

## Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis .....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis .....	3
	Executive Summary .....	4
1.	Hintergrund .....	8
2.	Rahmenbedingungen .....	13
2.1	Bewusstsein und Bedarf.....	13
2.1.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	13
2.1.2	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen .....	13
2.2	Videosprechstunden-Software .....	25
2.2.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	25
2.2.1	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen .....	26
2.3	Vergütung.....	28
2.3.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	28
2.3.2	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen .....	30
2.4	Vermittlung von Kompetenzen .....	36
2.4.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	36
2.4.2	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen .....	37
3.	Handlungsfelder in der Praxis .....	41
3.1	Individuelle Infrastruktur .....	41
3.1.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	41
3.1.2	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen .....	42
3.2	Organisation und Durchführung .....	43
3.2.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	43
3.2.2	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen .....	44
4.	Zusammenfassende Empfehlungen .....	47
IV.	Referenzen .....	49

## **I. Abkürzungsverzeichnis**

AU	Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen
BA-Beschluss	Beschluss des Bewertungsausschusses Ärzte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
BT-Drucksache	Bundestags-Drucksache
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition/-en
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung/-en
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
SmED	Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland

## **II. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Projektablauf und Methodik.....	9
Abbildung 2: Handlungsfelder und Herausforderungen bei der Implementierung und Durchführung von Videosprechstunden .....	11
Abbildung 3: Einschätzung zu Versorgungsanlässen aus Perspektive von Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung.....	17
Abbildung 4: Zustimmung zur Möglichkeit der ausschließlichen Nutzung von Videosprechstunden im Behandlungsfall nach (aggregierten) Fachgruppen (Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung).....	24
Abbildung 5: Bundesärztekammer-Curriculum für Fortbildungen zur Videosprechstunde....	38
Abbildung 6: Exemplarischer Workflow zur Implementierung von Videosprechstunden .....	45
Abbildung 7: Exemplarischer Workflow zur Durchführung von Videosprechstunden in der Praxis.....	46

## **III. Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Teilnehmende am Abschluss-Symposium im Projekt PräVi.....	12
Tabelle 2: Einschätzung zu Versorgungsanlässen von Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung nach aggregierten Fachgruppen.....	19
Tabelle 3: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der hausärztlichen Versorgung.....	21
Tabelle 4: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der fachärztlichen Versorgung .....	22
Tabelle 5: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung.....	23
Tabelle 6: Einschätzung von Kinder- und Jugend-Ärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen zum Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und/oder Jugendlichen (Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung) .....	25

## **Executive Summary**

Obwohl vielfältige Chancen und Vorteile mit dem Einsatz der Videosprechstunde (VS-Einsatz) in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung assoziiert werden, finden diese nur zögerlich Einzug in die Versorgung. Erst mit Beginn der Covid-19-Pandemie stieg die absolute Anzahl durchgeführter Videosprechstunden deutlich, wobei selbst zu Hochzeiten des Infektionsgeschehens nur ein extrem geringer Anteil aller Behandlungsfälle Videosprechstunden umfasste. Mit dem Abflachen des Infektionsgeschehens ging auch die VS-Nutzung zurück, verblieb jedoch auf einem höheren Niveau als vor der Pandemie (Hüer et al., 2025). Ziel dieses Blueprints, der im Rahmen des PräVi-Projektes (01VSF20011) entstanden ist, ist es daher, praxisorientierte und versorgungsnahе Handlungsempfehlungen für den Gesetzgeber, die Partner der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Selbstverwaltung, die einzelnen medizinischen Leistungserbringenden sowie die Patient:innen aufzuzeigen, um den präferenzgerechten VS-Einsatz zu fördern.

Methodischer Hintergrund dieser Handlungsempfehlungen ist ein Mixed-Methods-Ansatz, der qualitative und quantitative Methoden verbindet. Ausgangspunkt bildete eine systematische Recherche zu Einsatzmöglichkeiten von Videosprechstunden sowie Hürden bei deren Implementierung. Anhand von GKV-Abrechnungsdaten (2017-2023) wurde der Ist-Stand der VS-Nutzung erhoben. In Diskussionsrunden mit Leistungserbringenden und Versicherten wurden Erfahrungen mit der Videosprechstunde diskutiert. Kern der Studie bildete eine Befragung von Leistungserbringenden und Versicherten. Die Ergebnisse wurden in Workshops sowie in einem Abschluss-Symposium diskutiert und in Handlungsempfehlungen überführt.

Sechs Handlungsfelder für die Implementierung und Durchführung von Videosprechstunden wurden identifiziert, die sich zwei Ebenen zuordnen lassen: So umfassen die Handlungsfelder "Bewusstsein und Bedarf", "Videosprechstunden-Software", "Vergütung" sowie "Vermittlung von Kompetenzen" übergeordnete Rahmenbedingungen. Die zweite Ebene umfasst Handlungsfelder in der Praxis, zu denen die "Individuelle Infrastruktur" sowie die "Organisation und Durchführung" gehören.

### **Bewusstsein und Bedarf**

In der PräVi-Studie wurde eine Diskrepanz zwischen dem Interesse der Versicherten an Videosprechstunden und der verbreiteten Auffassung von Leistungserbringenden, ihre Versicherten wünschten keine Videosprechstunden deutlich. Zudem war einem relevanten Anteil der Versicherten nicht bewusst, dass Videosprechstunden als Alternative zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in Anspruch genommen werden können. Das fehlende Wissen zur Existenz der Videosprechstunde ist jedoch kein isoliertes Problem einzelner Versichertengruppen (z. B. älterer Menschen), sodass für Aufklärungskampagnen eine breit angelegte Vorgehensweise

über soziale Medien und postalische Informationen zu empfehlen ist. Dabei könnten zum einen die Vorteile der VS-Nutzung für Versicherte betont werden, um den Bedarf bei diesen zu wecken, der dann an Leistungserbringende herangetragen werden kann (Pull-Strategie). Außerdem könnte es hilfreich sein, auf geeignete Einsatzmöglichkeiten für die Videosprechstunde hinzuweisen, um Versicherte bereits im Vorfeld zu befähigen, besser abschätzen zu können, ob ihre Anliegen für eine Videosprechstunde geeignet sind, sodass eine gewisse Selbstselektion erfolgt. Da Leistungserbringende die zentralen Gate-Keeper zum VS-Einsatz zu sein scheinen, ist es zudem wichtig, diesen ein positives Aufwand-Nutzen-Verhältnis aufzuzeigen. Insbesondere auf die neu geschaffene Möglichkeit der Arbeit aus dem Home-Office, das flexiblere Füllen von Lücken im Terminkalender sowie auf die Bedeutung im Wettbewerb um die Gewinnung bzw. das Halten von Praxispersonal sollte hingewiesen werden. Leistungserbringende könnten zudem davon profitieren, zu erfahren, wofür Kolleg:innen (der gleichen Fachgruppe) mit VS-Erfahrung Videosprechstunden einsetzen. Daher sollte zu geeigneten Einsatzmöglichkeiten (u. a. Versorgungsanlässe, Indikationen, gezielte Einbindung in die Patientenbehandlung) aufgeklärt werden. Die Ergebnisse der im Rahmen der PräVi-Studie durchgeführten Befragung könnten Anhaltspunkte dafür liefern. Ziel dabei ist es nicht, einen abschließenden Katalog vorzustellen, sondern ein "Meinungsbild" von Leistungserbringenden mit VS-Erfahrung zu vermitteln, welches die Entscheidungsfindung unterstützen soll.

### Videosprechstunden-Software

Im Vergleich zu den anderen abgefragten Hürden waren Bedenken beim Datenschutz sowohl für Leistungserbringende als auch für Versicherte weniger relevant. Während einige Versicherte eine Gefährdung sensibler Daten befürchteten, empfanden andere den Datenschutz eher als überbewertet. Die Leistungserbringenden äußerten mehrheitlich Vertrauen in die zertifizierten Software-Systeme und sahen keinen Nachbesserungsbedarf. Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) definiert detaillierte Anforderungen an Videodienstanbieter. Diese Anforderungen umfassen sowohl Aspekte der Informationstechniksicherheit als auch des Datenschutzes. Betrachtet man die umfassenden Anforderungen genauer, scheint der Fokus notwendiger Maßnahmen insbesondere auf einer transparenten Einhaltung sowie Aufklärung über die bestehenden Regelungen zu liegen als in einer Erweiterung dieser (vgl. u. a. Handlungsfelder "Bewusstsein und Bedarf" und "Vermittlung von Kompetenzen").

### Vergütung

In der PräVi-Studie zeigte sich (auch unter Leistungserbringenden) ein geteiltes Bild zur Angemessenheit der Vergütungsstruktur und -höhe von Videosprechstunden. Die im Rahmen der Befragung durchgeführte Präferenzhebung ergab Anhaltspunkte darauf, dass eine reine Anhebung der Vergütung für Videosprechstunden ggf. kein angemessenes Instrument sein

könnte, um die Zielgruppen zu erreichen, die Videosprechstunden bislang nur zögerlich einsetzen (Leistungserbringende mit ländlichem Praxisstandort und Hausärzt:innen). Hier könnte durch eine höhere Vergütung eher ein Mitnahmeeffekt der Leistungserbringenden ausgelöst werden, die der Videosprechstunde gegenüber bereits überwiegend positiv eingestellt sind.

Vor dem Hintergrund des umfassenden gesetzlichen Auftrags durch das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz), den in der PräVi-Studie erhobenen hemmenden und fördernden Faktoren im Kontext der Vergütungssystematik und den verfügbaren Stellungnahmen relevanter Akteure der Selbstverwaltung wurden diverse Anpassungsansätze im Projekt diskutiert: Es wurde u. a. erörtert, wie eine bedarfsgerechte Vorgehensweise bei der Festlegung behandlungsfallbezogener Quoten erfolgen könnte. Diskutiert wurde(n): fachgruppenspezifische Quoten sowie eine Differenzierung nach dem Status "bekannte/r" / "unbekannte/r" Patient:in. Außerdem könnten Patient:innen mit einem Wohnort in schlecht versorgten Regionen nicht in den Quoten berücksichtigt werden, um deren Zugang zur Versorgung via Videosprechstunde zu fördern. Qualitätszuschläge wurden u. a. für Leistungserbringende diskutiert, die Leitfäden zur strukturierten Durchführung von Videosprechstunden einsetzen; hier wurde die Förderung einer strukturierten und qualitätsorientierten Versorgung betont, während zusätzliche Nachweispflichten, Prüfaufwände und Qualitätssicherungsanforderungen kritisch angemerkt wurden. Auch die Behandlung von Patient:innen aus schlecht versorgten Regionen per Videosprechstunde könnte mit Zuschlägen einhergehen. Mit einem Beschluss in der 778. Sitzung des Bewertungsausschusses Ärzte wurden die gesetzlichen Aufträge durch das Digital-Gesetz umgesetzt. Gemeinsamkeiten und Abweichungen von den im Projekt erarbeiteten Ansätzen werden in Kapitel 2.3 dargestellt.

### Vermittlung von Kompetenzen

Knapp die Hälfte der befragten Leistungserbringenden betrachteten ihre Erfahrung in der technischen Umsetzung von Videosprechstunden als hinderlich. Im Gegensatz dazu sahen nur knapp ein Fünftel der Versicherten eine fehlende Erfahrung als hindernden Faktor an; bestimmte vulnerable Gruppen (insb. ältere Personen, Nicht-Berufstätige) waren jedoch stärker betroffen. Vor diesem Hintergrund wünschten sich etwa zwei Drittel der Leistungserbringenden Schulungsangebote für sich und ihr Praxisteam sowie für ihre Patient:innen. Auch ein Großteil der Versicherten wünschte sich Informationsangebote zur Videosprechstunde. In der ärztlichen Ausbildung gibt es bislang keine standardisierten Module zur Telemedizin. Jedoch gibt es diverse Initiativen, Digitalkompetenzen in der ärztlichen Ausbildung zu schulen und im Curriculum zu etablieren. Dazu gehört insbesondere der 2021 veröffentlichte Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM 2.0), der im Sinne eines Kerncurriculums bislang noch Empfehlungscharakter für die Fakultäten hat, jedoch in der zukünftigen Approbationsordnung verankert und damit zukünftig verbindlich werden soll (BT-Drucksache

20/10321). Die Bundesärztekammer hat 2023 ein Curriculum für Fortbildungen zur Videosprechstunde veröffentlicht, dessen Umsetzung jedoch nur sehr zögerlich erfolgt. Darüber hinaus gibt es Seminare von privaten Schulungsunternehmen sowie von Herstellern der Videodienste. In den bestehenden Angeboten scheint jedoch die Einbindung von Videosprechstunden in den Praxisalltag nicht berücksichtigt, obwohl diese eine zentrale Herausforderung darstellt (vgl. Handlungsfeld "Organisation und Durchführung"). Außerdem werden weitere Angebote für medizinisches Praxispersonal sowie für Patient:innen benötigt.

### Individuelle Infrastruktur

Eine fehlende technische Ausstattung zeigte sich eher bei Leistungserbringenden als bei Versicherten. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass einigen Leistungserbringenden das notwendige Wissen über die oft niedrigschwellige Ausstattung für den VS-Einsatz gemäß § 4 Anlage 31b BMV-Ä fehlt. Zur Finanzierung der notwendigen Software zur Durchführung von Videosprechstunden ist im EBM eine eigene GOP (01450) vorgesehen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob für Leistungserbringende an dieser Stelle Maßnahmen notwendig sind. Patient:innen, denen eher die geeignete Technik fehlt und solche, die vermehrt ambulante Inanspruchnehmende sind, stimmen weitestgehend überein: chronisch kranke und ältere Personen. Speziell für diese Gruppen könnten unterstützende Maßnahmen bedacht werden. Eine durch das Digital-Gesetz initiierte Maßnahme in diesem Kontext ist der Anspruch auf die sogenannte "Assistierte Telemedizin in Apotheken". Eine ursprünglich bis zum 31. März 2025 gesetzlich vorgesehene Einigung zur konkreten Ausgestaltung und Vergütung dieser Leistungen wurde noch nicht erzielt (Stand Juni 2025).

### Organisation und Durchführung

Videosprechstunden werden von vielen Leistungserbringenden mit Mehrarbeit assoziiert, was ihre Akzeptanz und Verbreitung erheblich erschwert. Um eine angemessene Versorgungsqualität in Videosprechstunden zu gewährleisten und unnötige Inanspruchnahmen zu reduzieren, könnten Leistungserbringende für ihre Praxis Ein- und Ausschlusskriterien für die Umsetzbarkeit von Videosprechstunden definieren. Diese könnten auch dem Praxispersonal bei der Vergabe von VS-Terminen helfen oder die strukturierte Online-Terminvergabe unterstützen. Für die Definition von Ein- und Ausschlusskriterien könnten die in der PräVi-Studie erhobenen Befragungsergebnisse genutzt werden (vgl. Handlungsfeld "Bewusstsein und Bedarf"). Um Mehrarbeit in Praxen zu vermeiden, sollten klare Abläufe und Verantwortlichkeiten in der individuellen Praxis entwickelt werden. Operationalisiert werden könnte dies in strukturierten Ablaufdiagrammen, sogenannten SOPs (Standard Operation Procedure), die bspw. gemeinsam im Team einer Praxis oder übergreifend bspw. für Praxisnetze entwickelt werden könnten.

## 1. Hintergrund

In Deutschland können Videosprechstunden seit April 2017 abgerechnet werden; zunächst jedoch nur von wenigen Facharztgruppen und nur für ausgewählte Indikationen sowie Folgetermine. Im zweiten Quartal 2019 wurden diese Einschränkungen weitgehend aufgehoben und die Beurteilung der Angemessenheit einer Diagnose oder Behandlung per Videosprechstunde wurde in die Entscheidungsverantwortung des Arztes/der Ärztin gestellt (Bundestags [BT]-Drucksachen 20/4982, 19/6020). Obwohl vielfältige Chancen und Vorteile für Leistungserbringende und insbesondere Patient:innen mit dem Einsatz von Videosprechstunden in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung assoziiert werden, spielten diese von 2017 bis zur Covid-19-Pandemie kaum eine Rolle in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland (BT-Drucksache 19/6020).

An diese Thematik knüpfte das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderte Projekt mit dem Titel „Präferenzgerechter Einsatz von Videosprechstunden in ländlichen und städtischen Regionen“ (Förderkennzeichen 01VSF20011), im Folgenden kurz PräVi genannt, an. PräVi wurde noch vor der Covid-19-Pandemie geplant, startete im April 2021 und endete nach dann insgesamt 45 Monaten am 31. Dezember 2024. Das Studienkonsortium wurde durch den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen geleitet; Konsortialpartner im Projekt waren die Techniker Krankenkasse, die AOK Nordost, die AOK NordWest sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe.

Ziel des Projektes war die Entwicklung einer Strategie für den präferenzgerechten Einsatz der Videosprechstunde in städtischen und ländlichen Regionen. Dafür sollte untersucht werden, wie die Videosprechstunde genutzt werden kann, um die ambulante Versorgung sinnvoll zu ergänzen. Folgende Kernfragestellungen wurden thematisiert:

- Wie wird die Videosprechstunde aktuell in der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingesetzt?
- Welche Präferenzen haben Versicherte/Patient:innen und Leistungserbringende für den Videosprechstunden-Einsatz?
- Worin könnte ein Auseinanderfallen von tatsächlicher Nutzung und Einsatzmöglichkeiten/Präferenzen begründet sein? Was hemmt derzeit die Nutzung der Videosprechstunde auf Seite der Versicherten und Leistungserbringenden?
- Welche Rahmenbedingungen und Maßnahmen könnten den Videosprechstunden-Einsatz fördern? Wie sollten gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen ausgestaltet sein?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde die PräVi-Studie in mehrere Phasen unterteilt durchgeführt, die in Abbildung 1 dargestellt sind.

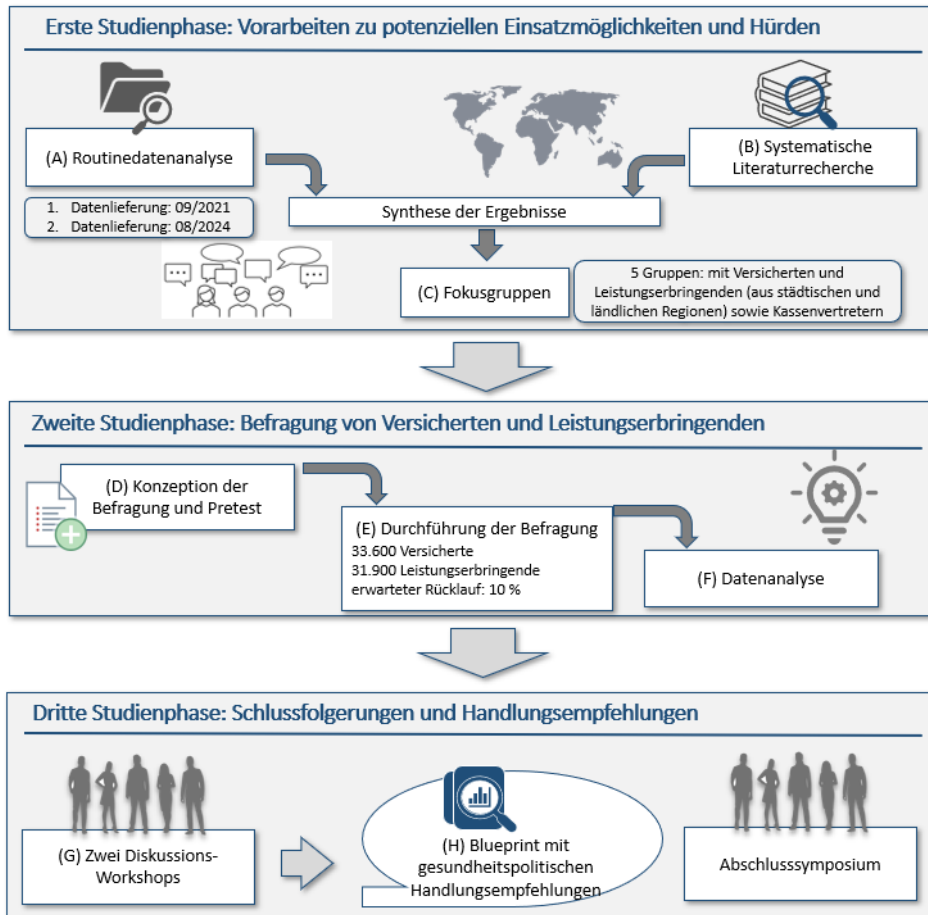


Abbildung 1: Projektablauf und Methodik

Ausgangspunkt bildete im Jahr 2021 eine systematische Recherche der nationalen und internationalen Studienlage zu den Einsatzmöglichkeiten von Videosprechstunden sowie möglichen Hürden bei der Implementierung. Parallel wurde anhand von Abrechnungsdaten der Jahre 2017 bis 2020 der beteiligten Krankenkassen und KVen der Status quo der Videosprechstunden-Nutzung in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung erhoben. Um die (insbesondere vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie) veränderte Inanspruchnahme von Videosprechstunden im Projektverlauf zu berücksichtigen, erfolgte zudem eine zweite (gekürzte) aggregierte Routinedatenlieferung, die die Jahre 2021 bis 2023 umfasste. Im Jahr 2022 wurden insgesamt fünf Fokusgruppendifkussionen durchgeführt. Hier waren medizinische Leistungserbringende und Versicherte aus städtischen und ländlichen Regionen sowie Vertreter:innen der beteiligten Krankenkassen involviert. In den Diskussionsrunden konnten die Versicherten und Ärzt:innen sowie psychologischen Psychotherapeut:innen einbringen, welche Erfahrungen sie bisher mit der Videosprechstunde gemacht haben und/oder welche Erwartungen sie an diese stellen. Kern der PräVi-Studie und dieser Handlungsempfeh-

lungen bildete eine Befragung zur Erhebung von Präferenzen für die Ausgestaltung von Videosprechstunden. Dabei wurden ca. 34.000 Mitglieder der beteiligten KVen kontaktiert; wenige Fachgruppen wie bspw. Labor- und Nuklearmediziner:innen waren von der Befragung ausgenommen. Außerdem wurden ca. 34.000 Versicherte der beteiligten Krankenkassen in den Regionen Westfalen-Lippe, Berlin, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern kontaktiert. Es antworteten ca. 18 % (5.930) der angeschriebenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen sowie 14 % (4.600) der Versicherten.

Wie eingangs erwähnt, wurden Videosprechstunden vor der Covid-19-Pandemie in der ambulanten Versorgung nahezu nicht genutzt. Erst mit Beginn der Pandemie, die zum Zeitpunkt der Antragserstellung noch nicht absehbar war, fand die Videosprechstunde deutlichen Zuspruch und ermöglichte in Teilbereichen eine Fortsetzung der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung. In diesem Zusammenhang wird oft von einem regelrechten "Boom" der Videosprechstunde berichtet. Betrachtet man jedoch die tatsächliche Entwicklung abgerechneter Videosprechstunden fällt zwar auf, dass sie in der Pandemie um ein Vielfaches angestiegen ist; dies hängt jedoch mehr mit der initial kaum vorhandenen Nutzung als mit einem flächendeckenden Einsatz der Videosprechstunde zusammen. Selbst im zweiten Quartal 2020, also zu Hochzeiten des Infektionsgeschehens, umfassten lediglich 0,5 % aller in der Routinedatenanalyse betrachteten Behandlungsfälle mindestens eine Videosprechstunde. Betrachtet man zudem die Entwicklung der Inanspruchnahme, dann spiegelte diese weitestgehend die Entwicklung des Covid-19 Infektionsgeschehens wider: Mit dem Abflachen des Infektionsgeschehens zeigte sich auch ein deutlicher Rückgang der Videosprechstunden-Nutzung; diese verblieb jedoch auf einem höheren Niveau als vor der Pandemie.

Es wird daher deutlich, dass die flächendeckende und längerfristige Anwendung von Videosprechstunden in der Zukunft nur gelingen kann, wenn Versicherte und insbesondere Ärzt:innen sowie psychologische Psychotherapeut:innen diese Form der Leistungserbringung auch außerhalb von Krisenzeiten und damit nicht nur als Notlösung akzeptieren, sie als eine sinnvolle Ergänzung zum persönlichen Kontakt ansehen und individuell Vorteile erkennen. Die zentrale Voraussetzung für die Schaffung von Akzeptanz – bezogen auf die Bereitschaft, Videosprechstunden anzubieten, aber auch auf die Bereitschaft, diese in Anspruch zu nehmen – ist daher die Berücksichtigung der Präferenzen der Beteiligten. Das initial und noch vor Beginn der Covid-19-Pandemie verfasste Ziel der Entwicklung einer Strategie für den präferenzgerechten Einsatz von Videosprechstunden, bleibt damit nach wie vor relevant.

Ziel dieser Blaupause ist es daher, praxisorientierte und versorgungsnahe Handlungsempfehlungen für den Gesetzgeber, die Partner der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Selbstverwaltung, die einzelnen medizinischen Leistungserbringenden sowie die Patient:in-

nen aufzuzeigen, um den präferenzgerechten Einsatz von Videosprechstunden zu fördern. Abbildung 2 stellt die in der PräVi-Studie identifizierten Handlungsfelder und Herausforderungen bei der Implementierung und Durchführung von Videosprechstunden dar.

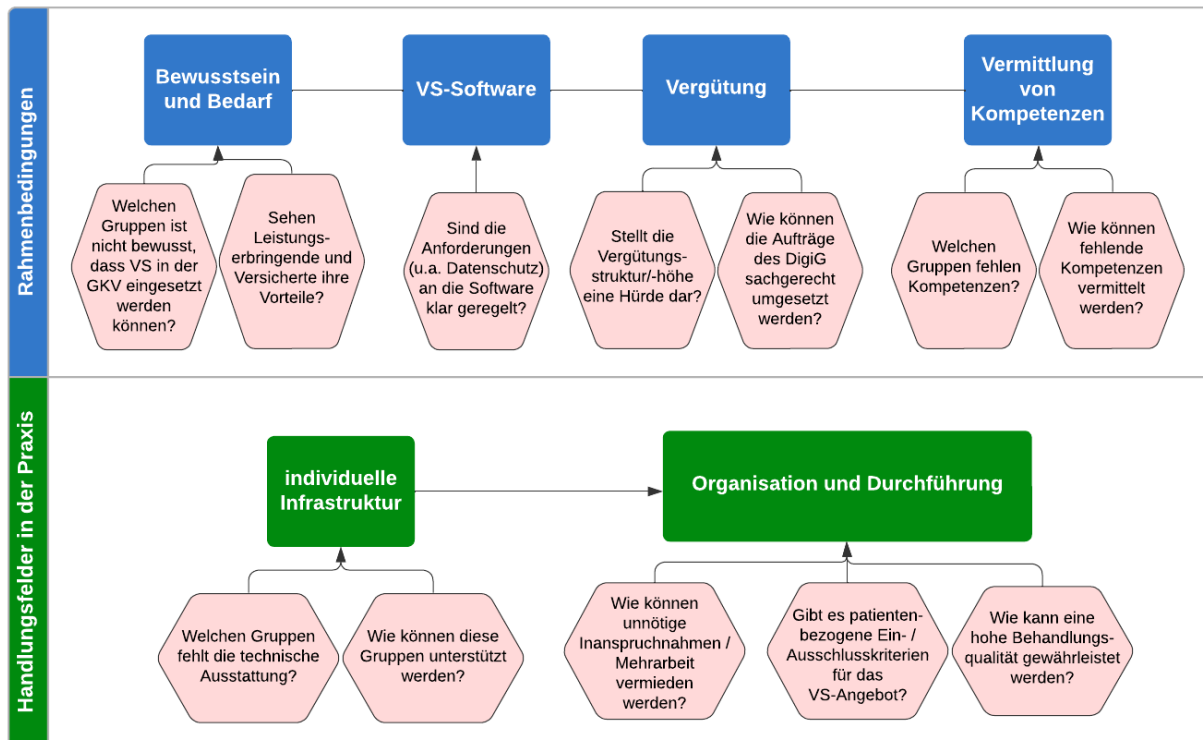


Abbildung 2: Handlungsfelder und Herausforderungen bei der Implementierung und Durchführung von Videosprechstunden

In den folgenden Kapiteln werden für jedes Handlungsfeld zunächst die grundsätzliche Problematik bzw. bestehende Herausforderungen erläutert und daran anknüpfend im Projekt erhobene Forderungen, Maßnahmen sowie aktuelle Initiativen als Lösungsansätze beschrieben. Dabei liegt der Fokus auf Handlungsfeldern bzw. Lösungsansätzen, die die Bereitschaft der medizinischen Leistungserbringenden, Videosprechstunden anzubieten, erhöhen sollen, da diese zurzeit der primäre Gate-Keeper zur flächendeckenden Implementierung von Videosprechstunden zu sein scheinen. So zeigte sich in der Analyse der hemmenden Faktoren für den Einsatz von Videosprechstunden aus der Befragung, dass derzeit nicht das fehlende Interesse der Mehrheit der Patient:innen, sondern eher das fehlende Angebot durch Leistungserbringende eine zentrale Hürde ist: 88 % der befragten Patient:innen gaben an, dass ihnen noch keine Videosprechstunde angeboten wurde, von diesen hätten jedoch 78 % Interesse daran, diese zu nutzen.

Die identifizierten Handlungsfelder lassen sich grob zwei Ebenen zuordnen. So umfassen die Handlungsfelder "Bewusstsein und Bedarf", "Videosprechstunden-Software", "Vergütung" sowie "Vermittlung von Kompetenzen" übergeordnete Rahmenbedingungen für den Einsatz von Videosprechstunden. Als Adressaten dieser Handlungsfelder werden zentrale Interessenvertretungen auf Bundes- und Landesebene sowie politische Akteure gesehen.

Zu den Handlungsfeldern in der Praxis gehören "Individuelle Infrastruktur" sowie "Organisation und Durchführung". Die hier beschriebenen Forderungen bzw. Maßnahmen richten sich an die Individualakteure in der Praxis, also insbesondere die medizinischen Leistungserbringenden mit ihrem Praxispersonal, aber auch an Patient:innen.

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen spiegeln die gemeinsame Position aller Konsortialpartner des PräVi-Projektes wider. Diese wurden im Rahmen eines Abschluss-Symposiums einem Fachpublikum vorgestellt, um das Verwertungspotenzial des Forschungsprojektes optimal auszuschöpfen. Das Feedback wurde nach gemeinsamem Ermessen des Konsortiums in die vorliegenden Handlungsempfehlungen eingearbeitet. Tabelle 1 stellt die am Symposium vertretenen Institutionen dar.

*Tabelle 1: Teilnehmende am Abschluss-Symposium im Projekt PräVi*

<b>Berufs- oder Fachverbände/Vertreter:innen von Leistungserbringenden</b>	
1	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
2	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
3	Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU)
4	Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)
5	Bundesärztekammer
6	KV Westfalen-Lippe
7	KV Berlin
8	KV Schleswig-Holstein
9	Berlin Institute of Health at Charité
10-14	Fünf weitere Vertretungen von Leistungserbringenden (auch auf Bundes- und Landesebene), ohne Einverständnis in Nennung der Institutsbezeichnung
<b>Krankenkassen(-verbände)</b>	
15	Techniker Krankenkasse
16	AOK Nordost
17	AOK NordWest
18	Kassenverband (Bund) ohne Einverständnis in Nennung der Institutsbezeichnung
<b>Patienten-/Selbsthilfverbände</b>	
19	SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e. V.
<b>Weitere Institutionen</b>	
20	gematik GmbH

## 2. Rahmenbedingungen

### 2.1 Bewusstsein und Bedarf

#### 2.1.1 Hintergrund und Problembeschreibung

Ein Viertel der befragten Versicherten hat noch nie etwas von der Videosprechstunde gehört. 88 % der Befragten, die noch keine Erfahrung mit Videosprechstunden haben, gaben an, dass ihnen noch keine Videosprechstunde angeboten wurde. Gleichzeitig können sich aber drei Viertel der Versicherten (78 %) grundsätzlich vorstellen, Videosprechstunden zu nutzen. In den Befragungsergebnissen stellt das fehlende Angebot aus Sicht der Versicherten die größte Hürde für die Nutzung von Videosprechstunden dar. Die Wahrnehmung unter den Leistungserbringenden ist allerdings konträr: 63 % der befragten Leistungserbringenden denken, dass ihre Patient:innen gar keine Videosprechstunden wünschen. Hier offenbart sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Wunsch der Versicherten, Videosprechstunden zu nutzen, und der Einschätzung der Leistungserbringenden. An dieser Stelle zeigt sich folglich auch, dass die Nicht-Nutzung von Videosprechstunden vermutlich häufig keine bewusste und freiwillige Entscheidung der Versicherten ist.

Vor diesem Hintergrund scheint es einerseits von besonderer Relevanz zu sein, die Personen zu erreichen, denen noch nicht bewusst ist, dass Videosprechstunden als Alternative zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt genutzt werden können (Bewusstsein schaffen) und andererseits Maßnahmen zu identifizieren, mit denen Versicherten und Leistungserbringenden ihre persönlichen Vorteile bzw. ihr Nutzen durch den Einsatz der Videosprechstunde aufgezeigt werden können (Bedarf wecken). In diesem Zuge ist es zudem wichtig, über Einsatzmöglichkeiten der Videosprechstunde aufzuklären.

#### 2.1.2 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

##### Bewusstsein schaffen

Das fehlende Wissen zur Existenz der Videosprechstunde ist kein Problem einzelner Versichertengruppen (z. B. älterer Menschen). Dies zeigte sich in einer Subgruppenanalyse im Rahmen der Versichertenbefragung, die keine relevanten Unterschiede nach Altersgruppen, Geschlechtern oder dem Regionstyp des Wohnortes der Versicherten identifizieren konnte.

Insofern ist für Aufklärungskampagnen eine breite Vorgehensweise über soziale Medien und postalische Informationen zu empfehlen. Insbesondere Krankenkassen sind an dieser Stelle verstärkt in die Pflicht zu nehmen, da diese die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten vorzusehen haben (§ 20k SGB V). Dabei könnten die Vorteile der Nutzung von Videosprechstunden für Versicherte betont werden, um den Bedarf bei diesen zu

wecken, sodass sie ihre Ärzt:innen verstärkt nach dem Angebot von Videosprechstunden fragen (Pull-Strategie). Zu den anzuführenden Vorteilen gehören u. a. ein verbesserter (geografischer) Zugang zur Versorgung (Überbrückung von Anfahrtswegen, Mobilitätsbarrieren, emotionalen/krankheitsbedingten Hürden), eine effizientere (in Bezug auf Zeit und Kosten) und flexiblere Umsetzung von Arztterminen (in der Häuslichkeit, in der Mittagspause), eine kontinuierliche Behandlung (trotz Dienstreisen, Umzug etc.), eine Vermeidung von Infektionsquellen (öffentliche Verkehrsmittel, Wartezimmer) sowie die leichtere Thematisierung schambefahnter Themen in der Häuslichkeit (z. B. geringere Hemmschwelle bei erstem Kontakt zur psychotherapeutischen Versorgung). Diese Pull-Strategie ist jedoch eher als Ergänzung zur Weckung des Bedarfs bei den Leistungserbringenden selbst zu sehen, da diese aktuell die primären Gate-Keeper für den Einsatz von Videosprechstunden zu sein scheinen. Neben der Information zu möglichen Vorteilen für Versicherte könnte es ergänzend hilfreich sein, auf grundsätzlich geeignete Einsatzmöglichkeiten (Versorgungsanlässe, Indikationen) hinzuweisen, um keine falsche Erwartungshaltung bei diesen zu wecken. Gleichzeitig könnte so auch Mehrarbeit für Leistungserbringende durch die Aufklärung von Patien:innen mit ungeeigneten Vorstellungen an die Behandlung per Videosprechstunde sowie unnötige Inanspruchnahmen verringert werden. Wenn Versicherte also bereits im Vorfeld befähigt werden, besser abschätzen zu können, ob ihre Anliegen für eine Videosprechstunde geeignet sind, könnte eine gewisse Selbstselektion erfolgen. Zu den eher geeigneten Einsatzmöglichkeiten wird im Folgenden ausgeführt.

### Bedarf wecken

Da Leistungserbringende die zentralen Gate-Keeper zum Einsatz der Videosprechstunden zu sein scheinen, ist es wichtig, diesen ihre persönlichen Vorteile verbunden mit einem positiven Aufwand-Nutzen-Verhältnis, aufzuzeigen. Zu den möglichen Vorteilen für Leistungserbringende gehören:

- a. **Leistungserbringung aus dem "Home-Office" ermöglicht durch das Digital-Gesetz (DigiG)** vom 22.03.2024 bei Gewährleistung von Mindestsprechstundenzeiten und offenen Sprechstundenzeiten am Vertragsarztsitz: §24 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte wurde dahingehend geändert, dass die vertragsärztliche Tätigkeit in Form von Videosprechstunden außerhalb des Vertragsarztsitzes erbracht werden darf. Konkret ermöglicht dies die Ausführung von Videosprechstunden in Zweigpraxen, ausgelagerten Praxisräumen oder in der Häuslichkeit von Vertragsärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen.
- b. **Flexiblere Terminierung/einfaches Füllen von Lücken im Terminkalender:** Vor dem Hintergrund häufig abgesagter Termine (vgl. u. a. die Diskussion zur Ausfallgebühr bei nicht abgesagten Terminen (u. a. Halbe, 2023)) könnten Lücken im Terminkalender ggf. mit Vi-

deosprechstunden einfacher gefüllt werden. In der im Rahmen der PräVi-Studie durchgeführten Präferenzhebung unter Versicherten war diesen eine (möglichst kurze) Wartezeit auf eine Videosprechstunde am wichtigsten; gleichzeitig waren sie bereit, im digitalen Wartezimmer länger zu warten.

- c. **Instrument im Wettbewerb bei der Gewinnung bzw. dem Halten von Praxispersonal:** Die für Leistungserbringende neu geschaffene Möglichkeit der Arbeit aus dem Home-Office könnte auch für Praxispersonal bei ausgewählten Arbeiten (z. B. Vor-/Nachbereitung der Videosprechstunde, Terminierung) in Erwägung gezogen werden. Dies könnte ein relevantes Argument im Wettbewerb um Mitarbeitende sein; auch Eltern könnten so bspw. nach der Elternzeit schneller und familienfreundlicher wieder in die Arbeitswelt integriert werden.
- d. **Effizientere Organisation von Haus- oder Pflegeheimbesuchen:** Während bspw. Praxispersonal oder Pflegekräfte in der Häuslichkeit bei den Patient:innen notwendige Untersuchungen durchführen und/oder die Videosprechstunde anleiten könnten, könnten Leistungserbringende sich aus der Praxis zuschalten.
- e. **Mehrwert gegenüber Telefonaten:** Videosprechstunden liefern dem Leistungserbringenden über das Bild zusätzliche Informationen zum/zur Patient:in; dazu gehört bspw. die Mimik und Gestik sowie ein Eindruck von der häuslichen Umgebung.
- d. **Mögliche Vorteile für die Arzt-Patienten-Beziehung oder für die Versorgungsqualität:** Da in der Versichertenbefragung 75 % der Teilnehmenden angaben, grundsätzlich Videosprechstunden in Anspruch nehmen zu wollen, könnte durch das Angebot die Zufriedenheit von Patient:innen erhöht werden. Zudem mag es Situationen in der Patientenbehandlung geben (Umzug, Dienstreisen etc.), in denen die Nutzung von Videosprechstunden Behandlungsabbrüche vermeiden kann. Bei bestimmten Anlässen könnte die räumliche Distanz außerdem die Offenheit bei Patient:innen erleichtern.
- e. **Reduzierte Hygieneaufwände:** Falls infektiöse Patient:innen vorwiegend via Videosprechstunde behandelt werden könnten, können Hygieneaufwände reduziert werden.
- f. **Beitrag zur Nachhaltigkeit:** Die Nutzung der Videosprechstunde stellt eine Reduzierung des CO<sub>2</sub>-Fußabdrucks dar, wenn dadurch An-/Abreisen von Patient:innen zum Leistungserbringenden wegfallen. Dies betonte bspw. die Bundesärztekammer (2022) in ihrem Bericht zum Thema "Handlungsfelder in Arztpraxen zur Klimaneutralität" unter dem Handlungsfeld "Transport".

#### Aufklären über Einsatzmöglichkeiten

Die Entscheidung über die Durchführung einer Videosprechstunde mit dem/der individuellen Patient:in liegt in der Verantwortung des Leistungserbringenden. Leistungserbringende ohne Videosprechstunden-Erfahrung könnten davon profitieren, zu erfahren, wofür Kolleg:innen

(der gleichen Fachgruppe), die bereits Erfahrung in der Nutzung der Videosprechstunde haben, diese einsetzen. Es sollte daher zu geeigneten Versorgungsanlässen, Indikationen sowie zur Einbindung der Videosprechstunde in die Patientenbehandlung aufgeklärt werden. Die Ergebnisse der im Rahmen der PräVi-Studie durchgeführten Leistungserbringenden-Befragung könnten Anhaltspunkte dafür liefern. Nachfolgend wird die Einschätzung der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung zu geeigneten Versorgungsanlässen und Indikationen, zur angemessenen Einbindung von Videosprechstunden in die Patientenbehandlung sowie zum Einsatz bei Kindern und Jugendlichen dargestellt. Ziel der im Folgenden vorgestellten Einsatzmöglichkeiten ist es jedoch nicht, einen abschließenden Katalog vorzustellen, sondern ein "Meinungsbild" von Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung zu vermitteln, welches als Orientierungshilfe dienen und die Entscheidungsfindung unterstützen soll.

### **Versorgungsanlässe**

Mögliche Anlässe zur Nutzung der Videosprechstunde sind u. a. Anamnesegespräche, die Besprechung von Untersuchungsergebnissen oder psychotherapeutische Sitzungen (siehe Abbildung 3). Außerdem können Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen (AU) im Nachgang einer Videosprechstunde ausgestellt werden. Derzeit kann per Videosprechstunde eine AU sowohl bei bekannten (bis zu 7 Tage) als auch bei zuvor unbekanntem (bis zu 3 Tage) Patient:innen ausgestellt werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Symptomatik eine Abklärung per Videosprechstunde zulässt. Eine Folgekrankschreibung mittels Videosprechstunde ist nur dann möglich, wenn der/die Patient:in für die vorhergehende AU zu einer persönlichen Untersuchung in der Praxis war. Das Angebot von Videosprechstunden allein zur Ausstellung einer AU ist jedoch seit März 2025 nach Anlage 31c zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) § 9 ausdrücklich unzulässig. Auch die Verordnung von Arzneimitteln, Heilmitteln (hier nur Folgeverordnungen), medizinischer Rehabilitation, Krankenförderung sowie häuslicher Krankenpflege (auch hier nur Folgeverordnungen) ist via Videosprechstunde möglich, falls die Erkrankung des/der Patient:in dies nicht ausschließt. Damit eine telemedizinische Verordnung zulässig ist, muss der/die Patient:in der behandelnden Praxis bekannt sein. Zudem setzt dies voraus, dass die für die Verordnung maßgebliche Diagnose sowie Einschränkungen der Funktionsfähigkeit oder Mobilität durch eine vorherige persönliche Untersuchung in der Praxis oder im Rahmen eines Hausbesuchs festgestellt wurden. Die Ausstellung von Rezepten für unbekannte Patient:innen ist zwar grundsätzlich möglich, sollte aber auf medizinisch begründete Ausnahmefälle beschränkt bleiben. Betäubungsmittel dürfen in solchen Fällen jedoch nicht verordnet werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], 2025b).

In der nachfolgenden Abbildung ist die Einschätzung der befragten Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung zur Eignung ausgewählter Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde dargestellt.

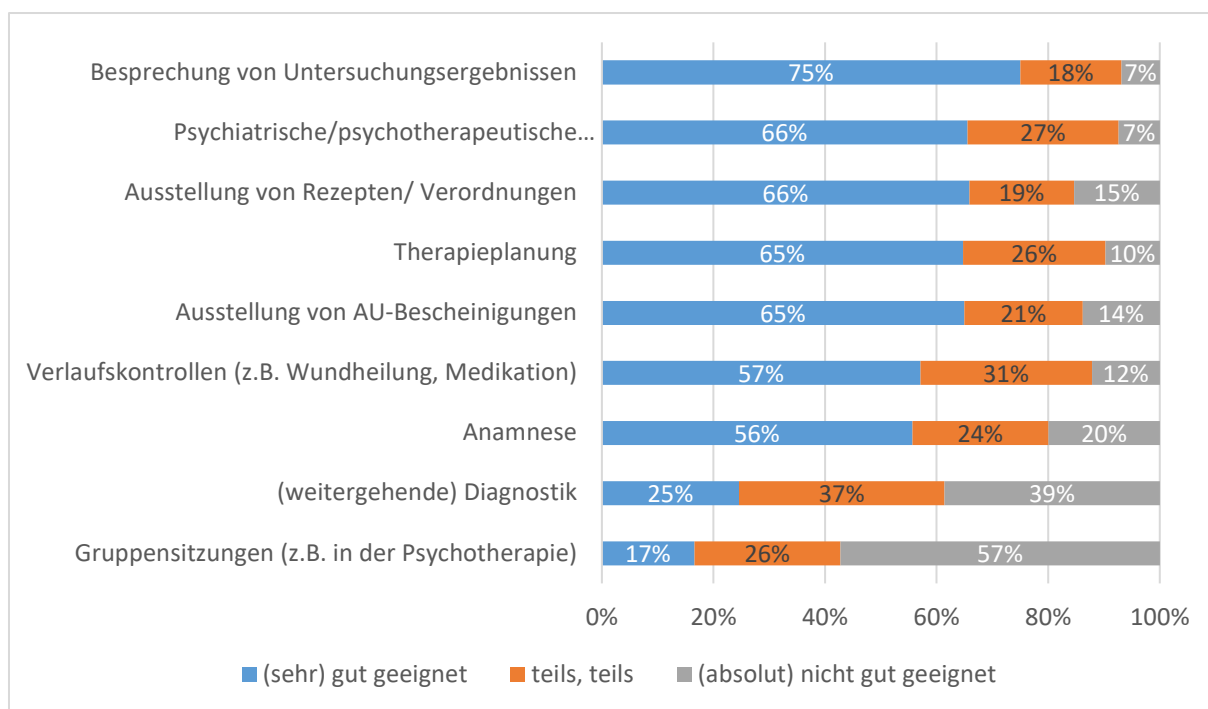


Abbildung 3: Einschätzung zu Versorgungsanlässen aus Perspektive von Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung

Die in Abbildung 3 dargestellten Einschätzungen aller Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung variierten in Abhängigkeit vom ausgeübten Versorgungsbereich (hausärztlich, psychotherapeutisch, fachärztlich (im Folgenden immer exklusiv psychotherapeutisch gemeint)) sowie nach Altersgruppen der Leistungserbringenden.

Die Anamneseerhebung mittels Videosprechstunden wird von Leistungserbringenden in der hausärztlichen Versorgung (84 %) und in der fachärztlichen Versorgung (71 %) eher für geeignet gehalten, als von Leistungserbringenden in der psychotherapeutischen Versorgung (48 %). Ähnlich verhält es sich mit der Besprechung von Untersuchungsergebnissen: 91 % der Leistungserbringenden in der hausärztlichen und 90 % der Leistungserbringenden in der fachärztlichen Versorgung schätzen diesen Versorgungsanlass als sehr geeignet oder geeignet ein, während dies nur 69 % der Leistungserbringenden der psychotherapeutischen Versorgung taten. Umgekehrt sind die Einschätzungen zur Eignung der weitergehenden Diagnostik: Obwohl diese insgesamt eher als ungeeignet angesehen wird, wird sie von den in der psychotherapeutischen Versorgung tätigen Leistungserbringenden (29 %) häufiger als geeignet angesehen als von Hausärzt:innen (12 %) und Fachärzt:innen (10 %), was vor dem Hintergrund abweichender diagnostischer Verfahren zwischen diesen Bereichen naheliegend scheint. Verlaufskontrollen halten 65 % der Psychotherapeut:innen und gut die Hälfte der Fachärzt:innen (53 %) für geeignet, während nur 38 % der Hausärzt:innen dies so einschätzten. Psychotherapeutische Einzelgespräche halten 69 % der Psychotherapeut:innen und nur 50 % der Hausärzt:innen für die Erbringung via Videosprechstunde geeignet.

Tabelle 2 erlaubt eine differenzierte Betrachtung der Einschätzungen der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung nach aggregierten Fachgruppen. Dabei zeigen die hellblau hinterlegten Felder Zustimmungswerte (sehr geeignet oder geeignet) > 50 %.

Tabelle 2: Einschätzung zu Versorgungsanlässen von Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung nach aggregierten Fachgruppen

	Haus- ärzt:in- nen	FÄ Psy- chothera- pie, Psy- chiatrie, Neurolo- gie	Psycholo- gische Psycho- thera- peut:in- nen	FÄ für Gynäko- logie	FÄ für Or- thopädie und Unfall- chirurgie	FÄ für Chirurgie	FÄ für Dermatolo- gie	FÄ für Hals-Na- sen-Oh- ren[HNO] -Heil- kunde	K. u. J. Psycho- thera- peut:in- nen	K. u. J. Ärzt:innen (hausärzt- lich)	K. u. J. Ärzt:in- nen (fachärzt- lich)
	n=285	n=245	n=985	n=30	n=16	n=5	n=22	n=12	n=333	n=23	n=10
<b>Anamnese</b>	84 %* (240)	53 % (126)	46 % (447)	86 % (24)	87 % (13)	100 % (5)	82 % (18)	100 % (12)	49 % (158)	83 % (19)	60 % (6)
<b>(Weitergehende) Diagnostik</b>	12 % (34)	27 % (63)	34 % (321)	11 % (3)	(n<3)	(n<3)	(n<3)	(n<3)	16 % (51)	13 % (3)	(n<3)
<b>Therapieplanung</b>	70 % (198)	67 % (158)	64 % (613)	79 % (23)	67 % (10)	80 % (4)	55 % (12)	64 % (7)	61 % (196)	52 % (12)	60 % (6)
<b>Ausstellen von Rezep- ten/Verordnungen</b>	69 % (195)	68 % (124)	66 % (218)	61 % (17)	73 % (11)	(n<3)	67 % (14)	58 % (7)	61 % (83)	50 % (11)	70 % (7)
<b>Ausstellen von AU- Bescheinigungen</b>	77 % (216)	62 % (117)	63 % (135)	57 % (16)	53 % (8)	(n<3)	41 % (9)	58 % (7)	57 % (58)	41 % (9)	60 % (6)
<b>Besprechung von Untersuchungs- ergebnissen</b>	91 % (258)	75 % (165)	69 % (539)	93 % (27)	80 % (12)	80 % (4)	100 % (21)	83 % (10)	64 % (188)	100 % (23)	80 % (8)
<b>Verlaufskontrollen</b>	39 % (108)	67 % (130)	66 % (290)	36 % (9)	29 % (4)	80 % (4)	73 % (16)	17 % (2)	65 % (108)	35 % (8)	60 % (6)
<b>Psychotherapeuti- sche Einzelgespräche</b>	51 % (116)	71 % (165)	70 % (689)						63 % (207)	40 % (6)	
<b>Gruppensitzungen</b>	19 % (21)	13 % (16)	19 % (87)						14 % (23)	(n<3)	

\* Anzahl und Anteil der Leistungserbringenden einer Fachgruppe, die den jeweiligen Versorgungsanlass für (sehr) geeignet halten und die Frage beantwortet haben; daher ist das n der einzelnen Versorgungsanlässe oft kleiner als die Anzahl der Leistungserbringenden insgesamt. FÄ = Fachärzt:innen, K.u.J. = Kinder- und Jugend-...

Neben den untersuchten Unterschieden nach Versorgungsbereichen bzw. aggregierten Fachgruppen wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Einschätzung zur Eignung von Anamneseerhebungen via Videosprechstunden und den Altersgruppen der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung sowie zwischen der Therapieplanung und den Altersgruppen festgestellt. So halten jüngere Leistungserbringende die Therapieplanung über Videosprechstunden eher für geeignet als ältere (<40 Jahre: 74 %; 41- 50 Jahre: 69 % vs. 51- 60 Jahre: 60 %; >60 Jahre: 59 %). Ebenso halten jüngere Leistungserbringende die Anamneseerhebung per Videosprechstunden eher für geeignet als ältere (<40 Jahre: 63 %; 41- 50 Jahre: 60 % vs. 51- 60 Jahre: 53 %; >60 Jahre: 49 %).

Die Einschätzungen der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung unterschieden sich nicht signifikant nach dem Stadt-/Gemeindetyp des Praxisstandortes.

### **Indikationen**

Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung äußerten sich zur teilweisen Erbringung der ärztlichen Versorgung mittels einer Videosprechstunde wie folgt: Insbesondere die als "sehr geeignet" oder "geeignet" eingeschätzten Indikationen werden berichtet, aber auch die Antwort "teils/teils" ist relevant, da bei einigen Indikationen eine starke Tendenz zur Mitte erkennbar war, sodass bei diesen die Notwendigkeit der Prüfung des Einzelfalles durch den/die behandelnde:n Ärzt:in besonders wichtig zu sein scheint.

Die Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung gaben an, dass insbesondere im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen ein Potenzial für den Einsatz von Videosprechstunden besteht. Im Bereich der psychischen Störungen wurden am häufigsten nicht-organische Schlafstörungen (65 %, 1.296), affektive Störungen (56 %, 1.123), Angststörungen (55 %, 1.110), sexuelle Funktionsstörungen (51 %, 952) oder Zwangsstörungen (48 %, 952) als sehr geeignet oder geeignet zur medizinischen Versorgung via Videosprechstunde angesehen. Eine Ausnahme bildeten die Indikationen Schizophrenie (ungeeignet: 59 %, 1.047) sowie schizotype und wahnhaftige Störungen durch psychotrope Substanzen (ungeeignet: 45 %, 824), die eher als ungeeignet für Videosprechstunden eingestuft wurden. Bei den chronischen somatischen Erkrankungen wurden chronische Schmerzen (62 %, 936), Stoffwechselstörungen (46 %, 464), Allergien (41 %, 413) und dermatologische Erkrankungen (37 %, 368) als sehr geeignet oder geeignet für eine Versorgung via Videosprechstunden angesehen. Akute Erkrankungen wurden mehrheitlich als ungeeignet eingestuft.

Die nachfolgenden drei Tabellen erlauben eine differenziertere Betrachtung der Einschätzungen zur Eignung ausgewählter Indikationen nach dem Versorgungsbereich der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung (Tabelle 3: hausärztliche, Tabelle 4: fachärzt-

liche, Tabelle 5: psychotherapeutische Versorgung). Hellblau hinterlegt sind die Felder mit Zustimmungswerten (sehr geeignet oder geeignet) > 50 %. Hellgrau hinterlegt sind die Felder, die unter Berücksichtigung der Antwort "teils/teils" Werte > 50 % ergeben.

Tabelle 3: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der hausärztlichen Versorgung

Ranking	Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der hausärztlichen Versorgung
1	Chronische Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen: 63 % (inkl. teils/teils: 91 %)
2	Nichtorganische Schlafstörungen (F51): 56 % (inkl. teils/teils: 87 %)
3	Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes mellitus (chron.): 52 % (inkl. teils/teils: 36 %)
4	Angststörungen (F40, F41): 48 % (inkl. teils/teils: 81 %)
5	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43): 44 % (inkl. teils/teils: 79 %)
6	Allergien (chron.): 43,6 % (inkl. teils/teils: 84,8 %)
7	Kopfschmerzen (akut): 43 % (inkl. teils/teils: 80 %)
8	Dermatologische Erkrankungen, z. B. Psoriasis (chron.): 43 % (inkl. teils/teils: 82 %)
9	Affektive Störungen (F30-F39): 42 % (inkl. teils/teils: 76 %)
10	Sexuelle Funktionsstörungen (F52): 41 % (inkl. teils/teils: 78 %)
11	Zwangsstörungen (F42): 40 % (inkl. teils/teils: 79 %)
12	Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. chron. Entz. Darmerkrankungen: 36 % (inkl. teils/teils: 81 %)
13	Dermatosen (akut): 36 % (inkl. teils/teils: 75 %)
14	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z. B. arterielle Hypertonie, KHK (chron.): 34 % (inkl. teils/teils: 74 %)
15	Essstörungen (F50): 34 % (inkl. teils/teils: 77 %)
16	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69): 34 % (inkl. teils/teils: 75 %)
17	Somatoforme Störungen (F45) und Dissoziative Störungen (F44) (Konversionsstörungen): 33 % (inkl. teils/teils: 79 %)
18	Entzündungen am Auge (akut): 32 % (inkl. teils/teils: 64 %)
19	Infektionen des Magen-Darm-Traktes (akut): 32 % (inkl. teils/teils: 78 %)
20	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend: 30 % (inkl. teils/teils: 66 %)
21	HNO-Erkrankungen, z. B. chronische Rhinosinusitis: 27 % (inkl. teils/teils: 69 %)
22	Infektionen der Atemwege (akut): 27 % (inkl. teils/teils: 67 %)
23	Neurologische Erkrankungen, z. B. Zustand nach Schlaganfall (chron.): 26 % (inkl. teils/teils: 67 %)
24	Tumorerkrankungen (chron.): 25 % (inkl. teils/teils: 70 %)
25	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, z. B. Rückenschmerzen (chron.): 24 % (inkl. teils/teils: 64 %)
26	Hautverletzungen (akut): 23 % (inkl. teils/teils: 55 %)
27	Schmerzen im Muskel-Skelett-System (akut): 22 % (inkl. teils/teils: 71 %)

28	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19): 21 % (inkl. teils/teils: 55 %)
29	Lungenerkrankungen, z. B. Asthma bronchiale, COPD (chron.): 20 % (inkl. teils/teils: 64 %)
30	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29): 19 % (inkl. teils/teils: 47 %)
31	Gefäßerkrankungen, z. B. pAVK chron.): 16 % (inkl. teils/teils: 58 %)
32	Augenerkrankungen, z. B. Katarakt (chron.): 16 % (inkl. teils/teils: 43 %)
33	Infektionen der Harnorgane (akut): 15 % (inkl. teils/teils: 49 %)
34	Geschlechtserkrankungen (akut): 10 % (inkl. teils/teils: 39 %)
35	Entzündungen am Ohr (akut): 7 % (inkl. teils/teils: 30 %)

Tabelle 4: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der fachärztlichen Versorgung

Ranking	Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der fachärztlichen Versorgung
1	Chronische Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen: 68 % (inkl. teils/teils: 95 %)
2	Dermatologische Erkrankungen, z. B. Psoriasis (chron.): 52 % (inkl. teils/teils: 84 %)
3	Allergien (chron.): 52 % (inkl. teils/teils: 82 %)
4	Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes mellitus (chron.): 50 % (inkl. teils/teils: 83 %)
5	Kopfschmerzen (akut): 47 % (inkl. teils/teils: 83 %)
6	Dermatosen (akut): 44 % (inkl. teils/teils: 76 %)
7	Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. chron. Entz. Darmerkrankungen: 34 % (inkl. teils/teils: 81 %)
8	Hautverletzungen (akut): 33 % (inkl. teils/teils: 60 %)
9	Neurologische Erkrankungen, z. B. Zustand nach Schlaganfall (chron.): 33 % (inkl. teils/teils: 74 %)
10	Schmerzen im Muskel-Skelett-System (akut): 27 % (inkl. teils/teils: 72 %)
11	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, z. B. Rückenschmerzen (chron.): 27 % (inkl. teils/teils: 76 %)
12	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z. B. arterielle Hypertonie, KHK (chron.): 24 % (inkl. teils/teils: 66 %)
13	Tumorerkrankungen (chron.): 22 % (inkl. teils/teils: 69 %)
14	Lungenerkrankungen, z. B. Asthma bronchiale, COPD (chron.): 22 % (inkl. teils/teils: 64 %)
15	Infektionen des Magen-Darm-Traktes (akut): 19 % (inkl. teils/teils: 58 %)
16	HNO-Erkrankungen, z. B. chronische Rhinosinusitis: 19 % (inkl. teils/teils: 59 %)
17	Infektionen der Atemwege (akut): 19 % (inkl. teils/teils: 49 %)
18	Gefäßerkrankungen, z. B. pAVK (chron.): 19 % (inkl. teils/teils: 53 %)
19	Infektionen der Harnorgane (akut): 18 % (inkl. teils/teils: 41 %)
20	Entzündungen am Auge (akut): 17 % (inkl. teils/teils: 51 %)
21	Geschlechtserkrankungen (akut): 17 % (inkl. teils/teils: 38 %)
22	Augenerkrankungen, z. B. Katarakt (chron.): 13 % (inkl. teils/teils: 46 %)
23	Entzündungen am Ohr (akut): 8 % (inkl. teils/teils: 26 %)

Tabelle 5: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung

Ranking	Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgung
1	Nichtorganische Schlafstörungen (F51): 66 % (inkl. teils/teils: 95 %)
2	Affektive Störungen (F30-F39): 60 % (inkl. teils/teils: 92 %)
3	Angststörungen (F40, F41): 56 % (inkl. teils/teils: 91 %)
4	Sexuelle Funktionsstörungen (F52): 53 % (inkl. teils/teils: 88 %)
5	Zwangsstörungen (F42): 49 % (inkl. teils/teils: 88 %)
6	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43): 45 % (inkl. teils/teils: 81 %)
7	Essstörungen (F50): 44 % (inkl. teils/teils: 84 %)
8	Somatoforme Störungen (F45) und Dissoziative Störungen (F44) (Konversionsstörungen): 40 % (inkl. teils/teils: 78 %)
9	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69): 35 % (inkl. teils/teils: 76 %)
10	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98): 31 % (inkl. teils/teils: 69 %)
11	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19): 20 % (inkl. teils/teils: 55 %)
12	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29): 10 % (inkl. teils/teils: 39 %)

### Grad der Einbindung in die Patientenbehandlung

63 % (1.345) der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung können sich grundsätzlich vorstellen, einzelne Patient:innen in einem Behandlungsfall auch ausschließlich mit Videosprechstunden zu behandeln. Bei den Leistungserbringenden, die noch nie oder selten Videosprechstunden angeboten haben, können sich dies nur 37 % vorstellen.

Betrachtet man die Einschätzung der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung nach (aggregierten) Fachgruppen, dann sind Dermatolog:innen, hausärztlich tätige Ärzt:innen und Gynäkolog:innen der ausschließlichen Nutzung gegenüber am positivsten eingestellt (vgl. Abbildung 4).

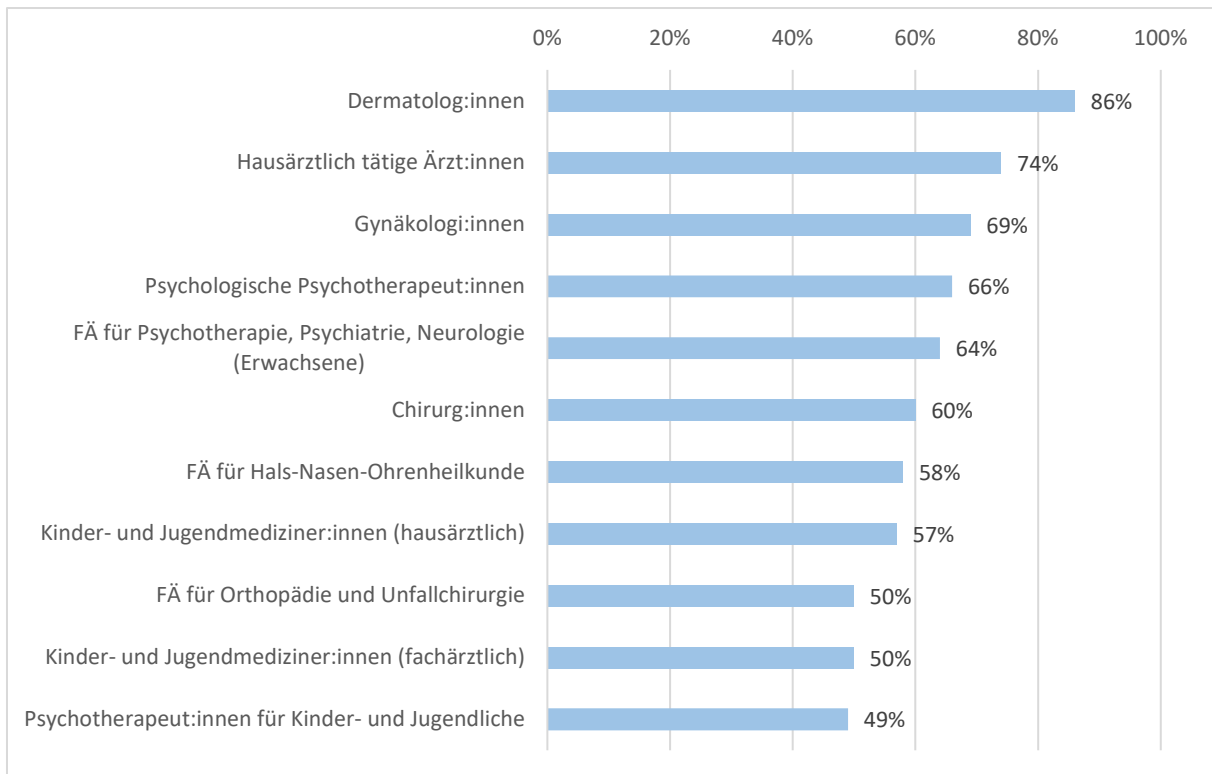


Abbildung 4: Zustimmung zur Möglichkeit der ausschließlichen Nutzung von Videosprechstunden im Behandlungsfall nach (aggregierten) Fachgruppen (Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung)

### Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen

Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung stufen Videosprechstunden mit Kindern und/oder Jugendlichen eher als sinnvoll ein als Leistungserbringende ohne Videosprechstunden-Erfahrung. Eine Mehrheit (58 %) der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung hält Videosprechstunden jedoch erst bei Jugendlichen (ab 14 Jahren) für geeignet. Nur 26 % halten die Durchführung der Videosprechstunde sowohl mit Kindern als auch mit Jugendlichen für sinnvoll und rund 16 % halten Videosprechstunden weder für Kinder (bis 13 Jahren) noch für Jugendliche für geeignet.

Betrachtet man unter den Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung ausschließlich die kinder- und jugendmedizinisch Tätigen, differenziert nach ihrem Versorgungsbereich (hausärztlich, fachärztlich, psychotherapeutisch), zeigt sich folgendes Bild: (Fast) keine dieser Leistungserbringenden halten Videosprechstunden für grundsätzlich ungeeignet bei Kindern oder Jugendlichen. In der haus- und fachärztlichen Versorgung erachten ca. 20 % der Leistungserbringenden die Nutzung nur mit Jugendlichen für sinnvoll, in der psychotherapeutischen Versorgung sind es mit einem Anteil von 45 % deutlich mehr, die Videosprechstunden ausschließlich mit Jugendlichen, aber nicht mit Kindern, einsetzen würden. Demgegenüber hält die Mehrheit der Leistungserbringenden in der hausärztlichen (74 %) und in der fachärztlichen (80 %) Versorgung die Videosprechstunde sowohl für Jugendliche als auch für Kinder

für sinnvoll; die psychotherapeutisch Tätigen sind beim Einbezug von Kindern deutlich skeptischer (53 %) (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Einschätzung von Kinder- und Jugend-Ärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen zum Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und/oder Jugendlichen (Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung)

Kinder- und Jugendmediziner:innen (hausärztlich):	Kinder- und Jugendmediziner:innen (fachärztlich):	Psychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche
<u>nicht</u> mit Kindern und Jugendlichen: <b>4 %</b>	<u>nicht</u> mit Kindern und Jugendlichen: <b>0 %</b>	<u>nicht</u> mit Kindern und Jugendlichen: <b>2 %</b>
nur mit Jugendlichen: <b>22 %</b>	nur mit Jugendlichen: <b>20 %</b>	nur mit Jugendlichen: <b>45 %</b>
mit Jugendlichen und Kindern: <b>74 %</b>	mit Jugendlichen und Kindern: <b>80 %</b>	mit Jugendlichen und Kindern: <b>53 %</b>

## 2.2 Videosprechstunden-Software

### 2.2.1 Hintergrund und Problembeschreibung

Ein wiederkehrendes Thema in den durchgeführten Fokusgruppendifkussionen mit Leistungserbringenden und Versicherten waren Probleme mit einer fehlerhaften oder störanfälligen Videosprechstunden-Software. Aufgrund dieser technischen Probleme war es für die anbietenden Leistungserbringenden teilweise notwendig, häufiger die verwendete Software zu wechseln.

Ein weiterer Aspekt in Bezug auf die Videosprechstunden-Software war der damit einhergehende Datenschutz. In den Befragungen stuften 40 % der Leistungserbringenden und 25 % der Versicherten Datenschutz-Bedenken als Hürde für den Einsatz von Videosprechstunden ein. Die Fokusgruppendifkussionen zeigten ein geteiltes Bild in Bezug auf diese Hürde: Während einige Versicherte einen Missbrauch bzw. eine Gefährdung sensibler Daten, insbesondere bei Drittanbietern, befürchteten, empfanden andere den Datenschutz eher als überbewertet. Die Leistungserbringenden äußerten mehrheitlich Vertrauen in die zertifizierten Videosprechstunden-Software-Systeme und sahen keinen Nachbesserungsbedarf. In allen Fokusgruppen kam in diesem Zusammenhang die Diskussion auf, ob der Datenschutz eher eine empfundene als eine tatsächliche Hürde sein könnte, ggf. auch aus Angst vor technischen Innovationen.

In den Fokusgruppen gaben jedoch insbesondere psychotherapeutisch tätige Leistungserbringende auch zu bedenken, dass der Datenschutz bzw. die Privatsphäre nicht allein von der verwendeten Videosprechstunden-Software abhängt, sondern auch von den Rahmenbedingun-

gen (u. a. der Wohnsituation), unter denen Videosprechstunden durchgeführt würden. Insbesondere in der Psychotherapie sei es herausfordernd, eine Situation herzustellen, in der Patient:innen allein seien, ohne dass Familienmitglieder Inhalte von Therapiegesprächen mithören können.

### 2.2.1 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

83 % der befragten Leistungserbringenden wünschten sich Aufklärung über den Datenschutz, wobei weiblichen Leistungserbringenden, Leistungserbringenden aus der psychotherapeutischen Versorgung und solchen mit Videosprechstunden-Erfahrung dies besonders wichtig war. Klare und transparente Haftungsregelungen wünschen sich zudem 96 % der Leistungserbringenden. In den Fokusgruppendifkussionen wurde darauf hingewiesen, dass sich vor allem Leistungserbringende der Sensibilität von Patientendaten (insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung) bewusst sein müssen.

84 % der befragten Versicherten wünschen sich Aufklärung zum Datenschutz. In den Fokusgruppen äußerten Versicherte in diesem Zusammenhang vor allem Transparenz in Bezug auf die Verwendung ihrer Daten und Aufklärung zu möglichen Risiken. Von Versicherten wurde zudem der Wunsch nach einer externen Behörde geäußert, die auch nach der Zertifizierung von Videosprechstunden-Software-Systemen, die Einhaltung der Vorgaben stichprobenartig prüft.

### **Exkurs zu den Vorgaben im Bundesmantelvertrag-Ärzte**

Anlage 31b zum BMV-Ä definiert detaillierte Anforderungen an Videodienstanbieter, die im Rahmen von Videosprechstunden gemäß § 365 Absatz 1 SGB V zum Einsatz kommen. Diese Anforderungen umfassen sowohl Aspekte der Informationstechniksicherheit gemäß § 2 als auch des Datenschutzes gemäß § 2a der Anlage, welche in Verbindung mit § 5 der Anlage die konkreten Kriterien für die Auswahl und den Einsatz von Videodiensten festlegen.

Im Einzelnen schreibt § 5 Anlage 31b zum BMV-Ä vor, dass ein Videodienst die Anforderungen an die IT-Sicherheit (§ 2) und den Datenschutz (§ 2a) erfüllen muss. Zudem darf ein Zweitzugang für Praxispersonal existieren, der jedoch ausschließlich für organisatorische Zwecke und nicht für die Durchführung von Videosprechstunden durch das Personal bestimmt ist. Während der Videosprechstunde muss der Klurname des/der Patient:in beziehungsweise der Pflegekraft erkennbar sein. Die verwendete Software muss in der Lage sein, ihre Ton- und Bildqualität adaptiv an Schwankungen der Verbindungsqualität anzupassen. Die Nutzungsbedingungen des Videodiensteanbieters müssen vollständig in deutscher Sprache verfasst und ohne vorherige Anmeldung online abrufbar sein. Weiterhin ist das Schalten von Werbung im Kontext der Videosprechstunde untersagt. Der Videodiensteanbieter muss transparent darüber informieren, ob sein Dienst Videokonferenzen mit mehr als zwei Teilnehmenden ermöglicht. Ein

wesentlicher Punkt ist, dass die Nutzung des Dienstes für Versicherte ohne vorherige Registrierung möglich sein muss und ein niederschwelliger Zugang gewährleistet wird.

Die §§ 2 und 2a der Anlage 31b BMV-Ä konkretisieren die Anforderungen an die Informationstechniksicherheit und den Datenschutz. Hier wird hervorgehoben, dass sowohl der Videodiensteanbieter als auch der/die Vertragsärzt:in die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten beachten müssen, insbesondere die Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes sowie des SGB V und gegebenenfalls des SGB X. Die Verarbeitung dieser Daten, auch im Auftrag, darf grundsätzlich nur im Inland, in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem gleichgestellten Staat erfolgen. Eine Datenverarbeitung in Drittstaaten ist nur zulässig, wenn ein Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission vorliegt.

Um die Einhaltung dieser Anforderungen zu belegen, sind verschiedene Nachweise und Zertifizierungen erforderlich. Die inhaltlichen Anforderungen gemäß § 5 müssen durch eine Eigenklärung des Videodiensteanbieters gegenüber dem GKV-Spitzenverband und der KBV nachgewiesen werden. Die Anforderungen an die IT-Sicherheit gemäß § 2 bedürfen eines Zertifikats einer nach ISO/IEC 17065 akkreditierten Zertifizierungsstelle, deren Akkreditierung für den Bereich der technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V gilt. Ebenso müssen die Datenschutzerfordernisse gemäß § 2a durch ein Zertifikat gemäß Artikel 42 DSGVO für die technische Bereitstellung von Videodiensten an Ärzt:innen zur Durchführung von Videosprechstunden nachgewiesen werden. Auch dieses Zertifikat muss von einer nach ISO/IEC 17065 akkreditierten Zertifizierungsstelle ausgestellt sein. Diese detaillierten Vorgaben sollen sicherstellen, dass der Einsatz von Videodiensten im Rahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sowohl technisch sicher als auch datenschutzkonform erfolgt.

Eine Auflistung zertifizierter Videodienste kann der Internetseite der KBV (2025c) entnommen werden.

Betrachtet man die umfassenden Anforderungen in Anlage 31b zum BMV-Ä an den Videodiensteanbieter zur Datensicherheit sowie zum Datenschutz (§ 5 i. V. m. §§ 2 und 2a), scheint der Fokus notwendiger Maßnahmen insbesondere auf einer transparenten Einhaltung sowie Aufklärung über die bestehenden Regelungen zu liegen als in einer Erweiterung dieser (vgl. u. a. Handlungsfelder "Bewusstsein und Bedarf" und "Vermittlung von Kompetenzen").

## 2.3 Vergütung

### 2.3.1 Hintergrund und Problembeschreibung

Im Folgenden soll zunächst die Systematik der Vergütung von Videosprechstunden während des Projektzeitraums dargestellt werden, um vor diesem Hintergrund die Ergebnisse der Befragung von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen (2023) sowie der Fokusgruppendifkussionen (2022) einordnen zu können.

Grundsätzlich erfolgt die Vergütung von Videosprechstunden über die Grund- oder Versichertenpauschalen der jeweiligen Arztgruppe (ausgenommen sind die Gebührenordnungspositionen (GOP) 03030, 04030, 12220, 12225) sowie die nuklearmedizinische Konsiliarpauschale (GOP 17210) oder die Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung (GOP 25214). Die Konsiliarpauschalen der Fachbereiche Laboratoriumsmedizin, Nuklearmedizin, Pathologie und Radiologie können nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden. Wie für persönliche Arzt-Patienten-Kontakte besteht auch bei Videosprechstunden die Möglichkeit, Zuschläge für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags (GOP 03040/04040), die fachärztliche Grundversorgung, die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 03060/03061) und für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzt:innen (GOP 06225) abzurechnen. Die Videosprechstunde kann zudem im organisierten Not(-fall)dienst sowie für Notfallkonsultationen im organisierten Not(-fall)dienst abgerechnet werden. Auch Zusatzpauschalen zur Verlaufskontrolle und Auswertung ausgewählter digitaler Gesundheitsanwendungen können per Videosprechstunde erbracht und abgerechnet werden (KBV, 2026).

Wird ein/eine Patient:in im Quartal ausschließlich per Videosprechstunde behandelt, nimmt die KV einen fachgruppenspezifischen prozentualen Abschlag (i. H. v. 20 % z. B. für Hausärzt:innen, 25 % z. B. für Gynäkolog:innen oder 30 % z. B. für HNO-Ärzt:innen) von der jeweiligen Pauschale und von ggf. abgerechneten Zuschlägen vor. Dafür ist der Behandlungsfall vom Leistungserbringenden mit der Pseudo-GOP 88220 zu kennzeichnen. Begründet wird dieser Abschlag mit der Tatsache, dass in diesen Pauschalen auch Leistungen abgebildet sind, die online nicht erbracht werden können (z. B. ein Elektrokardiogramm) (Beschluss des Bewertungsausschusses Ärzte (BA-Beschluss), 453. Sitzung). Die Anzahl dieser ausschließlichen Video-Behandlungsfälle war im Projektzeitraum grundsätzlich auf 30 % aller Behandlungsfälle des Arztes/der Ärzt:in oder des/der Psychotherapeut:in beschränkt. Grundsätzlich deshalb, weil es Leistungserbringenden während der Covid-19-Pandemie ermöglicht wurde, unbegrenzt Videosprechstunden anzubieten und abzurechnen, da die KBV und der GKV-SV entsprechende Beschränkungen aufgehoben hatten. Seit April 2022 nach Auslaufen dieser Beschlüsse wurden diese Begrenzungen jedoch wieder eingeführt und von 20 % vor der Pandemie auf 30 % der Behandlungsfälle des/der Ärzt:in angehoben (BT-Drucksache 20/4982).

Zusätzlich zur Videosprechstunde kann ein Technikzuschlag abgerechnet werden, der die Kosten für den Videodienst abdecken soll. Er wird über die GOP 01450 (Bewertung: 40 Punkte/2025: 4,96 Euro) zusätzlich zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgerechnet und ist bei allen Videosprechstunden bzw. Videofallkonferenzen anzugeben. Der Zuschlag war pro Quartal auf maximal 1.899 Punkte je abrechnendem/-er Vertragsarzt/-ärztin begrenzt (BA-Beschluss, 453. Sitzung).

Außerdem kann ein Zuschlag für den Aufwand der Authentifizierung eines/einer unbekanntem Patient:in im Rahmen einer Videosprechstunde durch das Praxispersonal abgerechnet werden, da die erforderlichen Daten nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden können. Die GOP 01444 (Bewertung: 10 Punkte/2025: 1,24 Euro) berücksichtigt den zusätzlichen Aufwand des Praxispersonals, um einen/eine der Praxis "unbekannte/n" Patient:in im Rahmen der Videosprechstunde zu authentifizieren. Die Details sind in Anlage 4b zum BMV-Ä ausgestaltet. Als "unbekannt" gelten im Rahmen dieser Regelungen Patient:innen, die noch nie oder nur noch nicht im laufenden Quartal oder im Vorquartal in der Praxis behandelt wurden. Die GOP 01444 wird extrabudgetär vergütet. Sie wurde zeitlich befristet bis zum 31. Dezember 2025 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen (BA-Beschluss, 453. Sitzung).

Per Videosprechstunde sind außerdem diverse Gesprächsleistungen, Leistungen zu Videofallkonferenzen und Videofallbesprechungen und Leistungen der Psychotherapie durchführbar und abrechenbar. Eine Auflistung dieser Leistungen ist der Übersicht der KBV zu entnehmen (2025b). Zur Abrechnung dieser Leistungen galten im Projektzeitraum (abgesehen von Ausnahmen während der Covid-19-Pandemie) jedoch leistungsbezogene Beschränkungen: Nur 30 % aller Leistungen des EBM-Kapitels 35 (Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie) im Quartal, die per Video möglich sind, konnten per Videosprechstunde durchgeführt werden. Die Obergrenze bezog sich nicht auf jede einzelne GOP, sondern auf die Gesamtpunktzahl der im Quartal abgerechneten GOP des Kapitels 35, die in der Videosprechstunde durchgeführt werden können. Für den Rest war ein persönlicher Kontakt erforderlich. Eine Ausnahme stellte die GOP 35152 für die psychotherapeutische Akutbehandlung dar, da diese Einzelleistung je Psychotherapeut:in patientenübergreifend nur zu 30 % per Video stattfinden durfte. Auch diese leistungsbezogenen Begrenzungen wurden während der Covid-19-Pandemie ausgesetzt und ab April 2022 wieder eingeführt und von 20 % vor der Pandemie auf 30 % angehoben (BT-Drucksache 20/4982).

Im Rahmen der PräVi-Studie wurden Einschätzungen zur Angemessenheit der Vergütungsstruktur und -höhe in den Fokusgruppendifkussionen mit Leistungserbringenden, in der Befragung dieser sowie im Abschluss-Symposium mit externen Stakeholdern thematisiert.

In den Fokusgruppen mit Leistungserbringenden zeigte sich ein geteiltes Bild zur Angemessenheit der Vergütungsstruktur und -höhe. Einige Teilnehmende stufen diese nicht als Grund für den geringen Videosprechstunden-Einsatz ein. Andere hielten den Abschlag bei der im Behandlungsfall ausschließlichen Durchführung von Videosprechstunden für nicht angemessen, da Videosprechstunden zu dem Zeitpunkt noch zwingend in der Arztpraxis erbracht werden mussten und damit bspw. Kosten für die Raummiete analog anfielen. Auch die behandlungsfall- und leistungsbezogenen Quotierungsregelungen wurden von einigen Teilnehmenden als Hürde für den Videosprechstunden-Einsatz eingeschätzt. Vor diesem Hintergrund wurde aber auch die Gefahr geäußert, dass sich insbesondere kommerzielle Anbieter bei gleicher Vergütung und ohne Quotierungsregelungen auf Videosprechstunden spezialisieren könnten, was zu einem aus Einschätzung der Teilnehmenden nicht bedarfsgerechten Videosprechstunden-Einsatz führen würde. Videosprechstunden dürften zudem nicht mit dem Ziel, Kosten für GKV-Leistungen zu reduzieren, eingesetzt werden; es dürfe nicht der Eindruck einer "Billig-Therapie" entstehen. Zudem zeigten sich bei einigen Leistungserbringenden Unklarheiten in Bezug auf bestehende Vergütungs-/Quotierungsregelungen.

Die Ergebnisse der Befragung von Ärzt:innen und psychologischen Psychotherapeut:innen bestätigten dieses durchmischte Bild weitgehend: 63 % der Leistungserbringenden stufen die Vergütung der Videosprechstunde als Hürde für den Videosprechstunden-Einsatz ein. Etwas stärker ausgeprägt war die Unzufriedenheit bei männlichen Leistungserbringenden (67 %) sowie Leistungserbringenden aus der fachärztlichen (76 %) und der hausärztlichen Versorgung (67 %) Versorgung; deutlich seltener wurde die Vergütung von psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringenden als Hürde wahrgenommen (33 %). 66 % der Leistungserbringenden empfanden zudem Abrechnungsbegrenzungen durch Quotierungsregelungen als hinderlich. Differenziert nach dem Versorgungsbereich stimmten diesem Punkt Fachärzt:innen deutlich häufiger zu als psychotherapeutisch tätige Leistungserbringende (hausärztliche: 67 %, fachärztliche: 75 %, psychotherapeutische Versorgung: 46 %).

### 2.3.2 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

In der Befragung der Leistungserbringenden sowie in den Fokusgruppendifkussionen wurden mögliche Ansätze zur Veränderung der Vergütungsstruktur im Zusammenhang mit der Erbringung von Videosprechstunden diskutiert.

In der Befragung gaben 92 % der Teilnehmenden an, sich Anpassungen der Vergütungsstruktur und -höhe für die Videosprechstunde zu wünschen. Das ergänzend durchgeführte Discrete-Choice-Experiment (eine Methode der Präferenzhebung), in dem verschiedene Merkmale zur Ausgestaltung der Videosprechstunde (u. a. Vergütung, Wartezeiten, Zeitraum) gebündelt abgefragt wurden, zeigte, dass die "Vergütung der Videosprechstunde im Vergleich zur Vergütung im persönlichen Kontakt" bei Leistungserbringenden mit dem Praxisstandort in

einer Großstadt das dominierende Merkmal war; die bessere Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt verlor in Richtung Landgemeinde an Wichtigkeit. Dieses Ergebnis sollte keinesfalls als Indiz für eine nach Praxisstandort unterschiedlich festzulegende Vergütungshöhe interpretiert werden, sondern eher als Indikator dafür, dass Vergütungsanreize bei Leistungserbringenden in Abhängigkeit vom Praxisstandort unterschiedlich wirken könnten. Unterschiede zeigten sich auch nach dem Versorgungsbereich: Leistungserbringende der psychotherapeutischen Versorgung legten im Vergleich zu den anderen Versorgungsbereichen den größten Wert auf die höhere Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt, gefolgt von den Fachärzt:innen und den Hausärzt:innen. An dieser Stelle stellt sich daher die Frage, ob eine reine Anhebung der Vergütung für Videosprechstunden ein angemessenes Instrument darstellen könnte, um die Zielgruppen zu erreichen, die Videosprechstunden bislang nur zögerlich einsetzen (Leistungserbringende mit ländlichem Praxisstandort und Hausärzt:innen). Hier könnte eher ein Mitnahmeeffekt der Subgruppen ausgelöst werden, die der Videosprechstunde gegenüber bereits überwiegend positiv eingestellt sind.

In den Fokusgruppendifkussionen wurde mehrheitlich eine Vergütungshöhe gefordert, die analog zum persönlichen Kontakt in der Arztpraxis ausgestaltet ist ohne Abschlag; eine höhere Vergütung wurde jedoch nicht für notwendig erachtet. Anpassungen der Quotierungsregelungen wurden gefordert.

Mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz — DigiG) vom 22.03.2024 wurden diverse Aufträge in diesem Zusammenhang an die Selbstverwaltungspartner formuliert. Durch das Gesetz wurden zunächst die gesetzlich festgelegten fall- und leistungsbezogenen Begrenzungen zur Erbringung von Videosprechstunden aufgehoben und die Verantwortung für deren Ausgestaltung in die Hände der Selbstverwaltungspartner gelegt. Der Bewertungsausschuss Ärzte hatte festzulegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Leistungen per Videosprechstunde zukünftig erbracht werden können; dabei wurde ein "weiter Umfang" gefordert. Außerdem waren Qualitätszuschläge vorzusehen (§ 87 Abs. 2n SGB V). Bis Ende 2024 sollten die Bundesmantelvertragspartner zudem Vorgaben für die Sicherung der Versorgungsqualität bei Videosprechstunden vereinbaren. Dabei sollte unter anderem ein gleichberechtigter Zugang zur Videosprechstunde und eine strukturierte Anschlussversorgung berücksichtigt werden (§ 87 Abs. 2o SGB V).

Vor dem Hintergrund des umfassenden gesetzlichen Auftrags durch das Digital-Gesetz, den in der PräVi-Studie erhobenen hemmenden und fördernden Faktoren im Kontext der Vergütungssystematik von Videosprechstunden und den verfügbaren Stellungnahmen relevanter Akteure der Selbstverwaltung (AOK Bundesverband, 2023a,b; BÄK, 2023a,b; Bundespsychotherapeutenkammer, 2023a,b; KBV 2023a,b; Verband der Ersatzkassen, 2023a,b) wurden im Projekt Anpassungsansätze diskutiert, die schließlich im Abschluss-Symposium im November

2024 einem breiten Publikum vorgestellt und mit diesem erörtert wurden. Diese Ansätze sollen im Folgenden dargelegt werden, bevor im Anschluss daran die von den Selbstverwaltungspartnern tatsächlich beschlossenen Anpassungen vorgestellt und mit den Projektansätzen verglichen werden sollen.

Die Regelungsgegenstände wurden dafür in die Bereiche "Voraussetzungen für die Erbringung von Videosprechstunden", "Umfang/Quotierungsregelungen", "Qualitätszuschläge" sowie ggf. notwendige "Anpassungen an der Bedarfsplanung" unterteilt. Folgende Ansätze wurden im Projekt erörtert:

#### 1. Voraussetzungen für die Erbringung von Videosprechstunden:

- Ein zentraler Diskussionspunkt war die optimale Einbindung der Videosprechstunde in die Präsenz-Behandlung: Während die grundsätzliche Entscheidung zur Durchführung von Videosprechstunden mit einem/einer individuellen Patient:in in der Verantwortung der behandelnden Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen liegen sollte, wurde in bestimmten Konstellationen, z. B. in der Probatorik in der Psychotherapie, die Notwendigkeit eines initialen persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes gesehen. Auch die Umsetzbarkeit einer strukturierten Anschlussversorgung wurde thematisiert.
- Zudem wurde diskutiert, mit welchen Maßnahmen ein gleichberechtigter Zugang zur Videosprechstunde ermöglicht werden könnte. Ein Diskussionsansatz waren Zuschläge für die Versorgung von Patient:innen aus schlecht versorgten Regionen via Videosprechstunde.

#### 2. Umfang/Quotierungsregelungen:

- Grundsätzlich wurde die Flexibilisierung durch die Streichung der gesetzlich festgelegten Quoten begrüßt, da die bisherigen starren Grenzen den je nach Versorgungskontext unterschiedlichen Versorgungsanforderungen nicht angemessen Rechnung tragen konnten. Eine ersatzlose Freigabe wurde gleichzeitig kritisch gesehen. Dabei muss jedoch zwischen den leistungs- und den behandlungsfallbezogenen Quoten differenziert werden.
- In Bezug auf die leistungsbezogenen Quoten bestätigten sowohl die Projektergebnisse als auch die Positionen verfügbarer Stellungnahmen überwiegend einheitlich, diese Quotierungsregelung nicht fortzuführen.
- Bei der behandlungsfallbezogenen Quotierung waren die Einschätzungen weniger einheitlich:
  - o Eine ersatzlose Streichung wurde überwiegend abgelehnt, um die Etablierung ortsungebundener Digitalpraxen zu vermeiden und Präsenz- und videoge-

stützte Therapie aus einer Hand sicherzustellen. Außerdem wurde die Befürchtung vor Doppelstrukturen und -untersuchungen bei einer vollständigen Aufhebung dieser Grenzen geäußert.

- Daher wurde diskutiert, wie eine bedarfsgerechte Vorgehensweise bei der Festlegung solcher Quoten erfolgen könnte. Diskutiert wurde(n):
  - fachgruppenspezifische Quoten
  - Patient:innen mit Wohnort in schlecht versorgten Regionen nicht in Quoten zu berücksichtigen
  - Differenzierung nach Status "bekannte/r"/"unbekannte/r" Patient:in
- Bei Beibehaltung (angepasster) behandlungsfallbezogener Quoten wurde zudem die Notwendigkeit der Anpassung der Abschlagsregelung bei ausschließlich Video-Behandlungsfällen diskutiert:
  - Abhängig von der Höhe der Abschläge und der Indikation könnten Abschläge zu einer (sonst nicht notwendigen) zusätzlichen Einbestellung des/der Patient:in in die Praxis führen, um Abschläge zu vermeiden.
  - Abschläge könnten in solchen Fällen wegfallen, die äquivalent zur Vor-Ort-Behandlung durchgeführt werden können (z. B. in (Teilbereichen) der Psychotherapie).

### 3. Qualitätszuschläge bei/für:

- Integration von Videosprechstunden und Vorortbehandlung: Hier wurde die Förderung eines verlässlichen Behandlungspfades positiv hervorgehoben, während mögliche Anreize für unnötige Präsenztermine kritisch angemerkt wurden.
- Praxen, die Leitfäden zur strukturierten Durchführung von Videosprechstunden einsetzen: Hier wurde die Förderung einer strukturierten und qualitätsorientierten Versorgung betont, während zusätzliche Nachweispflichten, Prüfaufwände und Qualitätssicherungsanforderungen kritisch angemerkt wurden.
- Behandlung von Patient:innen aus schlecht versorgten Regionen per Videosprechstunde (unabhängig vom Praxisstandort, vgl. auch Hinweis zur Nicht-Berücksichtigung bei behandlungsfallbezogenen Quoten): Dafür sprach die Verbesserung des Zugang zur medizinischen Versorgung. Negativ angemerkt wurde jedoch, dass trotzdem eine strukturierte Anschlussversorgung in Präsenz nicht gewährleistet sei und ein Prüfaufwand mit dem Sachverhalt "schlecht versorgte Region" einhergehen würde.

### 4. Bedarfsplanung:

- Vor dem Hintergrund der ortsunabhängigen Erbringbarkeit von Videosprechstunden wurde diskutiert, ob Anpassungen an den Vorgaben der Bedarfsplanung notwendig sein könnten.
- Allerdings wurde einschränkend betont, dass bei Fällen, bei denen videogestützte und Präsenztherapie aus einer Hand erfolgen sollten, regionale Kapazitätsunterschiede nicht ausgeglichen würden.
- Falls der Zeitaufwand bei der Leistungserbringung via Video als nicht geringer eingeschätzt würde, entstünden durch die Videosprechstunde keine neuen Kapazitäten.

Nachfolgend soll die tatsächliche Umsetzung der Aufträge des Digital-Gesetzes durch die Selbstverwaltungspartner mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses Ärzte nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 778. Sitzung geschildert werden.

Die bisherige leistungsbezogene Quotierungsregelung in Höhe von 30 % wurde aufgehoben; diese Regelung trat rückwirkend zum 1. Januar 2025 in Kraft. Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen können somit in Zukunft einzelne Leistungen öfter oder sogar komplett als Videosprechstunde anbieten.

Zudem können Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen seit April 2025 mehr bekannte Patient:innen ausschließlich per Video versorgen, denn die vorab bestehende behandlungsfallbezogene Beschränkung in Höhe von 30 % aller Patient:innen wurde mit Wirkung zum 1. April 2025 erweitert und nach unbekanntem und bekannten Patient:innen differenziert. Seitdem können Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen bis zu 50 % ihrer bekannten Patient:innen ausschließlich via Videosprechstunde versorgen. Als "bekannt" gelten Patient:innen, mit denen im aktuellen Quartal oder in mindestens einem der drei Vorquartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Bei unbekanntem Patient:innen bleibt die bestehende Begrenzung in Höhe von 30 %, wobei sich diese nicht mehr auf alle Behandlungsfälle, sondern nur auf die Behandlungsfälle mit unbekanntem Patient:innen bezieht. Neu ist außerdem, dass diese Obergrenzen nun je Praxis (Betriebsstättennummer) angewendet werden, sodass einzelne Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen die Obergrenzen überschreiten können; vorab galt die behandlungsfallbezogene Begrenzung personenbezogen je Leistungserbringendem.

Seit dem 1. April 2025 wird für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen außerdem ein neuer Zuschlag von 30 Punkten auf die Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale gewährt, falls die Behandlung eines/einer bereits bekannten Patient:in in einem Quartal ausschließlich per Videosprechstunde erfolgt. Dieser Zuschlag wird von der zuständigen KV hinzugefügt und dient als Vergütung dafür, dass die Praxis bei Bedarf die Weiterversorgung des/der Patient:in sicherstellt, beispielsweise indem sie kurzfristig einen Termin in der Praxis anbietet. Die Vergütung erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Aufgrund gesunkener Marktpreise für Videodienste wird ab dem 1. Juli 2025 außerdem der Höchstwert für den Technikzuschlag auf 700 Punkte (vorher 1.899) begrenzt. Diese Summe wird fortan schon bei 18 Videosprechstunden pro Quartal erreicht.

Außerdem wurden die Partner der Bundesmantelverträge mit dem Digital-Gesetz aufgefordert, die Erbringung psychotherapeutischer Sprechstunden und probatorischer Sitzungen im Rahmen einer Videosprechstunde zu ermöglichen (§ 87 Abs. 2p SGB V). Ab dem 1. Januar 2025 können diese Leistungen als Videosprechstunde abgerechnet werden. Damit wurde eine frühere Einschränkung in der Psychotherapie-Vereinbarung aufgehoben, die eine Abrechnung dieser Leistungen per Video nicht vorsah. Die Vereinbarung sieht jedoch weiterhin vor, dass mindestens 50 Minuten der ersten psychotherapeutischen Sprechstunde und der ersten probatorischen Sitzung im direkten persönlichen Kontakt stattfinden sollen. Zudem wird in der Psychotherapie generell empfohlen, Erstkontakte persönlich durchzuführen (Anlage 1 zum BMV-Ä).

Um sicherzustellen, dass Patient:innen in Videosprechstunden optimal versorgt werden, wurden im BMV-Ä zudem diverse Qualitätsstandards bzw. Anforderungen festgelegt. Für Patient:innen, die per Videosprechstunde behandelt werden, müssen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen eine Anschlussbehandlung sicherstellen. Dies kann durch einen zeitnahen Termin in der Praxis, eine Facharztüberweisung oder eine Krankenhauseinweisung erfolgen, wenn dies medizinisch erforderlich ist. Ab September 2025 müssen Terminvermittlungsdienste Patient:innen zudem primär Videosprechstunden bei Ärzt:innen in ihrer räumlichen Nähe anbieten. Das Anbieten von Terminen allein zur Erbringung einer bestimmten Leistung, wie zum Beispiel einer AU-Bescheinigung, ist nicht mehr erlaubt (Anlage 31c zum BMV-Ä).

Vergleicht man die im Projekt diskutierten Lösungsansätze mit den tatsächlich von den Selbstverwaltungspartnern umgesetzten Anpassungen des EBM sowie BMV-Ä, werden auf der einen Seite große Überschneidungen deutlich, gleichzeitig bleibt jedoch Raum für ergänzende Regelungen.

In Bezug auf die behandlungsfallbezogenen Quotierungsregelungen deckt sich das Vorgehen (Differenzierung zwischen bekannten und unbekanntem Patient:innen) mit einem im Projekt diskutierten Ansatz. Ergänzend wurden im Projekt jedoch weitere Ansätze für eine differenzierte Vorgehensweise bei der Konzeption von behandlungsfallbezogenen Quoten angeführt: Dazu gehörten fachgruppenspezifische Quoten sowie die Nicht-Berücksichtigung von Patient:innen mit Wohnort in schlecht versorgten Regionen bei der Zählung für die Quoten. Der letztgenannte Vorschlag war aber nicht unumstritten, da dadurch bspw. eine einseitige Versorgung dieser Patientengruppe via Videosprechstunden und damit ggf. einhergehende Versorgungsunterschiede verstärkt werden könnten. Dies sollte jedoch auch vor dem möglichen

Potenzial des Zugangs zur (ansonsten ggf. gar nicht stattfindenden) Versorgung gesehen werden.

Die im Projekt adressierte Gefahr, dass Abschlüge zu einer (sonst nicht notwendigen) zusätzlichen Einbestellung des/der Patient:in in die Praxis führen könnte, wurde durch die neuen Zuschläge bei der ausschließlichen Behandlung von bekannten Patient:innen via Videosprechstunde adressiert.

Das Thema der Qualitätszuschläge hätte zudem breiter verfolgt werden können. So hätte auch die Nutzung von qualitätsgesicherten Leitfäden zur strukturierten Durchführung von Videosprechstunden ein Ankerpunkt dafür sein können (vgl. Handlungsfeld "Organisation und Durchführung"). Allerdings wurden auch hier die Schattenseiten einer solchen Regelung hervorgehoben (Nachweispflichten, Prüfaufwände und Qualitätssicherungsanforderungen).

Da das Erfordernis der räumlichen Nähe von Ärzt:innen und Patient:innen in den neuen Regelungen stark in den Fokus gerückt wurde (vgl. § 7 Anlage 31c zum BMV-Ä), scheinen zum jetzigen Zeitpunkt Anpassungen an der Bedarfsplanung vernachlässigbar, da insbesondere die Notwendigkeit der strukturierten Anschlussversorgung eine gänzlich ortsunabhängige Versorgung ausschließt.

## 2.4 Vermittlung von Kompetenzen

### 2.4.1 Hintergrund und Problembeschreibung

In der Befragung von Versicherten und Leistungserbringenden zeigten sich unterschiedlich stark ausgeprägte Herausforderungen in der Bedienung technischer Geräte bzw. Software-Systeme zur Nutzung von Videosprechstunden.

44 % der Leistungserbringenden betrachteten ihre Erfahrung in der technischen Umsetzung von Videosprechstunden als hinderlich. Dies wurde häufiger von weiblichen Leistungserbringenden (50 %) und von Leistungserbringenden aus der hausärztlichen Versorgung (49 %) berichtet. In den Fokusgruppen berichteten Leistungserbringende primär von Patient:innen, die Probleme mit der Bedienung der Videosprechstunde hätten, was zu erheblichen Störungen im Praxisalltag führe.

Im Gegensatz dazu sahen nur 17 % der befragten Versicherten ihre Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte als hindernden Faktor an. Hierzu wurden jedoch für bestimmte vulnerable Gruppen Unterschiede festgestellt: Chronisch kranke Personen (24 %), Nicht-Erwerbstätige (33 %) sowie Personen über 60 Jahre (34 %) gaben häufiger an, dass die Erfahrung in der Bedienung der Technik eine Hürde darstellt. Die zum Teil fehlende Erfahrung wurde auch in den Fokusgruppen mit Versicherten thematisiert, dort aber auch eher als untergeordnete Hürde dargestellt.

## 2.4.2 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

In der Befragung wünschten sich 59 % der Leistungserbringenden Schulungsangebote für sich und ihr Praxisteam; dieser Wunsch war häufiger im fach- und hausärztlichen Bereich als in der psychotherapeutischen Versorgung zu verzeichnen. 56 % wünschten sich zudem Schulungsangebote für Patient:innen; dies war ebenfalls stärker in der fach- und hausärztlichen Versorgung ausgeprägt.

Auch in der Versichertenbefragung wurden ähnliche Themen abgefragt: 71 % der Versicherten wünschten sich Informationsangebote zur Videosprechstunde (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüren). 83 % wünschten sich Informationen durch ihren Arzt/ihre Ärztin.

Informationsangebote bzw. Handreichungen zur Nutzung der Videosprechstunde existieren bereits. So hat die KBV auf ihrer Informationsseite zur Videosprechstunde beispielsweise Informationen sowohl für Leistungserbringende (KBV 2025b) als auch für Patient:innen veröffentlicht. Dort wird bei den Patienteninformationen zudem zwischen einer Videosprechstunde mit Psychotherapeut:innen (KBV 2024b) und Ärzt:innen anderer Fachgruppen (KBV 2024a) differenziert. Auch die Bundesärztekammer hat im Oktober 2020 eine "Handreichung für Ärztinnen und Ärzte zur Umsetzung von Videosprechstunden in der Praxis" im Ärzteblatt veröffentlicht (BÄK 2022).

Bei den existierenden Informationsangeboten ist jedoch unklar, wie deren Bekanntheitsgrad unter Patient:innen und Leistungserbringenden ist, sodass an dieser Stelle wieder auf das Handlungsfeld "Bewusstsein und Bedarf" verwiesen werden kann, welches besonders im Fokus dieser Handlungsempfehlungen steht.

Wie einleitend beschrieben, betrachten knapp die Hälfte der befragten Leistungserbringenden ihre Erfahrung in der technischen Umsetzung von Videosprechstunden als hinderlich. Vor diesem Hintergrund soll geprüft werden, ob und wie die Vermittlung von Digitalkompetenzen in der ärztlichen Aus- und Fortbildung eine Rolle spielt.

### **Ärztliche Ausbildung**

In der ärztlichen Ausbildung gibt es bislang keine standardisierten Module zur Telemedizin. Jedoch gibt es diverse Initiativen, Digitalkompetenzen in der ärztlichen Ausbildung zu schulen und im Curriculum zu etablieren.

Am 31. März 2017 wurde der Masterplan Medizinstudium 2020 durch das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Kultusministerkonferenz und die Gesundheitsministerkonferenz sowie Vertreter:innen der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages verabschiedet. Dieser berücksichtigte keine Inhalte zur Digitalisierung. Eine Expertenkommission, die nach Beschluss des Masterplans eingesetzt wurde, sprach sich in ihrer Veröffentlichung 2018 explizit für die Aufnahme von Lerninhalten

zur Digitalkompetenz in das Curriculum aus, begründet mit neuen Möglichkeiten in der Telemedizin, Apps und der elektronischen Patientenakte.

Am 27. April 2021 veröffentlichte der Medizinische Fakultätentag die Neufassung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM 2.0). Dieser hat im Sinne eines Kerncurriculums Medizin/Zahnmedizin bislang noch Empfehlungscharakter für die Fakultäten, soll jedoch in der zukünftigen Approbationsordnung verankert und damit zukünftig (geplant zum 01. Oktober 2025) verbindlich werden (BT-Drucksache 20/10321). Telemedizin wurde als Punkt im Kapitel Digitalisierung des NKLM 2.0 aufgenommen. Hier soll insbesondere die Vermittlung von Einsatzszenarien für telemedizinische Anwendungen gefördert werden. Weitere Themen umfassen den Datenschutz sowie die technischen Voraussetzungen (Medizinischer Fakultätentag, 2021).

Zudem gibt es Initiativen und Forschungsprojekte, die sich mit der Entwicklung und Implementierung von digitalen Lehr- und Lernkonzepten im Medizinstudium beschäftigen. Ein Beispiel ist das Projekt "DigiWissMed" an der Medizinischen Hochschule Hannover (o. J.).

Außerdem hat die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung einen Ausschuss "Digitalisierung" etabliert, der sich mit der Integration digitaler Kompetenzen in die medizinische Ausbildung befasst. Die Arbeitsgruppe "Digitalisierung der Fachbereiche: Medizin" hat im November 2023 eine Handreichung zum Thema "Digitale Transformation in der medizinischen Ausbildung" veröffentlicht (Brandt et al., 2023).

### Ärztliche Fortbildungen

Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2023 ein Curriculum für Fortbildungen zur Videosprechstunde veröffentlicht. Dieses Curriculum besteht aus drei Modulen mit insgesamt 16 Unterrichtseinheiten (vgl. Abbildung 5).

<b>BÄK-Curriculum „Videosprechstunde“</b>		<b>16 UE</b>
<b>Modul I</b>	IT-Ausstattung und technische Verfahren sowie formale, verwaltungstechnische und rechtliche Rahmenbedingungen	3 UE
<b>Modul II</b>	Implementierung und strukturiertes Vorgehen bei der Durchführung der Videosprechstunde	5 UE
<b>Modul III</b>	Praktische Übungen anhand von Fallbeispielen	8 UE
<b>Lernerfolgskontrolle</b>		

*UE (Unterrichtseinheit) = 45 Minuten*

Abbildung 5: Bundesärztekammer-Curriculum für Fortbildungen zur Videosprechstunde

Die jeweiligen Ärztekammern können das BÄK-Curriculum übernehmen. Die Inhalte des Curriculums wurden bislang jedoch selten in eine Schulung umgesetzt: Eine Abfrage im August 2024 ergab, dass diese bislang in zwei Ärztekammern (Ärztekammer Niedersachsen, Ärztekammer Westfalen-Lippe) angeboten wird und in einer weiteren in Planung ist (Landesärztekammer Baden-Württemberg). Die Umsetzung des Curriculums scheint daher ausbaufähig. Auf Nachfrage bei einigen Ärztekammern ergaben sich Anhaltspunkte darauf, dass der Wunsch der Leistungserbringenden für ein solches Angebot nicht bestünde. Vor dem Hintergrund der Projektergebnisse (knapp 60 % der Leistungserbringenden wünschen sich Schulungsangebote) scheint der Wunsch zwar zu bestehen, dieser könnte jedoch nicht ausreichend an die Ärztekammern herangetragen worden sein.

Darüber hinaus gibt es Seminare von privaten Unternehmen zur Videosprechstunde, die unter anderem technische Inhalte, Hinweise zur Körpersprache sowie den digitalen Umgang mit Patient:innen vermitteln (u. a. EMMERICH Mediencoaching, o. J.).

Zudem bieten die Hersteller der Videodienste in der Regel auch strukturelle Unterweisungen für Leistungserbringende selbst, aber auch für Patient:innen an (u. a. RED Medical Systems GmbH, (o. J.a,b)).

Die bestehenden Angebote und erwartbaren Entwicklungen in der medizinischen Ausbildung zeigen, dass die Vermittlung von Digitalkompetenzen zukünftig stärker in den Fokus rücken werden. Allerdings fokussieren sich diese vermehrt auf die technische Umsetzung einer Videosprechstunde sowie ggf. auch auf die Arzt-Patienten-Interaktion in einer Videosprechstunde; nicht berücksichtigt scheint jedoch die Einbindung von Videosprechstunden in den Praxisalltag, also die Neuorganisation bestehender Prozesse, die eine zentrale Herausforderung zu sein scheint. Diese Thematik wird im Handlungsfeld "Organisation und Durchführung" separat beleuchtet.

Außerdem bedarf es neben Schulungsangeboten für Leistungserbringende, auch Informations- und Schulungsangebote für **medizinisches Praxispersonal**, das für digitale Prozesse befähigt werden muss. Ein Beispiel dafür ist die die Fortbildung zum/zur "Digi-Manager:in" für nicht-ärztliches Praxispersonal in der KV Westfalen-Lippe mit dem Ziel der Etablierung von Digitalisierungsbeauftragten in Arztpraxen und psychotherapeutischen Praxen. Bei dem vom BMG geförderten Modellprojekt wurden knapp 100 Digi-Manager:innen aus den Praxen in Westfalen-Lippe weitergebildet. Die Videosprechstunde wurde dabei sowohl im Wissensmodul im Themenkomplex Telemedizin angesprochen als auch bei den individuellen Dipraxisführungen (KV WL 2025).

Schließlich stellt sich die Frage, wie **Patient:innen**, denen die Erfahrung in der Nutzung von Videosprechstunden fehlt, sinnvoll unterstützt werden könnten.

Neben den genannten Informationsangeboten und Handreichungen könnten bspw. Praxen selbst Erklärvideos auf ihrer Praxishomepage verlinken. Diese könnten entweder von einer zentralen Stelle (z. B. der KBV) oder vom Videodienst-Hersteller bereitgestellt werden. Letzteres hätte den Vorteil, dass die unterschiedlichen Funktionsweisen der zahlreichen Videodienste direkt berücksichtigt werden könnten. Beispiele dafür existieren (u. a. samedi GmbH 2021). Bei der Nutzung zentral zur Verfügung gestellter Informationen sollte jede Praxis sorgfältig prüfen, ob Anpassungen in Bezug auf die individuelle Praxisstruktur sowie die Abläufe notwendig sind.

Außerdem könnten Patient:innen durch (gesondert qualifiziertes) nicht-ärztliches Praxispersonal bei der (erstmaligen) Durchführung von Videosprechstunden in der Häuslichkeit unterstützt werden, die im Rahmen eines delegierten Hausbesuches Patient:innen vor Ort unterstützen könnten. Dafür ist jedoch zu prüfen, ob solche Leistungen im EBM angemessen abgebildet sind. Eine entscheidende Frage wird dabei auch sein, ob die Unterstützungsleistung als medizinisch notwendig erachtet bzw. eingeordnet wird und damit als GKV-Leistung anzusehen ist. Im hausärztlichen Bereich kann bspw. die GOP 03062 (Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen) abgerechnet werden. Außerdem sind die Leistungen im EBM-Kapitel 38 (Delegationsfähige Leistungen) auf die Berücksichtigung solcher Leistungen sowie ggf. notwendige Anpassungen in den zugehörigen Anlagen des BMV-Ä (Anlage 8: Delegations-Vereinbarung, Anlage 24: Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal, Anlage 31b: Videosprechstunde) zu prüfen.

Wie in Kapitel 2.1 (Bewusstsein und Bedarf) bereits angesprochen, könnte zudem eine breit angelegte öffentliche Ansprache von Patient:innen über im Alltag regulär verwendete Kommunikationsplattformen/-kanäle (wie bspw. über TV, Radio, Print, Social Media) sinnvoll sein, um die Hemmschwelle zur Nutzung von Videosprechstunden zu senken und Kompetenzen zu vermitteln. Außerdem könnte auf öffentliche Angebote zur Vermittlung von Kompetenzen hingewirkt werden. Ein möglicher Ansatz wäre die Einrichtung von „VS-Service-Points“ direkt in Rathäusern oder Gemeindehäusern. Solche Anlaufstellen könnten Patient:innen dabei unterstützen, die technischen Voraussetzungen zu verstehen und die Nutzung der Videosprechstunden zu erlernen.

### **3. Handlungsfelder in der Praxis**

Als Handlungsfelder in der Praxis wurden sowohl die individuelle Infrastruktur (u. a. eine stabile Internetverbindung und technische Ausstattung), als auch die Organisation und Durchführung identifiziert.

#### **3.1 Individuelle Infrastruktur**

##### **3.1.1 Hintergrund und Problembeschreibung**

In den Befragungen wurde deutlich, dass eine fehlende technische Ausstattung eher von den Leistungserbringenden als von den Versicherten als Hürde wahrgenommen wurde. 38 % der befragten Leistungserbringenden sahen eine fehlende technische Ausstattung als hindernden Faktor an. Besonders betroffen zeigten sich Leistungserbringende aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich (44 %); nur 17 % der Psychotherapeut:innen sahen hier Probleme.

Nur 13 % der Versicherten gaben eine fehlende technische Ausstattung als Hürde an. Allerdings scheint diese Hürde größer bei bestimmten Versichertengruppen, insbesondere bei chronisch kranken Personen (19 %), Nicht-Erwerbstätigen (26 %) und Personen über 60 Jahren (27 %). In den Fokusgruppen mit Versicherten wurde ebenfalls darauf hingewiesen, dass eine unzureichende technische Infrastruktur für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen eine Hürde darstellen könnte.

In der im Projekt durchgeführten Befragung konnte zudem festgestellt werden, dass nur 15 % der befragten Leistungserbringenden eine schlechte eigene Internetverbindung als hindernden Faktor empfanden. Leistungserbringende schätzten jedoch die Internetverbindung ihrer Patient:innen als schlechter ein, als die Versicherten selbst: 38 % der Leistungserbringenden gaben an, dass die Internetverbindung ihrer Patient:innen eine Hürde für den Videosprechstunden-Einsatz darstellt; dies gaben insbesondere Leistungserbringende, die ihre Praxis in ländlichen Regionen betreiben (56 %), sowie in der hausärztlichen Versorgung Tätige (46 %) häufiger an. In der Befragung der Versicherten, gaben jedoch nur 14 % an, dass sie ihre Internetverbindung als Hürde für die Nutzung der Videosprechstunde sehen; bestimmte Gruppen nahmen dies jedoch häufiger als Hürde wahr: ältere Personen (23 %), Nicht-Erwerbstätige (23 %), chronisch kranke Personen (18 %) sowie Personen aus ländlichen Regionen (22 %).

Insgesamt zeigt sich, dass eine fehlende technische Ausstattung eher bei den Leistungserbringenden als bei den Versicherten eine Hürde darstellt. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass einigen Leistungserbringenden das notwendige Wissen über die oft niedrigschwellige Ausstattung für den Einsatz von Videosprechstunden fehlt. Bei den Versicherten kann die feh-

lende technische Ausstattung für einzelne Gruppen relevant sein. Eine schlechte Internetverbindung stellt für die Mehrheit der Versicherten und Leistungserbringenden zwar keine bedeutende Hürde dar, könnte jedoch auch in bestimmten Regionen und unter spezifischen Bedingungen relevant sein.

### 3.1.2 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

§ 4 Anlage 31b BMV-Ä definiert sehr niedrigschwellige technische Anforderungen an Vertragsärzt:innen zur Durchführung der Videosprechstunde: „Die apparative Ausstattung umfasst einen Bildschirm, eine Kamera, ein Mikrofon und einen Lautsprecher. Deren Funktionalitäten können auch vollständig oder teilweise in einem Gerät vereint sein“. Diese Anforderungen scheinen bereits beim Vorhandensein eines Laptops erfüllt zu sein. Zur Finanzierung der notwendigen Software zur Durchführung von Videosprechstunden ist im EBM eine eigene GOP (01450, Bewertung: 40 Punkte/2025: 4,96 Euro, ab 1. Juli wegen gesunkener Marktpreise Begrenzung auf max. 700 Punkte) vorgesehen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob für Leistungserbringende an dieser Stelle Maßnahmen notwendig sind.

Auf Versichertenseite wurde deutlich, dass die Mehrheit der Personen zwar keine Probleme bei der technischen Infrastruktur hatte, ausgewählte, insbesondere vulnerable Patientengruppen jedoch durchaus näher betrachtet werden sollten. Patient:innen, denen eher die geeignete Technik fehlt und solche, die vermehrt ambulante Inanspruchnehmende sind, stimmen weitestgehend überein: chronisch kranke und ältere Personen. Speziell für diese Gruppen könnten unterstützende Maßnahmen bedacht werden.

Ein Ansatzpunkt dafür wäre die Möglichkeit der Ausleihe von bereits am mobilen Telefonnetz angeschlossene Tablets. Allerdings wären solche Maßnahmen mit extremen Aufwänden verbunden (Definition Anspruchsberechtigter, unbegrenzter Zeitraum, Organisation und Logistik, Finanzierung, Instandhaltung der Geräte, Inhaberschaft, Hosting etc.), die die Umsetzbarkeit einer solchen Maßnahme erheblich in Frage stellen.

Durch das Digital-Gesetz vom 22.03.2024 wurde zudem ein Anspruch von Versicherten auf die sogenannte "Assistierte Telemedizin in Apotheken" gesetzlich verankert. Der Gesetzgeber verfolgt damit das Ziel, „die Inanspruchnahme der telemedizinischen Versorgungsangebote zu heben, die Chancengleichheit im Bereich der Versorgung zu stärken und die Potenziale der Telemedizin etwa bei der Entlastung von Praxen oder bei der Gewährleistung eines guten Zugangs zur Versorgung auch in strukturschwachen ländlichen Gegenden zu stärken“ (BMG, 2023b). Apotheken können den Versicherten hinsichtlich telemedizinischer Verfahren beratend und anleitend zur Seite stehen. Dazu zählt nach § 129 Abs. 5h SGB V die Beratung zu ambulanten telemedizinischen Leistungen, die Anleitung zu der Inanspruchnahme ambulan-

ter telemedizinischer Leistungen mittels einer in Apotheken in geeigneter Weise bereitgestellten technischen Ausstattung sowie die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben zur Unterstützung anlässlich einer ärztlichen telemedizinischen Leistung. Der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband verhandeln weiterhin über die konkrete Ausgestaltung und Vergütung dieser Leistungen. Eine ursprünglich bis zum 31. März 2025 gesetzlich vorgesehene Einigung wurde noch nicht erzielt (Stand Juni 2025).

## **3.2 Organisation und Durchführung**

### **3.2.1 Hintergrund und Problembeschreibung**

In der Befragung von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen gaben etwa drei Viertel derer, die Videosprechstunden bisher nicht oder nur selten eingesetzt haben, an, dass sie die organisatorischen Aufwände als zu hoch einschätzen (75 %); damit stellte dies die größte Hürde unter allen abgefragten Aspekten bei den Leistungserbringenden dar. Außerdem hätten sie keine Zeit, Videosprechstunden neben dem regulären Praxisbetrieb anzubieten (71 %). Beide Aspekte wurden stärker von Leistungserbringenden aus der hausärztlichen Versorgung empfunden. 43 % der Leistungserbringenden gaben zudem an, dass die Durchführung der Videosprechstunde als zu anstrengend eingeschätzt wird. Mehr als die Hälfte der Befragten befürchtete außerdem einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen durch das Angebot von Videosprechstunden. Außerdem wurden Sorgen zu einer schlechteren Behandlungsqualität (61 %) sowie zu einer Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung (45 %) geäußert. Auch in den Fokusgruppen führten Leistungserbringende Anstrengungen durch Bildschirmarbeit sowie Stress durch eine erhöhte Taktung von Kontakten sowie durch neue und unbekannte Aufgaben als hemmende Faktoren an. Eine befürchtete geringere Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Leistungen wurde in den Fokusgruppen ebenfalls diskutiert.

Die befragten Versicherten teilten diese Sorgen nur bedingt: Hier gaben nur 17 % an, Videosprechstunden als zu anstrengend zu empfinden, wobei bestimmte Gruppen (z. B. chronische Kranke (21 %) und ältere Patient:innen (26 %)) die Belastungen etwas höher einstufen. Versicherte sahen eine Verschlechterung der Versorgungsqualität (44 %) außerdem seltener als Problem als Leistungserbringende (61 %).

Es zeigt sich, dass die Videosprechstunde von vielen Leistungserbringenden mit Mehrarbeit, zusätzlichen Aufwänden und Belastungen assoziiert wird, was ihre Akzeptanz und Verbreitung erheblich erschwert. Vor diesem Hintergrund werden zwei Handlungsbereiche deutlich: Zum einen sollte einer zusätzlichen Arbeitsbelastung der Praxen infolge der Nutzung von Videosprechstunden entgegengewirkt werden; zum anderen gilt es, einer potenziell erhöhten Inanspruchnahme dieser Versorgungsform aufgrund einer möglicherweise gesunkenen Hemmschwelle vorzubeugen.

### 3.2.2 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

Grundsätzlich liegt die Entscheidung, mit wem eine Videosprechstunde durchgeführt werden kann, in der individuellen Verantwortung der Leistungserbringenden; bundeseinheitliche Vorgaben gibt es dafür nicht.

Dennoch könnten Ein- und Ausschlusskriterien für die Umsetzbarkeit von Videosprechstunden, die die Ärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen für ihre Praxis individuell definieren, helfen, um eine angemessene Versorgungsqualität in Videosprechstunden zu gewährleisten und unnötige Inanspruchnahmen zu reduzieren. Klare Kriterien für die Umsetzbarkeit von Videosprechstunden könnten auch dem Praxispersonal bei der Vergabe von Videosprechstunden-Terminen eine Orientierung bieten oder die strukturierte Online-Terminvergabe unterstützen. Ein denkbarer Ansatzpunkt für eine digitale, standardisierte Ersteinschätzung über den Versorgungsbedarf und die Versorgungsebene (z. B. Telemedizin vs. persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt) leistet die "Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland" (SmED), die derzeit u. a. von den Mitarbeitenden der Telefonzentrale des ärztlichen Bereitschaftsdienstes genutzt wird sowie online für Patient:innen als "Patienten-Navi" zur Selbstselektion angeboten wird (KBV 2025a). Dieses Online-Angebot könnte bspw. verpflichtend der Online-Terminvergabe vorgeschaltet werden. Patient:innen, die danach einen Online-Termin buchen möchten, müssten dann bspw. vor der Buchung ein Häkchen zur Bestätigung setzen, dass die Videosprechstunde als Versorgungsebene als geeignet eingestuft wurde; alternativ könnte das Tool (ggf. angepasst) vom Praxispersonal bei telefonischen Videosprechstunden-Buchungen genutzt werden. Für die Definition von Ein- und Ausschlusskriterien könnten zudem die in der PräVi-Studie erhobenen Befragungsergebnisse genutzt werden (vgl. Handlungsfeld "Bewusstsein und Bedarf", Abschnitt Einsatzmöglichkeiten).

Um Mehrarbeit in Praxen zu vermeiden, sollten neben Kriterien für die Vergabe von Videosprechstunden-Terminen klare Abläufe und Verantwortlichkeiten in der individuellen Praxis entwickelt werden. Dabei ist zu prüfen, welche Arbeiten in der Vor- und Nachbereitung eines Termins via Videosprechstunde vom Praxispersonal durchgeführt werden können, um die Leistungserbringenden zu entlasten und eine reibungslose Durchführung von Videosprechstunden (vergleichbar zu persönlichen Kontakten) zu gewährleisten.

Operationalisiert werden könnte dies in strukturierten Ablaufdiagrammen, sogenannten SOPs (Standard Operation Procedure), die bspw. gemeinsam im Team einer Praxis oder übergreifend bspw. für Praxisnetze entwickelt werden könnten. Als Informationsgrundlage dafür liegen bspw. die Handreichungen der KBV (2025b) sowie der BÄK (2022) vor; außerdem sind die Anforderungen in Anlage 31b des BMV-Ä zu berücksichtigen: § 3 definiert Anforderungen an die teilnehmenden Patient:innen zur Durchführung der Videosprechstunde (u. a. Durchfüh-

rung in geschlossenen Räumen, alle Anwesenden im Raum zu Beginn vorstellen, Aufzeichnungen nicht erlaubt) und § 4 definiert die Anforderungen an die Leistungserbringenden. Zu diesen Anforderungen gehören neben der Sicherstellung der apparativen Ausstattung (vgl. Handlungsfeld "Individuelle Infrastruktur") die Aufklärung des/der Patient:in über die in § 3 genannten Anforderungen. Außerdem hat der Leistungserbringende zunächst eine Einwilligung des/der Patient:in in die Datenverarbeitung des genutzten Videodiensteanbieters einzuholen. Abbildung 6 und Abbildung 7 stellen ein rudimentäres Beispiel für einen Workflow zur Implementierung sowie zur Durchführung von Videosprechstunden im Praxisalltag dar.

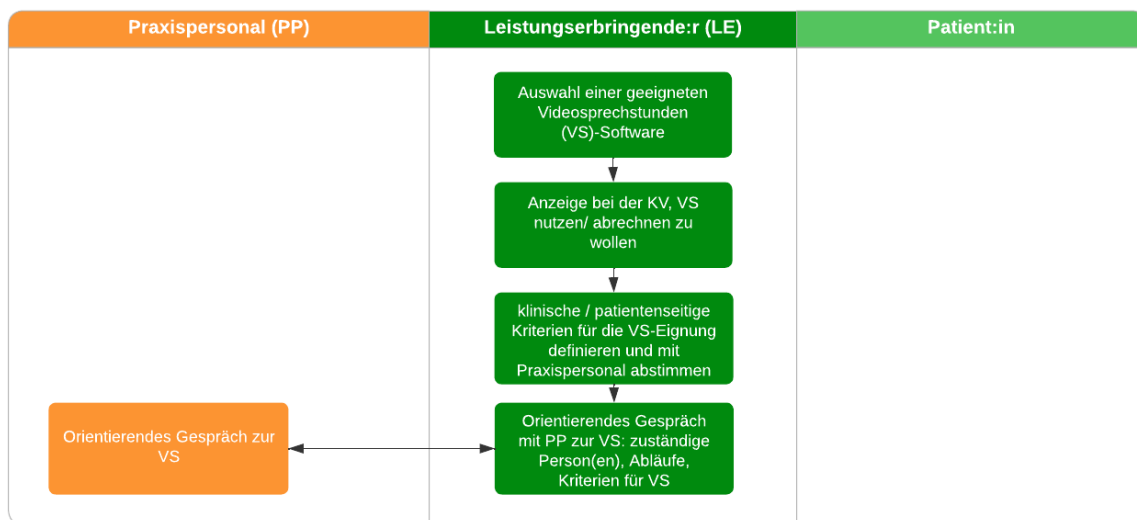


Abbildung 6: Exemplarischer Workflow zur Implementierung von Videosprechstunden

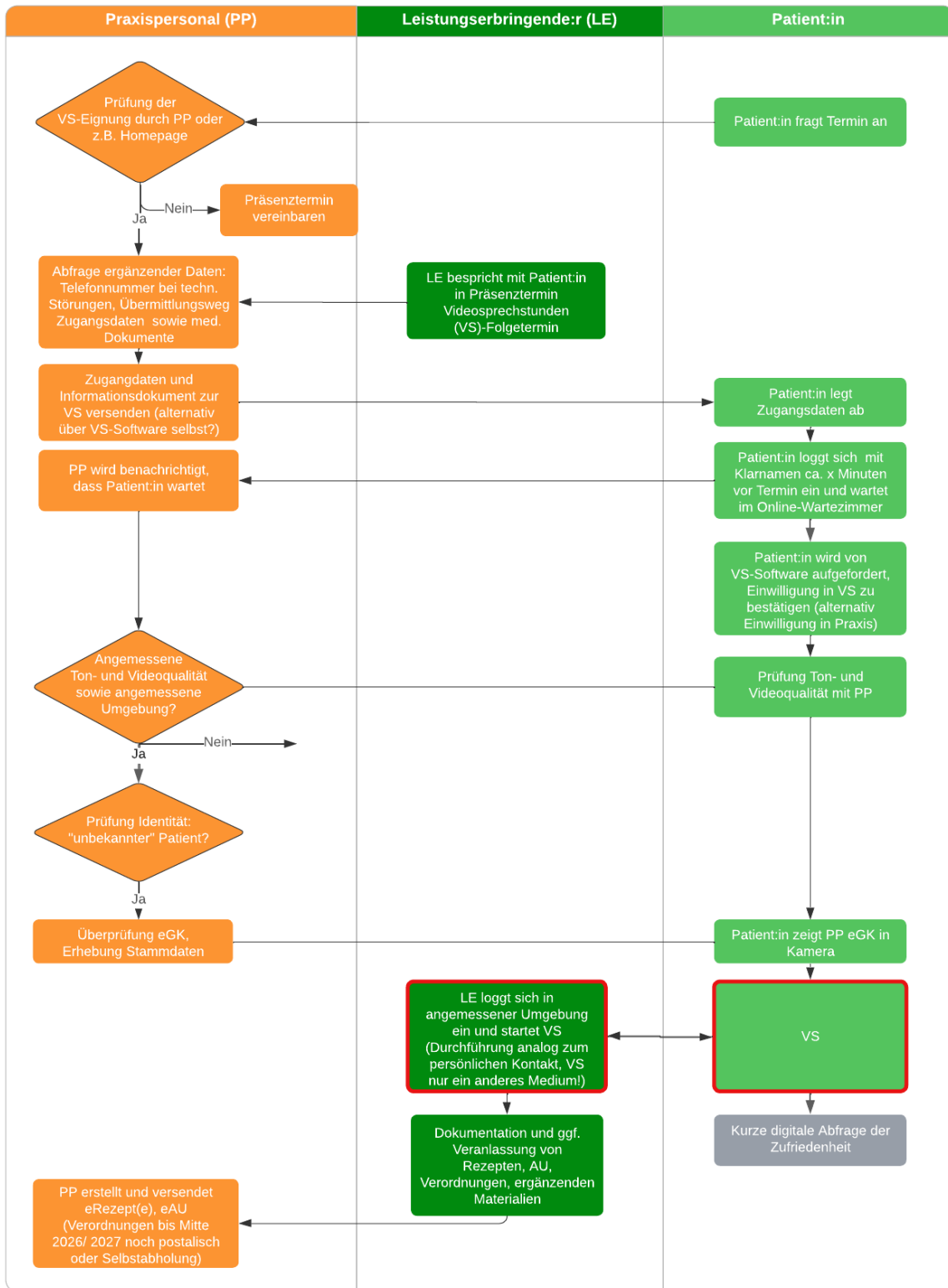


Abbildung 7: Exemplarischer Workflow zur Durchführung von Videosprechstunden in der Praxis

#### 4. Zusammenfassende Empfehlungen

Im Jahr 2023 wurde die Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege vom Bundesgesundheitsministerium gemeinsam mit zahlreichen Akteuren mit dem Ziel der digitalen Transformation im Gesundheits- und Pflegewesen erarbeitet. Die Videosprechstunde stellt eine Komponente der Digitalisierungsstrategie dar und sollte stets eingebettet in den Gesamtkontext der Elemente der Telematikinfrastruktur betrachtet werden. Als ein spezifisches Ziel in Bezug auf die Videosprechstunde wurde in der Digitalisierungsstrategie angeführt, dass in ländlichen Regionen durch Telemedizin ein besserer Zugang zu hochwertiger Versorgung geschaffen werden soll. Außerdem wurde beschrieben, dass die Inanspruchnahme und Durchführung telemedizinischer Leistungen durch nicht-ärztliches Gesundheitsfachpersonal, zum Beispiel in Apotheken und Gesundheitskiosken, unterstützt werden soll. Bis 2026 soll es in mindestens 60 % der hausärztlich unterversorgten Regionen eine Anlaufstelle für assistierte Telemedizin geben. Zudem wurde bereits in der 2023 veröffentlichten Strategie die Aufhebung der 30-Prozent-Limitierung für Videosprechstunden angesprochen (BMG, 2023a).

Betrachtet man insbesondere die Gesetzes-Initiativen durch das Digital-Gesetz (2024) stellt man fest, dass einige dieser Punkte bereits umgesetzt wurden. So wurden die Voraussetzungen zur Erbringung von Videosprechstunden sowie die damit verbundene Vergütungsstruktur inzwischen umfassend überarbeitet; ergänzende Überarbeitungsempfehlungen wurden in diesem Blueprint erläutert (vgl. Handlungsfeld "Vergütung"). Auch die assistierte Telemedizin in Apotheken wurde auf den Weg gebracht (vgl. Handlungsfeld "Vermittlung von Kompetenzen").

Abgesehen von der Notwendigkeit zur Überwindung bestehender Hürden zur Etablierung eines technisch einwandfrei funktionierenden Zusammenspiels der Elemente der Telematikinfrastruktur wurde in der PräVi-Studie jedoch deutlich, dass insbesondere Leistungserbringende als Gate-Keeper zum Einsatz der Videosprechstunde im Fokus der Handlungsempfehlungen stehen. Die flächendeckende und längerfristige Anwendung von Videosprechstunden in der Zukunft kann nur gelingen, wenn diese Form der Leistungserbringung auch außerhalb von Krisenzeiten und damit nicht nur als Notlösung akzeptiert und als eine sinnvolle Ergänzung zum persönlichen Kontakt angesehen wird (vgl. Handlungsfeld "Bewusstsein und Bedarf").

Schließlich scheint die nur schleppende digitale Transformation einer Arztpraxis eine große Hürde für den Einsatz von Videosprechstunden zu sein, da jede einzelne Arztpraxis die Vorteile erkennen, den digitalen Wandel durchlaufen und individuelle Lösungen finden muss. Hier könnte ein mit Best-Practice-Beispielen ausgearbeiteter Handlungsleitfaden (der nicht nur isoliert den Einsatz von Videosprechstunden betrachtet, sondern dessen Einsatz in den Kontext

mit Themen wie Terminbuchung, PVS-System, TI-Anbindung) eine weitere Hilfestellung liefern (vgl. Handlungsfeld "Organisation und Durchführung").

#### IV. Referenzen

Anlage 31b zum BMV-Ä - Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V. (2025). (Fassung vom: 19.12.2025).

[https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-31b-videosprechstunde/Anlage\\_31b\\_Videosprechstunde.pdf](https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-31b-videosprechstunde/Anlage_31b_Videosprechstunde.pdf)

Anlage 31c zum BMV-Ä - Vereinbarung über die Anforderungen für die Sicherung der Versorgungsqualität von telemedizinischen Leistungen gemäß § 87 Absatz 2o SGB V. (2025). (Fassung vom: 01.03.2025).

[https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-31c-telemedizinische-leistungen/Anlage\\_31c\\_BMV-Vereinbarung\\_Versorgungsqualitaet\\_telemedizinischer\\_Leistungen.pdf](https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-31c-telemedizinische-leistungen/Anlage_31c_BMV-Vereinbarung_Versorgungsqualitaet_telemedizinischer_Leistungen.pdf)

Anlage 4b zum BMV-Ä - Vereinbarung über die Authentifizierung von Versicherten bei der ausschließlichen Fernbehandlung. (2024). (Fassung vom: 04.09.2024).

[https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-04b-authentifizierung-fernbehandlung/Anlage\\_4b\\_Authentifizierung\\_Fernbehandlung.pdf](https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-04b-authentifizierung-fernbehandlung/Anlage_4b_Authentifizierung_Fernbehandlung.pdf)

AOK Bundesverband. (2023a). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 15.11.2023. Zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) (02.11.2023)*.

[https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/Gesundheitspolitik/Gesetze/231102\\_Stellungnahme\\_AOK-BV\\_DigiG.pdf](https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/Gesundheitspolitik/Gesetze/231102_Stellungnahme_AOK-BV_DigiG.pdf)

AOK Bundesverband. (2023b). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Verbändeanhörung des BMG am 01.08.2023. Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) (02.08.2024)*.

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP20/DigiG/stellungnahme\\_aok.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_aok.pdf)

Bewertungsausschuss. (2025). *Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 778. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)*.

[https://institut-ba.de/ba/babschluesse/2025-04-04\\_ba778\\_1.pdf](https://institut-ba.de/ba/babschluesse/2025-04-04_ba778_1.pdf)

Bewertungsausschuss. (2019). *Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 453. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)*.

[https://institut-ba.de/ba/babschluesse/2019-10-09\\_ba453.pdf](https://institut-ba.de/ba/babschluesse/2019-10-09_ba453.pdf)

Brandt, J., et al. (2023). *Digitale Transformation in der medizinischen Ausbildung. Eine Handreichung der Arbeitsgruppe „Digitalisierung der Fachbereiche: Medizin“*.

[https://hochschulforumdigitalisierung.de/wp-content/uploads/2023/11/HFD\\_AP\\_74\\_Medizin.pdf](https://hochschulforumdigitalisierung.de/wp-content/uploads/2023/11/HFD_AP_74_Medizin.pdf)

Bundesärztekammer. (2022). *Handlungsfelder in Arztpraxen zur Klimaneutralität*.

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Klimawandel/Handlungsfelder\\_in\\_Arztpraxen\\_zur\\_Klimaneutralitaet.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Klimawandel/Handlungsfelder_in_Arztpraxen_zur_Klimaneutralitaet.pdf)

Bundesärztekammer. (2023a). *Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) (BT-Drs. 20/9048) (09.11.2023)*. [https://www.bundestag.de/resource/blob/976840/3bc331567a109193ec455a5840772251/20\\_14\\_0163-11-Bundesaerztekammer\\_DigitalG-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/976840/3bc331567a109193ec455a5840772251/20_14_0163-11-Bundesaerztekammer_DigitalG-data.pdf)

Bundesärztekammer. (2023b). *Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) (vom 05.07.2023) (02.08.2023)*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP20/DigiG/stellungnahme\\_bundesaerztekammer.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_bundesaerztekammer.pdf)

Bundesministerium für Gesundheit. (2023a). *Gemeinsam digital. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/D/Digitalisierungsstrategie/BMG\\_Broschuere\\_Digitalisierungsstrategie\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/Digitalisierungsstrategie/BMG_Broschuere_Digitalisierungsstrategie_bf.pdf)

Bundesministerium für Gesundheit. (2023b). *Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/D/DigiG\\_RefE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/DigiG_RefE.pdf)

Bundespsychotherapeutenkammer. (2023a). *Stellungnahme. Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Referentenentwurf des BMG (01.08.2023)*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP20/DigiG/stellungnahme\\_bptk.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_bptk.pdf)

Bundespsychotherapeutenkammer. (2023b). *Stellungnahme. Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG). Gesetzentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 435/23) (10.10.2023)*. [https://api.bptk.de/uploads/STN\\_B\\_Pt\\_K\\_Digital\\_Gesetz\\_25cc4800c1.pdf](https://api.bptk.de/uploads/STN_B_Pt_K_Digital_Gesetz_25cc4800c1.pdf)

Deutscher Bundestag. (2024). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU. Stand der Verordnung zur Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung (BT-Drucksache 20/10321)*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/103/2010321.pdf>

Deutscher Bundestag. (2022). *Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzenden Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (BT-Drucksache 20/4982)*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/049/2004982.pdf>

Deutscher Bundestag. (2018). *Unterrichtung durch die Bundesregierung - Bericht des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung (BT-Drucksache 19/0620 vom 26.11.2018)*. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/060/1906020.pdf>

EMMERICH Mediencoaching. (o. J.). *Die Videosprechstunde – Medientraining für Ärzte und Krankenkassen*. <https://mediencoaching.tv/webcam-training/medientraining-fuer-aerzte/>

Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium. (2018). *Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020*. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf? blob=publicationFile&v=4>

Halbe, B. (2023). Vergütung: Ausfallhonorar für nicht wahrgenommene Arzttermine. *Deutsches Ärzteblatt*, 47/2023. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/verguetung-ausfallhonorar-fuer-nicht-wahrgenommene-arzttermine-b7987f9e-c27e-4d9c-8ef0-dbf367957b78>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023a). *Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG). Stellungnahme der KBV zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 8. September 2023, BR-DRCKS 435/23 (13. November 2023)*. [https://www.bundestag.de/resource/blob/977572/20\\_14\\_0163-26-Kassenaerztliche-Bundesvereinigung\\_DigitalG\\_nicht-barrierefrei.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/977572/20_14_0163-26-Kassenaerztliche-Bundesvereinigung_DigitalG_nicht-barrierefrei.pdf)

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023b). *Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG). Stellungnahme der KBV zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 5. Juli 2023 (31. Juli 2023)*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP20/DigiG/stellungnahme\\_kbv.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_kbv.pdf)

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024a). *Online in die Arztpraxis. So funktioniert die Videosprechstunde*. <https://www.kbv.de/documents/infotehok/publikationen/patienteninfo/videosprechstunde-patienteninfo.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024b). *Online-Psychotherapie. So funktioniert die Videosprechstunde*. <https://www.kbv.de/documents/infotehok/publikationen/patienteninfo/videosprechstunde-psychotherapie-patienteninfo.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025a). *Patienten-Navi*. <https://www.116117.de/de/patienten-navi.php>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025b). *Videosprechstunde. Hinweise zur Durchführung und Abrechnung in der Praxis*. <https://www.kbv.de/documents/infotehok/publikationen/praxisinfo/praxisinfo-videosprechstunde.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025c). *Zertifizierte Videodienstanbieter. Stand: 30.04.2025*. [https://www.kbv.de/media/sp/liste\\_zertifizierte-Videodienstanbieter.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/liste_zertifizierte-Videodienstanbieter.pdf)

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2026). *Videosprechstunde. Diese Leistungen können Praxen abrechnen.* <https://www.kbv.de/documents/praxis/digitalisierung/videosprechstunde/videosprechstunde-verguetungsuebersicht.pdf>

KV Westfalen-Lippe. (2025). *Digi-ManagerIn. Ausgezeichnete Fortbildung für nicht-ärztliches Praxispersonal.* <https://www.kvwl.de/themen-a-z/digi-managerin>

Medizinische Hochschule Hannover. (o. J.). *Digitalisierung und Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium.* <https://www.mhh.de/studiendekanat/digiwissmed>

Medizinischer Fakultätentag. (2021). *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2.0.* <https://nklm.de/zend/menu/index>

RED Medical Systems GmbH. (o. J.a). *Kurzanleitung Praxis.* <https://hilfe.redmedical.de/display/RH/Kurzanleitung+Praxis>

RED Medical Systems GmbH. (o. J.b). *Kurzanleitung für Patienten.* <https://hilfe.redmedical.de/pages/viewpage.action?pageId=1049263>

samedi GmbH. (2021). *So funktioniert die samedi Videosprechstunde - Tutorial für Patienten.* <https://www.youtube.com/watch?v=E7CB15YTvBU>

Verband der Ersatzkassen. (2023a). *Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Gesetzentwurf zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz –/DigiG) vom 02.08.2023.* [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP20/DigiG/stellungnahme\\_vdek.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_vdek.pdf)

Verband der Ersatzkassen. (2023b). *Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) vom 25.10.2023.* [https://www.vdek.com/politik/stellungnahmen/wahlperiode\\_20/digital-gesetz-digig-referentenentwurf/\\_jcr\\_content/par/download/file.res/231025\\_DigiG\\_Stellungnahme\\_vdek.pdf](https://www.vdek.com/politik/stellungnahmen/wahlperiode_20/digital-gesetz-digig-referentenentwurf/_jcr_content/par/download/file.res/231025_DigiG_Stellungnahme_vdek.pdf)