeit (AH) pro Fachgruppe, die Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe und die Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe (n Ä).

Fachgruppe	Gesamtanzahl Ärztinnen/ Ärzte	Abrechnungshäufigkeit (AH) und Anzahl ab- rechnender Ärztinnen/Ärzte (n Ä) im Jahr 2022	
		GOP 01442	
		AH	n Ä
Hausärztinnen/-ärzte	63.390	7.563	373
Neurologie und Nervenheilkunde	5.289	677	40
Urologie	3.893	432	11
Kinder- und Jugendmedizin	8.954	356	25
Psychiatrie	3.573	312	7
Gynäkologie	13.500	218	19
Dermatologie	4.318	202	23
Innere Medizin	14.185	164	16
Psychotherapie	36.297	143	25
Sonstige	17.730	111	6
Orthopädie	9.007	67	11
Chirurgie	7.988	41	9
HNO und Phoniatrie	4.865	20	12
Augenheilkunde	6.920	18	≤5
Physikalische und Rehab. Med.	655	≤5	≤5
Anästhesiologie	4.172	≤5	≤5
Humangenetik	337	.	.
Psychosomatische Medizin	2.319	.	.
Radiologie/Nuklearmed./Strahlenth.	6.958	.	.

Zu Kapitel 4: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz**Zu 4.3 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz**

Tabelle 61 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € aller Leistungen des Telemonitoring Herzinsuffizienz im Quartalsverlauf und insgesamt für das Jahr 2022 (2.-4. Quartal). PBA = Primärbehandelnde Ärztinnen/Ärzte. TMZ = Telemedizinische Zentren.

Funktion	Leistung	Abrechnungshäufigkeit 2022				Leistungsbedarf 2022 in €			
		2022/2	2022/3	2022/4	Gesamt 2022	2022/2	2022/3	2022/4	Gesamt 2022
PBA	GOP 03325	259	324	256	839	1.896	2.371	1.874	6.141
	GOP 04325	8	11	≤5	23	59	81	29	168
	GOP 13578	1.610	2.425	2.390	6.425	11.786	17.754	17.504	47.044
	GOP 03326	326	301	360	987	4.703	4.341	5.192	14.236
	GOP 04326	≤5	.	≤5	≤5	29	.	29	58
	GOP 13579	1.374	2.412	3.245	7.031	19.809	34.825	46.824	101.457
TMZ	GOP 13583	531	929	1.396	2.856	5.682	9.962	14.949	30.593
	GOP 13584	2.072	2.501	3.332	7.905	256.782	309.897	412.959	979.639
	GOP 13585	916	1.322	1.299	3.537	24.254	35.001	34.395	93.651
	GOP 13586	59	460	929	1.448	13.959	109.671	220.481	344.111
	GOP 13587	12	42	76	130	318	1.112	2.012	3.442
	GOP 40910	32	429	888	1.349	2.176	29.172	60.384	91.732

Zu 4.4 Regionale Abrechnungshäufigkeit für das Telemonitoring Herzinsuffizienz

Tabelle 62 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen des Telemonitoring Herzinsuffizienz, die primärbehandelnde Ärztinnen/Ärzte (PBA) betreffen, nach KV-Bezirken für das Jahr 2022 (2.-4. Quartal). Dargestellt sind die absolute Abrechnungshäufigkeit und in Klammern die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.

KV-Bezirk	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (je 100.000 Versicherte)					
	GOP 03325	GOP 03326	GOP 04235	GOP 04326	GOP 13578	GOP 13579
Berlin	176 (5,3)	40 (1,2)	.	.	230 (6,9)	321 (9,7)
Baden-Württemberg	28 (0,3)	58 (0,6)	≤5 (0,0)	.	1.232 (12,9)	997 (10,5)
Brandenburg	12 (0,5)	28 (1,2)	.	.	57 (2,4)	363 (15,5)
Bayern	208 (1,8)	271 (2,4)	≤5 (0,0)	≤5 (0,0)	438 (3,8)	771 (6,7)
Bremen	.	6 (1,0)	.	.	7 (1,1)	7 (1,1)
Hessen	23 (0,4)	56 (1,0)	≤5 (0,0)	.	231 (4,2)	264 (4,8)
Hamburg	≤5 (0,1)	13 (0,7)	.	.	100 (5,7)	340 (19,5)
Mecklenburg-Vorpommern	16 (1,1)	36 (2,4)	≤5 (0,1)	.	303 (20,6)	515 (35,0)
Niedersachsen	66 (0,9)	120 (1,7)	≤5 (0,0)	.	129 (1,8)	795 (11,1)
Nordrhein	66 (0,8)	78 (0,9)	8 (0,1)	.	199 (2,4)	223 (2,6)
Rheinland-Pfalz	3 (0,1)	53 (1,5)	.	≤5 (0,0)	207 (5,9)	88 (2,5)
Sachsen-Anhalt	52 (2,5)	49 (2,4)	.	.	2.649 (129,4)	1.460 (71,3)
Schleswig-Holstein	6 (0,2)	23 (0,9)	≤5 (0,1)	≤5 (0,0)	≤5 (0,1)	97 (3,8)
Saarland	5 (0,6)	6 (0,7)	.	.	.	.
Sachsen	21 (0,6)	15 (0,4)	.	.	164 (4,3)	182 (4,8)
Thüringen	27 (1,4)	51 (2,6)	≤5 (0,1)	.	246 (12,6)	≤5 (0,3)
Westfalen-Lippe	129 (1,7)	84 (1,1)	≤5 (0,0)	.	231 (3,1)	603 (8,1)

*Tabelle 63 Abrechnungshäufigkeit von GOP des Telemonitoring Herzinsuffizienz, **die telemedizinische Zentren (TMZ) betreffen**, in Bezug auf die KV-Bezirke für das Jahr 2022 (2.-4. Quartal). Dargestellt sind die absolute Abrechnungshäufigkeit und die normierte Abrechnungshäufigkeit in Bezug auf 100.000 Versicherte.*

KV-Bezirk	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (je 100.000 Versicherte)					
	GOP 13583	GOP 13584	GOP 13585	GOP 13586	GOP 13587	GOP 40910
Berlin	216 (6,5)	543 (16,4)	450 (13,6)	25 (0,8)	.	24 (0,7)
Baden-Württemberg	298 (3,1)	1.352 (14,2)	1.002 (10,5)	97 (1,0)	31 (0,3)	87 (0,9)
Brandenburg	85 (3,6)	583 (24,9)	.	.	.	.
Bayern	434 (3,8)	735 (6,4)	290 (2,5)	301 (2,6)	.	245 (2,1)
Bremen	8 (1,3)	≤5 (0,2)	.	7 (1,1)	.	7 (1,1)
Hessen	89 (1,6)	324 (5,9)	255 (4,6)	36 (0,7)	≤5 (0,1)	36 (0,7)
Hamburg	178 (10,2)	13 (0,7)	.	397 (22,7)	.	396 (22,7)
Mecklenburg-Vorp.	435 (29,6)	499 (33,9)	7 (0,5)	100 (6,8)	.	98 (6,7)
Niedersachsen	70 (1,0)	800 (11,2)	166 (2,3)	9 (0,1)	≤5 (0,0)	6 (0,1)
Nordrhein	213 (2,5)	189 (2,2)	89 (1,1)	127 (1,5)	6 (0,1)	121 (1,4)
Rheinland-Pfalz	64 (1,8)	132 (3,8)	.	28 (0,8)	.	28 (0,8)
Sachsen-Anhalt	210 (10,3)	1.491 (72,8)	1.114 (54,4)	66 (3,2)	54 (2,6)	63 (3,1)
Schleswig-Holstein	26 (1,0)	223 (8,8)	.	26 (1,0)	.	21 (0,8)
Sachsen	113 (3,0)	254 (6,7)	.	14 (0,4)	.	14 (0,4)
Thüringen	139 (7,1)	266 (13,6)	164 (8,4)	54 (2,8)	34 (1,7)	52 (2,7)
Westfalen-Lippe	278 (3,7)	500 (6,7)	.	161 (2,1)	.	151 (2,0)

Zu 4.6: Stand der Versorgungseinrichtungen für Telemonitoring Herzinsuffizienz

Tabelle 64 a: Anzahl abrechnender Telemedizinischer Zentren (TMZ) im 4. Quartal 2022 nach KV-Bezirken. Definition abrechnendes TMZ: Abrechnung mind. einer GOP 13584 oder GOP 13586; b: Anzahl abrechnender primärbehandelnder Ärztinnen/Ärzte (PBA) im 4. Quartal 2022. Definition abrechnende/r PBA: Abrechnung mind. einer GOP 03326, GOP 04326 oder GOP 13579

a

KV-Bezirk	Anzahl abrechnender TMZ
Bayern	28
Baden-Württemberg	16
Berlin	9
Sachsen	7
Sachsen-Anhalt	7
Nordrhein	6
Hamburg	≤5
Hessen	≤5
Mecklenburg-Vorpommern	≤5
Thüringen	≤5
Westfalen-Lippe	≤5
Niedersachsen	≤5
Rheinland-Pfalz	≤5
Brandenburg	≤5
Schleswig-Holstein	≤5
Bremen	≤5
Saarland	0
Gesamt	113

b

KV-Bezirk	Anzahl abrechnender PBA
Bayern	60
Niedersachsen	37
Nordrhein	33
Baden-Württemberg	29
Westfalen-Lippe	24
Thüringen	23
Sachsen-Anhalt	21
Rheinland-Pfalz	18
Hessen	17
Sachsen	17
Berlin	15
Mecklenburg-Vorpommern	13
Schleswig-Holstein	12
Brandenburg	7
Hamburg	≤5
Bremen	≤5
Saarland	≤5
Gesamt	337

Zu Kapitel 5: Telemedizinische Funktionsanalyse

Zu 5.3 Leistungsentwicklung der telemedizinischen Funktionsanalyse

Tabelle 65 Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD- (GOP 13574, GOP 04414 (Kinder)) und CRT-Aggregaten (GOP 13576, GOP 04416 (Kinder)) pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Abrechnungshäufigkeit 2021				Abrechnungshäufigkeit 2022			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 04414	6	6	≤5	≤5	≤5	≤5	≤5	9
GOP 04416	≤5	.	≤5	.	.	≤5	.	≤5
GOP 13574	5.534	5.971	6.702	6.842	6.386	6.446	6.307	6.325
GOP 13576	3.419	3.528	4.004	4.203	3.857	3.916	3.943	3.970

Tabelle 66 Leistungsbedarf in € der telemedizinischen Funktionsanalyse von ICD- (GOP 13574, GOP 04414 (Kinder)) und CRT-Aggregaten (GOP 13576, GOP 04416 (Kinder)) pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Leistungsbedarf 2021 in €				Leistungsbedarf 2022 in €			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 04414	489	489	151	244	412	165	412	742
GOP 04416	200	.	100	.	.	102	.	102
GOP 13574	245.923	264.995	297.434	303.421	287.106	290.367	283.548	284.263
GOP 13576	186.672	192.117	218.312	229.097	212.907	216.906	217.849	219.307

Tabelle 67 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr der Leistungen der telemedizinischen Funktionsanalyse. In Klammern ist die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit in % im Vergleich zum Vorjahr angegeben.

Jahr	Abrechnungshäufigkeit (Entwicklung in %)				Leistungsbedarf in €			
	GOP 04414	GOP 04416	GOP 13574	GOP 13576	GOP 04414	GOP 04416	GOP 13574	GOP 13576
2018	144	84	11.190	6.302	9.834	7.061	417.301	289.346
2019	22 (-85%)	6 (-93%)	14.304 (+28%)	8.590 (+36%)	1.703	585	616.645	455.515
2020	15 (-32%)	≤5 (-50%)	18.731 (+31%)	11.425 (+33%)	1.206	297	822.211	616.640
2021	17 (+13%)	≤5 (0%)	25.049 (+34%)	15.154 (+33%)	1.373	301	1.111.774	826.198
2022	21 (+24%)	≤5 (-33%)	25.464 (+2%)	15.686 (+4%)	1.732	203	1.145.284	866.968

Zu 5.4 Regionale Abrechnungshäufigkeit der telemedizinischen Funktionsanalyse sowie nach Einrichtungformen und Fachgruppen

Tabelle 68 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen der telemedizinischen Funktionsanalyse nach KV-Bezirken im Jahr 2022. Dargestellt sind die absolute Abrechnungshäufigkeit und in Klammern die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.

KV	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (je 100.000 Versicherte)			
	GOP 04414	GOP 04416	GOP 13574	GOP 13576
Brandenburg	.	.	2.209 (94)	1.770 (76)
Mecklenburg-Vorpommern	.	.	1.892 (129)	1.748 (119)
Westfalen-Lippe	≤5 (0)	.	2.749 (37)	1.628 (22)
Niedersachsen	17 (0)	.	2.121 (30)	1.456 (20)
Rheinland-Pfalz	≤5 (0)	≤5 (0)	2.069 (59)	1.374 (39)
Bayern	.	.	2.535 (22)	1.306 (11)
Berlin	.	.	1.210 (37)	911 (27)
Schleswig-Holstein	.	.	1.418 (56)	858 (34)
Baden-Württemberg	.	.	2.424 (25)	846 (9)
Thüringen	.	.	1.302 (67)	755 (39)
Nordrhein	.	.	1.336 (16)	737 (9)
Sachsen	.	.	1.014 (27)	713 (19)
Sachsen-Anhalt	.	.	1.226 (60)	611 (30)
Hessen	.	.	882 (16)	463 (8)
Saarland	.	.	269 (31)	205 (24)
Hamburg	.	.	386 (22)	156 (9)
Bremen	.	.	422 (68)	149 (24)

Tabelle 69 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur telemedizinischen Funktionsanalyse nach Einrichtungformen für das Jahr 2022. In Klammern ist die mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung angegeben.

Einrichtungform	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (durchschnittliche Abrechnungen je Einrichtung)			
	GOP 04414	GOP 04416	GOP 13574	GOP 13576
Gemeinschaftspraxis	20 (10)	.	11.094 (68)	6.968 (50)
Einzelpraxis	.	.	7.582 (44)	4.260 (33)
Sonstige	≤5 (1)	.	3.925 (109)	2.447 (102)
MVZ	.	≤5 (2)	2.863 (47)	2.011 (39)

Tabelle 70 Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zur telemedizinischen Funktionsanalyse nach Fachgruppen im Jahr 2022. Dargestellt sind die Abrechnungshäufigkeit (AH) pro Fachgruppe, die Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe und die Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe.

Fachgruppe	Gesamtanzahl Ärztinnen/ Ärzte	Abrechnungshäufigkeit (AH) und Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte (n Ä) im Jahr 2022							
		GOP 04414		GOP 04416		GOP 13574		GOP 13576	
		AH	n Ä	AH	n Ä	AH	n Ä	AH	n Ä
Hausärztinnen/ -ärzte	63.390	.	.	.	.	76	≤5	11	≤5
Kinder- und Ju- gendmedizin	8.954	20	≤5	≤5	≤5	.	.	.	.
Innere Medizin	14.185	.	.	.	.	24.066	629	14.734	481
Sonstige	17.730	≤5	≤5	.	.	1.322	12	941	6

Zu Kapitel 6: Telekonsiliarische Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen

Zu 6.3 Leistungsentwicklung der telekonsiliarische Befundbeurteilung

Tabelle 71 Abrechnungshäufigkeit der telekonsiliarische Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen - pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Abrechnungshäufigkeit 2021				Abrechnungshäufigkeit 2022			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 34800	12	72	69	76	40	22	102	67
GOP 34810	.	≤5	.	.	.	.	.	.
GOP 34820	27	23	18	12	28	7	≤5	11
GOP 34821	.	.	.	.	≤5	.	.	.

Tabelle 72 Leistungsbedarf in € der telekonsiliarischen Befundbeurteilung radiologischer Aufnahmen - pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Leistungsbedarf 2021 in €				Leistungsbedarf 2022 in €			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 34800	121	729	698	769	406	201	1022	678
GOP 34810	.	12	.	.	.	.	.	.
GOP 34820	829	706	553	368	871	218	155	342
GOP 34821	.	.	.	.	44	.	.	.

Zu Kapitel 7: Elektronische Patientenakte**Zu 7.3: Leistungsentwicklung der elektronischen Patientenakte**

Tabelle 73 Abrechnungshäufigkeit zur ePA pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022. Die GOP 01648 ist erst seit dem 01.01.2022 berechnungsfähig.

Leistung	Abrechnungshäufigkeit 2021				Abrechnungshäufigkeit 2022			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 01431	448	423	1.103	1.865	1.653	2.961	2.182	3.423
GOP 01647	3.207	9.235	15.736	30.069	26.129	25.575	24.717	27.546
GOP 01648	.	.	.	.	12.314	10.981	6.608	6.332

Tabelle 74 Leistungsbedarf in € zur ePA pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022. Die GOP 01648 ist erst seit dem 01.01.2022 berechnungsfähig.

Leistung	Leistungsbedarf 2021 in €				Leistungsbedarf 2022 in €			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 01431	148	140	364	617	561	1.005	740	1.161
GOP 01647	5.365	15.433	26.295	50.226	44.270	43.322	41.887	46.652
GOP 01648	.	.	.	.	123.493	110.119	66.276	63.502

Tabelle 75 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr zur ePA. In Klammern ist die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit in % im Vergleich zum Vorjahr angegeben.

Jahr	Abrechnungshäufigkeit (Entwicklung in %)			Leistungsbedarf in €		
	GOP 01431	GOP 01647	GOP 01648	GOP 01431	GOP 01647	GOP 01648
2021	3.839	58.247	.	1.269	97.318	.
2022	10.219 (+166%)	103.967 (+78%)	36.235	3.467	176.130	363.390

Zu 0: Regionale Abrechnungshäufigkeit für die elektronische Patientenakte sowie nach Einrichtungsformen

Tabelle 76 Abrechnungshäufigkeit zur ePA nach Einrichtungsformen für das Jahr 2022. In Klammern ist die mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung angegeben.

Einrichtungsform	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (durchschnittliche Abrechnungen je Einrichtung)		
	GOP 01431	GOP 01647	GOP 01648
Einzelpraxis	4.289 (35)	49.454 (242)	25.870 (70)
Gemeinschaftspraxis	2.833 (24)	47.143 (683)	7.622 (43)
Krankenhaus	≤5 (≤5)	1.106 (369)	12 (4)
MVZ	3.096 (77)	6.262 (626)	2.731 (114)
Sonstige	.	≤5 (2)	.

Zu Kapitel 8: Elektronische Kommunikation**Zu 8.3: Leistungsentwicklung eArztbriefe***Tabelle 77 Abrechnungshäufigkeit zu elektronischen Arztbriefen pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.*

Leistung	Abrechnungshäufigkeit 2021				Abrechnungshäufigkeit 2022			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 01660	81.349	50.937	73.017	151.610	270.782	393.903	736.271	942.023
Pseudo-GOP 86900	95.604	52.630	75.493	159.105	290.005	424.144	806.597	1.158.802
Pseudo-GOP 86901	102.782	69.313	83.189	102.973	150.153	217.401	399.666	600.467

Tabelle 78 Leistungsbedarf in € zu elektronischen Arztbriefen pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Leistungsbedarf 2021 in €				Leistungsbedarf 2022 in €			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 01660	8.979	5.631	8.063	16.744	30.021	43.643	81.559	104.471
Pseudo-GOP 86900	9.127	6.400	9.726	21.452	36.775	50.209	86.022	112.211
Pseudo-GOP 86901	13.127	8.940	11.134	14.345	24.079	42.475	85.858	132.737

Tabelle 79 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr für eArztbriefe. In Klammern ist die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit in % im Vergleich zum Vorjahr angegeben.

Jahr	Abrechnungshäufigkeit (Entwicklung in %)			Leistungsbedarf in €		
	GOP 01660	Pseudo-GOP 86900	Pseudo-GOP 86901	GOP 01660	Pseudo-GOP 86900	Pseudo-GOP 86901
2021	356.913	382.832	358.257	39.416	46.705	47.546
2022	2.342.979 (+556%)	2.679.548 (+600%)	1.367.687 (+282%)	259.693	285.217	285.149

Zu 8.4: Regionale Abrechnungshäufigkeit für eArztbriefe sowie nach Einrichtungenformen

Tabelle 80 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zu eArztbriefen nach KV-Bezirken. Dargestellt sind die absolute Abrechnungshäufigkeit und in Klammern die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.

KV-Bezirk	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (je 100.000 Versicherte)		
	GOP 01660	Pseudo-GOP 86900	Pseudo-GOP 86901
Berlin	28.911 (872)	29.016 (876)	47.981 (1.448)
Baden-Württemberg	253.501 (2.657)	253.501 (2.657)	100.470 (1.053)
Brandenburg	113.193 (4.834)	115.157 (4.918)	50.175 (2.143)
Bayern	343.660 (3.005)	343.671 (3.005)	198.583 (1.736)
Bremen	31.585 (5.110)	50.267 (8.133)	21.418 (3.465)
Hessen	91.506 (1.657)	94.286 (1.707)	37.903 (686)
Hamburg	20.605 (1.180)	44.279 (2.536)	31.608 (1.810)
Mecklenburg-Vorpommern	131.201 (8.918)	131.309 (8.925)	74.457 (5.061)
Niedersachsen	152.846 (2.130)	277.784 (3.872)	114.650 (1.598)
Nordrhein	129.773 (1.534)	191.203 (2.260)	89.760 (1.061)
Rheinland-Pfalz	53.912 (1.540)	143.041 (4.087)	53.617 (1.532)
Sachsen-Anhalt	201.093 (9.819)	201.326 (9.831)	119.341 (5.827)
Schleswig-Holstein	174.837 (6.864)	174.837 (6.864)	94.283 (3.702)
Saarland	20.288 (2.366)	33.803 (3.942)	9.747 (1.137)
Sachsen	198.505 (5.221)	198.505 (5.221)	106.652 (2.805)
Thüringen	154.402 (7.914)	154.402 (7.914)	97.245 (4.985)
Westfalen-Lippe	243.161 (3.246)	243.161 (3.246)	119.797 (1.599)

Tabelle 81 Abrechnungshäufigkeit für eArztbriefe nach Einrichtungenformen im Jahr 2022. In Klammern ist die mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung angegeben.

Einrichtungstyp	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (durchschnittliche Abrechnungen je Einrichtung)		
	GOP 01660	Pseudo-GOP 86900	Pseudo-GOP 86901
Einzelpraxis	1.194.274 (198)	1.338.530 (199)	746.213 (54)
Gemeinschaftspraxis	992.793 (377)	1.154.274 (380)	559.279 (87)
MVZ	154.245 (364)	184.843 (395)	61.035 (83)
Sonstige	1.667 (57)	1.901 (63)	1.160 (48)

Zu 8.5: Abrechnungshäufigkeit für eArztbriefe nach Fachgruppen

Tabelle 82 Abrechnungshäufigkeit für elektronische Arztbriefe nach Fachgruppen im Jahr 2022. Dargestellt sind die Abrechnungshäufigkeit (AH) pro Fachgruppe, die Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe und Anteil abrechnender Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe (% Ä).

Fachgruppe	Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte je Fachgruppe	Abrechnungshäufigkeit (AH) und Anteil abrechnender Ärztinnen/Ärzte (% Ä) im Jahr 2022					
		GOP 01660		Pseudo-GOP 86900		Pseudo-GOP 86901	
		AH	% Ä	AH	% Ä	AH	% Ä
Hausärztinnen/-ärzte	63.390	224.180	6	261.434	7	1.015.485	33
Kinder- und Jugendmedizin	8.954	28.730	5	31.946	6	29.684	16
Anästhesiologie	4.172	11.398	2	13.759	2	370	2
Augenheilkunde	6.920	60.297	7	66.125	8	9.355	4
Chirurgie	7.988	150.544	8	178.333	9	34.590	9
Dermatologie	4.318	39.304	9	43.373	10	2.821	8
Gynäkologie	13.500	43.687	8	53.281	9	45.066	15
HNO und Phoniatrie	4.865	97.468	13	108.853	15	20.125	12
Humangenetik	337	12	1	12	1	≤5	.
Innere Medizin	14.185	751.002	14	860.900	16	59.302	13
Labor	1.628	15.980	.	15.983	.	≤5	.
Neurologie und Nervenheilkunde	5.289	213.170	12	237.668	14	14.132	13
Orthopädie	9.007	260.058	11	294.853	13	110.055	17
Pathologie	1.369	5.567	.	5.566	.	13	.
Physikalische und Rehabilitative Medizin	655	9.474	12	10.117	12	5.074	13
Psychiatrie	3.573	53.485	7	61.927	8	936	5
Psychosomatische Medizin	2.319	126	1	167	1	10	.
Psychotherapie	36.297	1.652	.	1.841	.	81	.
Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	6.958	202.023	7	232.771	7	367	1
Urologie	3.893	134.161	14	150.647	15	17.157	13
Sonstige	17.730	40.661	1	49.992	1	3.059	1

Zu Kapitel 9: Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte**Zu 9.2.2: Leistungsentwicklung Notfalldatenmanagement**

Tabelle 83 Abrechnungshäufigkeit zum Notfalldatenmanagement pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Abrechnungshäufigkeit 2021				Abrechnungshäufigkeit 2022			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 01640	122.439	139.954	198.323	146.753	89.788	82.016	73.357	78.829
GOP 01641	23.751.998	40.911.971	53.643.774	69.219.189	71.953.444	72.559.687	75.266.639	81.481.854
GOP 01642	26	59	150	294	254	248	228	209

Tabelle 84 Leistungsbedarf in € zum Notfalldatenmanagement pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Leistungsbedarf 2021 in €				Leistungsbedarf 2022 in €			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 01640	2.179.437	2.469.827	3.508.312	1.718.735	808.877	739.059	660.989	710.402
GOP 01641	10.519.082	18.103.660	23.717.266	30.615.910	32.416.073	32.685.944	33.904.322	36.704.342
GOP 01642	3	6	17	32	28	27	25	23

Tabelle 85 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr für Notfalldatenmanagement. In Klammern ist die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit in % im Vergleich zum Vorjahr angegeben.

Jahr	Abrechnungshäufigkeit 2022 (Entwicklung in %)			Leistungsbedarf 2022 in €		
	GOP 01640	GOP 01641	GOP 01642	GOP 01640	GOP 01641	GOP 01642
2018	26	216.520	6	222	93.104	1
2019	33 (+27%)	13 (-100%)	11 (+83%)	286	6	1
2020	27.421 (+82.994%)	19.118.577 (+147.065.877%)	20 (+82%)	446.067	8.464.910	2
2021	607.469 (+2.115%)	187.526.932 (+881%)	529 (+2.545%)	9.876.311	82.955.919	58
2022	323.990 (-47%)	301.261.624 (+61%)	939 (+78%)	2.919.326	135.710.681	104

Zu 9.2.3: Regionale Abrechnungshäufigkeit des Notfalldatenmanagements sowie nach Fachgruppen und Einrichtungsformen

Tabelle 86 Regionale Abrechnungshäufigkeit der Leistungen zum Notfalldatenmanagement nach KV-Bezirken. Dargestellt sind die absolute Abrechnungshäufigkeit und in Klammern die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.

KV-Bezirk	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (je 100.000 Versicherte)		
	GOP 01640	GOP 01641	GOP 01642
Berlin	18.911 (571)	21.712.534 (655.175)	7 (.)
Baden-Württemberg	22.079 (231)	40.935.722 (429.090)	67 (1)
Brandenburg	28.014 (1.196)	10.763.783 (459.673)	8 (.)
Bayern	37.853 (331)	62.475.814 (546.216)	227 (2)
Bremen	8.337 (1.349)	430.350 (69.625)	≤5 (1)
Hessen	20.744 (376)	12.345.673 (223.572)	92 (2)
Hamburg	1.732 (99)	11.184.841 (640.559)	≤5 (.)
Mecklenburg-Vorpommern	8.495 (577)	9.706.101 (659.743)	. (.)
Niedersachsen	29.858 (416)	26.121.241 (364.097)	29 (.)
Nordrhein	27.684 (327)	25.358.567 (299.776)	206 (2)
Rheinland-Pfalz	13.449 (384)	17.908.791 (511.707)	122 (3)
Sachsen-Anhalt	25.847 (1.262)	11.379.640 (555.672)	7 (.)
Schleswig-Holstein	5.265 (207)	9.173.877 (360.185)	33 (1)
Saarland	1.700 (198)	4.625.930 (539.401)	24 (3)
Sachsen	20.354 (535)	13.883.229 (365.141)	58 (2)
Thüringen	26.226 (1.344)	7.459.352 (382.349)	46 (2)
Westfalen-Lippe	27.442 (366)	15.796.179 (210.898)	7 (.)

Tabelle 87 Abrechnungshäufigkeit für die Leistungen des Notfalldatenmanagements nach Fachgruppen im Jahr 2022. Dargestellt sind die Abrechnungshäufigkeit (AH) pro Fachgruppe, die Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe und die Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe (n Ä).

Fachgruppe	Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte je Fachgruppe	Abrechnungshäufigkeit (AH) und Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte (n Ä) im Jahr 2022					
		GOP 01640		GOP 01641		GOP 01642	
		AH	n Ä	AH	n Ä	AH	n Ä
Hausärztinnen/-ärzte	63.390	84.335	2.372	130.446.570	44.898	77	72
Kinder- und Jugendmedizin	8.954	5.601	214	17.680.014	5.870	≤5	≤5
Anästhesiologie	4.172	80	6	1.367.244	2.339	.	.
Augenheilkunde	6.920	9.512	46	17.828.001	4.853	≤5	≤5
Chirurgie	7.988	4.151	46	8.122.307	4.537	.	.
Dermatologie	4.318	6.840	70	13.322.145	2.976	.	.
Gynäkologie	13.500	121.834	1.085	25.357.470	9.409	841	74
HNO und Phoniatrie	4.865	5.602	69	14.621.583	3.465	≤5	≤5
Humangenetik	337	.	.	79.371	199	.	.
Innere Medizin	14.185	46.683	220	18.858.452	8.838	11	8
Labor	1.628	.	.	107.725	218	.	.
Neurologie und Nervenheilkunde	5.289	3.145	48	7.572.738	3.495	≤5	≤5
Orthopädie	9.007	19.888	130	18.410.778	6.005	.	.
Pathologie	1.369	.	.	147	28	.	.
Physikalische und Rehabilitative Medizin	655	293	≤5	957.869	484	.	.
Psychiatrie	3.573	204	13	3.606.698	2.480	≤5	≤5
Psychosomatische Medizin	2.319	7	≤5	280.030	1.458	.	.
Psychotherapie	36.297	168	7	2.979.366	17.898	.	.
Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	6.958	215	≤5	8.987.958	4.297	.	.
Urologie	3.893	15.325	71	8.434.480	2.531	≤5	≤5
Sonstige	17.730	107	15	2.240.678	1.433	.	.

Tabelle 88 Abrechnungshäufigkeit für die Leistungen des Notfalldatenmanagements im Jahr 2022 nach Einrichtungsformen. In Klammern ist die mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung angegeben.

Einrichtungsform	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (durchschnittliche Abrechnungen je Einrichtung)		
	GOP 01640	GOP 01641	GOP 01642
Einzelpraxis	236.451 (98)	155.071.101 (2.856)	863 (8)
Gemeinschaftspraxis	76.032 (82)	117.438.883 (7.840)	67 (2)
MVZ	11.493 (73)	28.114.677 (10.268)	9 (1)
Sonstige	14 (5)	636.963 (1.282)	. (.)

Zu Kapitel 10: Digitale Gesundheitsanwendungen

Zu 10.3: Leistungsentwicklung zu DiGA

Tabelle 89 Abrechnungshäufigkeit zu ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit DiGA pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Abrechnungshäufigkeit 2021				Abrechnungshäufigkeit 2022			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 01470	1.746	6.682	11.160	17.803	25.272	25.896	30.529	32.701
GOP 01471	84	362	485	558	836	756	845	931
GOP 01472	.	.	.	.	.	.	928	1.922

Tabelle 90 Leistungsbedarf in € für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit DiGA pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Leistungsbedarf 2021				Leistungsbedarf 2022			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4
GOP 01470	3.496	13.374	22.337	35.626	51.187	51.990	61.443	65.869
GOP 01471	598	2.578	3.453	3.975	6.026	5.420	6.064	6.613
GOP 01472	.	.	.	.	.	.	6.692	13.859

Tabelle 91 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € pro Jahr für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit DiGA. In Klammern ist die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit in % im Vergleich zum Vorjahr angegeben.

Jahr	Abrechnungshäufigkeit (Entwicklung in %)			Leistungsbedarf in €		
	GOP 01470	GOP 01471	GOP 01472*	GOP 01470	GOP 01471	GOP 01472*
2021	37.391	1.489	.	74.833	10.605	.
2022	114.398 (+206%)	3.368 (+126%)	2.850	230.489	24.123	20.550

* Bei der Zusatzpauschale zur DiGA Vivira (GOP 01472) gehen jeweils nur das 3. und 4. Quartal 2022 in die Jahressumme ein, da die Leistung zum 3. Quartal des Jahres eingeführt wurde.

Zu 10.4: Regionale Abrechnungshäufigkeit zu DiGA sowie nach Fachgruppen und Einrichtungsformen

Tabelle 92 Regionale Abrechnungshäufigkeit der ärztlichen Leistungen zu DiGA nach KV-Bezirken. Dargestellt sind die absolute Abrechnungshäufigkeit und in Klammern die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.

KV-Bezirk	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (je 100.000 Versicherte)		
	GOP 01470	GOP 01471	GOP 01472
Berlin	7.031 (212)	161 (5)	187 (6)
Baden-Württemberg	11.779 (123)	428 (4)	489 (5)
Brandenburg	3.252 (139)	104 (4)	34 (1)
Bayern	16.243 (142)	527 (5)	230 (2)
Bremen	1.415 (229)	28 (5)	10 (2)
Hessen	8.160 (148)	320 (6)	223 (4)
Hamburg	2.559 (147)	79 (5)	13 (1)
Mecklenburg-Vorpommern	1.404 (95)	45 (3)	16 (1)
Niedersachsen	12.131 (169)	430 (6)	106 (1)
Nordrhein	17.087 (202)	269 (3)	197 (2)
Rheinland-Pfalz	4.101 (117)	112 (3)	61 (2)
Sachsen-Anhalt	3.031 (148)	139 (7)	67 (3)
Schleswig-Holstein	3.772 (148)	151 (6)	58 (2)
Saarland	927 (108)	43 (5)	47 (5)
Sachsen	5.761 (152)	293 (8)	73 (2)
Thüringen	2.791 (143)	32 (2)	75 (4)
Westfalen-Lippe	12.954 (173)	207 (3)	964 (13)

Tabelle 93 Abrechnungshäufigkeit für die Leistungen im Zusammenhang mit DiGA nach Fachgruppen im Jahr 2022. Dargestellt sind die Abrechnungshäufigkeit (AH) pro Fachgruppe, die Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe und die Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe (n Ä).

Fachgruppe	Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte je Fachgruppe	Abrechnungshäufigkeit (AH) und Anzahl abrechnen- der Ärztinnen/Ärzte (n Ä) im Jahr 2022					
		GOP 01470		GOP 01471		GOP 01472	
		AH	n Ä	AH	n Ä	AH	n Ä
Hausärztinnen/-ärzte	63.390	33.476	8.783	1.408	711	276	118
Kinder- und Jugendmedizin	8.954	≤5	≤5	.	.	.	.
Anästhesiologie	4.172	747	98	.	.	.	.
Augenheilkunde	6.920	≤5	≤5	.	.	.	.
Chirurgie	7.988	2.336	186	43	3	136	23
Dermatologie	4.318	253	118	.	.	.	.
Gynäkologie	13.500	3.343	796	55	30	.	.
HNO und Phoniatrie	4.865	11.109	860	183	71	.	.
Innere Medizin	14.185	2.204	315	137	46	≤5	≤5
Neurologie und Nervenheil- kunde	5.289	5.011	555	292	74	.	.
Orthopädie	9.007	35.723	1.121	.	.	2.403	234
Physikalische und Rehabilita- tive Medizin	655	1.894	90	.	.	.	.
Psychiatrie	3.573	6.138	433	434	98	.	.
Psychosomatische Medizin	2.319	400	86	48	17	.	.
Psychotherapie	36.297	7.196	1.647	685	337	.	.
Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	6.958	14	9	.	.	.	.
Urologie	3.893	2.777	312	.	.	.	.
Sonstige	17.730	1.773	191	83	26	33	≤5

Tabelle 94 Abrechnungshäufigkeit für ärztliche Leistungen zu DiGA nach Einrichtungsformen im Jahr 2022. In Klammern ist die mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung angegeben.

Einrichtungsform	Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2022 (durchschnittliche Abrechnungen je Einrichtung)		
	GOP 01470	GOP 01471	GOP 01472
Einzelpraxis	57.507 (7)	2.186 (3)	831 (5)
Gemeinschaftspraxis	41.957 (10)	903 (2)	1.681 (16)
MVZ	14.868 (19)	277 (3)	338 (7)
Sonstige	66 (5)	≤5 (2)	. (.)

Zu Kapitel 12: Telekonsilien**Zu 12.3: Leistungsentwicklung für Telekonsilien***Tabelle 95 Abrechnungshäufigkeit zu Telekonsilien pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.*

Leistung	Abrechnungshäufigkeit 2021				Abrechnungshäufigkeit 2022			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 01670	9.571	8.142	7.363	7.643	9.036	8.435	8.779	9.352
GOP 01671	3.267	2.807	2.440	2.621	2.740	3.050	3.469	3.979
GOP 01672	898	652	515	585	713	554	578	643

Tabelle 96 Leistungsbedarf in € zu Telekonsilien in den Jahren 2021 und 2022 pro Quartal in den Jahren 2021 und 2022.

Leistung	Leistungsbedarf 2021 in €				Leistungsbedarf 2022 in €			
	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
GOP 01670	116.904	99.320	90.139	93.565	112.002	104.553	108.815	115.924
GOP 01671	46.535	40.037	34.779	37.337	39.517	43.987	49.998	57.385
GOP 01672	6.493	4.715	3.725	4.231	5.222	4.058	4.233	4.709

Tabelle 97 Jährliche Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf für die Leistungen zu Telekonsilien. Bei der Abrechnungshäufigkeit ist zusätzlich die Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent angegeben.

Jahr	Abrechnungshäufigkeit (Entwicklung in %)			Leistungsbedarf in €		
	GOP 01670	GOP 01671	GOP 01672	GOP 01670	GOP 01671	GOP 01672
2021	32.719	11.135	2.650	399.929	158.688	19.164
2022	35.602 (+9%)	13.238 (+19%)	2.488 (-6%)	441.293	190.886	18.222

Zu 12.4: Abrechnungshäufigkeit für Telekonsilien – regional, nach Fachgruppen und Einrichtungsformen

Tabelle 98 Regionale Abrechnungshäufigkeit für Telekonsilien nach KV-Bezirken. Dargestellt sind die absolute Abrechnungshäufigkeit und in Klammern die normierte Abrechnungshäufigkeit je 100.000 Versicherte.

KV-Bezirk	Abrechnungshäufigkeit nach KV-Bezirken im Jahr 2022 (je 100.000 Versicherte)		
	GOP 01670	GOP 01671	GOP 01672
Berlin	3.470 (105)	136 (4)	23 (1)
Baden-Württemberg	10.426 (109)	4.249 (45)	1.380 (14)
Brandenburg	361 (15)	54 (2)	11 (0)
Bayern	6.215 (54)	2.620 (23)	358 (3)
Bremen	602 (97)	140 (23)	31 (5)
Hessen	686 (12)	193 (3)	14 (0)
Hamburg	785 (45)	130 (7)	35 (2)
Mecklenburg-Vorpommern	1.009 (69)	442 (30)	60 (4)
Niedersachsen	3.047 (42)	736 (10)	284 (4)
Nordrhein	2.600 (31)	2.367 (28)	99 (1)
Rheinland-Pfalz	1.427 (41)	155 (4)	8 (0)
Sachsen-Anhalt	36 (2)	14 (1)	11 (1)
Schleswig-Holstein	1.532 (60)	587 (23)	25 (1)
Saarland	117 (14)	11 (1)	1 (0)
Sachsen	747 (20)	507 (13)	20 (1)
Thüringen	797 (41)	176 (9)	96 (5)
Westfalen-Lippe	1.745 (23)	721 (10)	32 (0)

Tabelle 99 Abrechnungshäufigkeit für Telekonsilien nach Fachgruppen. Dargestellt sind die Abrechnungshäufigkeit (AH) pro Fachgruppe, die Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe und die Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte pro Fachgruppe (n Ä).

Fachgruppe	Gesamtanzahl Ärztinnen/Ärzte je Fachgruppe	Abrechnungshäufigkeit (AH) und Anzahl abrechnender Ärztinnen/Ärzte (n Ä) im Jahr 2022					
		GOP 01670		GOP 01671		GOP 01672	
		AH	n Ä	AH	n Ä	AH	n Ä
Hausärztinnen/-ärzte	63.390	18.509	1.556	2.660	550	288	58
Kinder- und Jugendmedizin	8.954	1.004	136	666	57	94	18
Anästhesiologie	4.172	58	14	74	15	.	.
Augenheilkunde	6.920	154	11	500	10	58	≤5
Chirurgie	7.988	881	76	476	41	39	7
Dermatologie	4.318	1.947	62	184	36	104	8
Gynäkologie	13.500	3.911	296	661	176	162	16
HNO und Phoniatrie	4.865	1.187	29	121	21	43	≤5
Humangenetik	337	≤5	≤5	≤5	≤5	≤5	≤5
Innere Medizin	14.185	3.869	261	5.030	236	858	56
Labor	1.628	.	.	≤5	≤5	.	.
Neurologie und Nervenheilkunde	5.289	689	59	806	56	131	24
Orthopädie	9.007	1.007	78	303	46	22	10
Pathologie	1.369	.	.	153	≤5	209	≤5
Physikalische und Rehabilitative Medizin	655	184	12	51	7	23	≤5
Psychiatrie	3.573	216	30	467	38	117	9
Psychosomatische Medizin	2.319	14	7	6	≤5	.	.
Psychotherapie	36.297	243	83	104	41	90	12
Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	6.958	585	38	89	19	18	10
Urologie	3.893	999	88	837	50	222	22
Sonstige	17.730	144	16	46	15	7	≤5

Tabelle 100 Abrechnungshäufigkeit für Telekonsilien nach Einrichtungsformen im Jahr 2022. In Klammern ist die mittlere Abrechnungshäufigkeit pro Einrichtung angegeben.

Einrichtungsform	Abrechnungshäufigkeit nach Einrichtungsformen (durchschnittliche Abrechnungen je Einrichtung) im Jahr 2022		
	GOP 01670	GOP 01671	GOP 01672
Einzelpraxis	16.917 (14)	5.648 (9)	1.333 (12)
Gemeinschaftspraxis	15.380 (23)	5.667 (16)	728 (12)
Krankenhaus	59 (4)	206 (17)	13 (3)
MVZ	3.184 (21)	1.703 (17)	408 (16)
Sonstige	62 (6)	14 (2)	6 (2)

Zu Kapitel 15: Notfallpauschalen per Videosprechstunde**Zu 15.3 Leistungsentwicklung für Notfallpauschalen per Videosprechstunde**

Tabelle 101 Abrechnungshäufigkeit und Leistungsbedarf in € für Notfallpauschalen I (GOP 01210V) und II (GOP 01212V) als Videoleistungen seit der Einführung im 3. Quartal 2022.

Leistung	Abrechnungshäufigkeit 2022		Leistungsbedarf 2022 in €	
	2022/3	2022/4	2022/3	2022/4
GOP 01210V	≤5	32	24	389
GOP 01212V	12	95	237	1.878

