

# Digitalisierung und IT

---

## Aktuelles

[ePA \(Themenseite\)](#)

[E-Rezept \(Themenseite\)](#)

[Sonder-PID Digitalisierung](#)

[Praxis-News \(Thema: TI/Digitale Anwendungen\)](#)

---

## Weitere Informationen

[Anwendungen innerhalb der TI](#)

[TI: Komponenten und Finanzierung](#)

[Themenseite gematik](#)

[gematik-Portal zum eRezept: ti-score.de](#)

[Infoseite KBV](#)

[DEMO – E-Health-Showroom der KV Berlin](#)

### eArztbrief

[KBV-Praxisinformation: Der elektronische Arztbrief](#)

[KBV-Infoblatt: Der eArztbrief](#)

[Testmöglichkeit für Praxen zum eArztbrief](#)

---

## Rechtsgrundlagen

Die Regelungen zu den TI-Anwendungen sind insbesondere in diesen Gesetzen verankert:

[Terminservice- und Versorgungsgesetz \(TSVG\)](#)

Anwendungen innerhalb der TI

Elektronische Patientenakte, elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und E-Rezept – diese Seite gibt einen Überblick über die rechtlichen Regelungen, technischen Voraussetzungen sowie Vergütungen für die einzelnen Anwendungen innerhalb der Telematikinfrastruktur.

Das elektronische Rezept (E-Rezept) löst die bisherige papiergebundene Form der Verordnung von Arzneimitteln ab. Im ersten Schritt werden nur verschreibungspflichtige Medikamente auf dem E-Rezept verordnet, Betäubungsmittel und T-Rezepte ausgenommen.

Ärzt:innen stellen das E-Rezept elektronisch über ihr Praxisverwaltungssystem aus. Ist das E-Rezept digital signiert und abgeschickt, wird es auf den E-Rezept-Server geladen. Mit der E-Rezept-App können Patient:innen dann das Rezept direkt bei ihrer Apotheke einlösen. Patient:innen, die die App nicht nutzen, erhalten einen Token-Ausdruck mit allen Informationen zur Verordnung. Die aufgedruckten Data-Matrix-Codes können in der Apotheke eingescannt werden.

Das Papierrezept (Muster 16) ist als Rückfalloption in Ausnahmefällen möglich und kann weiterhin zur Ausstellung von Verordnungen genutzt werden, die nicht elektronisch übermittelt werden können (mehr Informationen siehe [KBV](#)).

Welche technischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

- eHBA für die qualifizierte elektronische Signatur
- Update zum E-Health-Konnektor; besser aber ePA-Konnektor, um eine Komfortsignatur zu erstellen
- PVS-Softwareupdate sowie
- Drucker, der den Tokenausdruck mit mindestens 300 dpi drucken kann (auch Tintenstrahldrucker möglich)

Damit Patient:innen die E-Rezept-App nutzen können, benötigen sie eine elektronische Gesundheitskarte mit NFC (Near Field Communication)-Funktion und den zugehörigen PINs sowie ein entsprechendes Smartphone. NFC-Karte und PINs müssen Versicherte bei ihrer Krankenkasse anfordern.

---

Ist die Anwendung verpflichtend?

Das E-Rezept ist seit dem 1. Januar 2024 verpflichtend für Praxen.

---

Wie wird die Anwendung refinanziert und vergütet?

Seit 1. Juli 2023 erhalten Praxen eine monatliche TI-Pauschale, abhängig von

[Digitale-Versorgung-Gesetz \(DVG\)](#)  
[Patientendaten-Schutz-Gesetz \(PDSG\)](#)  
[Digital-Gesetz \(DigiG\)](#)

Praxisgröße, Ausstattungsgrad, Zeitpunkt der Erstausrüstung und Zeitpunkt des Konnektorentauschs. Die Pauschale wurde durch das BMG per Rechtsverordnung festgelegt. Mit dieser Pauschale sollen alle Kosten abgedeckt sein, die Praxen durch die TI entstehen.

Mehr Informationen [hier](#).

---

Weitere Informationen finden Sie bei der [KBV](#).

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist eine versichertengeführte Akte. Mit der ePA erhalten Versicherte einen digitalen Ordner, in dem persönliche Gesundheitsdaten einrichtungsübergreifend abgelegt werden – ob Arztbriefe oder Befundberichte, Entlassbriefe oder eine Liste mit den elektronisch verordneten Medikamenten. Auch die Versicherten können Daten selbst einstellen – sie entscheiden, welche Daten in ihre ePA kommen und wer Einsicht nehmen darf.

Mit dem [Digital-Gesetz \(DigiG\)](#) wird die bisherige elektronische Patientenakte (ePA), die seit 2021 eingeführt ist, 2025 durch die „ePA für alle“ abgelöst. Die ePA kann die Anamnese, Befunderhebung und Behandlung der Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen unterstützen.

**Bitte beachten Sie:** Die ePA ersetzt nicht die Behandlungsdokumentation. Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen sind nach Gesetz und Berufsordnung weiterhin verpflichtet, alle medizinisch relevanten Informationen für die Behandlung ihrer Patient:innen festzuhalten.

Mehr Informationen erhalten Sie auf der [Themenseite zur ePA](#).

Mit Einführung der eAU werden an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt:innen sowie Einrichtungen verpflichtet, die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten elektronisch unter Verwendung der TI an die Krankenkassen zu übermitteln. Zur Übertragung ist die Nutzung eines KIM-Dienstes zwingend notwendig.

#### So funktioniert die eAU

Zunächst ist alles wie gewohnt: Im PVS wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung generiert und Patient:innen erhalten weiterhin einen Ausdruck für die eigenen Unterlagen – dieser muss nur auf Wunsch des Patienten / der Patientin unterschrieben werden.

Zusätzlich wird mit der Funktion „an Kasse senden“ der elektronische Versand der eAU ausgelöst. Nach Klick auf „an Kasse senden“ muss für die elektronische Signatur der eHBA in das Kartenterminal eingesteckt und der PIN eingegeben werden. Anschließend wird die eAU über den KIM-Dienst versandt. Nutzen Praxen zudem die Komfortsignatur (Ab Konnektor-Stufe PTV4+) können bis zu 250 Signaturen z.B.

mittels Doppelklick freigegeben werden.

Seit dem 1. Januar 2023 werden die AU-Informationen auch an den Arbeitgeber auf elektronischem Wege übermittelt.

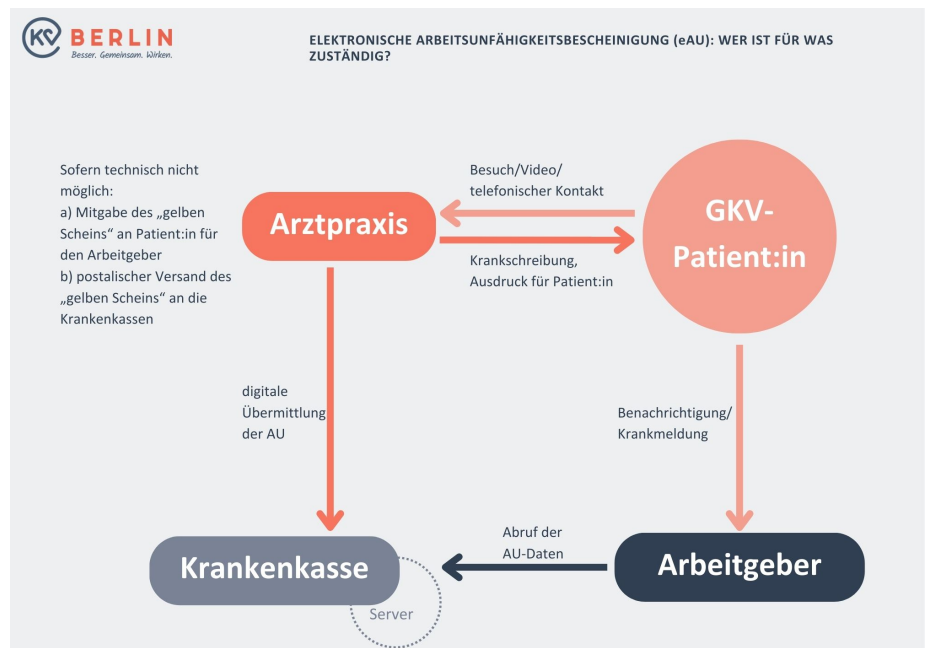


Schaubild zur eAU: Diese Rolle spielen Praxis – Patient:in – Krankenkasse – Arbeitgeber

Welche technischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

- Anschluss an die TI
- Konnektor- Update „eHealth-Konnektor“ (PTV3), besser: PTV4+ für die Komfortsignatur
- PVS-Fachmodul für die eAU
- eHBA G2 (für die qualifizierte elektronische Signatur, kurz: QES, der eAU)
- KIM-Dienst
- Drucker, der bei Ausdruck eine Auflösung von mindestens 300 dpi unterstützt (auch mit Laser-, Tintenstrahl- oder Nadeldrucker möglich)

---

Ist die Anwendung verpflichtend?

Seit dem 1. Juli 2022 sind Praxen dazu verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung elektronisch an die Krankenkasse zu senden.

---

Wie wird die Anwendung refinanziert und vergütet?

Siehe Pauschalen und Vergütung [KIM-Dienste](#).

---

Weitere Informationen finden Sie in der [PraxisInfo der KBV](#).

Mit dem elektronischen Arztbrief (eArztbrief) können Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen medizinische Informationen wie Befunde, Bilder etc. von

Patient:innen schnell und sicher direkt aus dem PVS heraus an andere Praxen übermitteln. Zum Versenden von eArztbriefen wird der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) benötigt. Das Übermitteln der Briefe läuft ähnlich wie bei der eAU: über den Kommunikationsdienst KIM. So werden die enthaltenen Informationen verschlüsselt transportiert.

**Zum Ausprobieren:** [Testmöglichkeit für Praxen zum eArztbrief der kv.digital](#)

Welche technischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

- eHBA für die qualifizierte elektronische Signatur
- PVS-Modul für den eArztbrief
- KIM-Dienst

---

Ist die Anwendung verpflichtend?

Praxen müssen nach einer Verordnung des BMG ab 1. März 2024 über eine aktuelle und von der KBV zertifizierte Software für die Erstellung von elektronischen Arztbriefen (eArztbrief) verfügen. Ansonsten wird ihnen die monatliche TI-Pauschale um 50 Prozent gekürzt.

Spätestens ab 30. Juni sind laut Digital-Gesetz dann alle Arzt- und Psychotherapiepraxen verpflichtet, elektronische Arztbriefe empfangen zu können.

---

Wie wird die Anwendung refinanziert und vergütet?

Zum 1. Juli 2023 hat das BMG die Finanzierung der Technikkosten für die Telematikinfrastruktur neu geregelt. Damit ist die Vergütungsregelung für die Übermittlung von eArztbriefen zum 30. Juni 2023 entfallen. Aktuell verhandeln KBV und GKV-Spitzenverband über die Fortsetzung der gesetzlich vorgesehenen Vergütung für eArztbriefe.

---

Mit KIM-Diensten, die von verschiedenen Anbietern bereitgestellt werden, können medizinische Dokumente, aber auch einfache Nachrichten elektronisch und sicher über die TI versendet und empfangen werden. Es handelt sich um einen Ende-zu-Ende-verschlüsselten E-Mail-Dienst, den perspektivisch alle Beteiligten im Gesundheitswesen nutzen sollen. Er funktioniert wie ein E-Mail-Programm, nur wird dabei jede Nachricht und jedes Dokument verschlüsselt und erst beim Empfänger wieder entschlüsselt. Die Identitäten von Sender und Empfänger sind verifiziert und Nutzer können auf ein KIM-Adressbuch mit allen registrierten Nutzeradressen für den Nachrichtenversand zugreifen. Da KIM in die Praxisverwaltungssysteme integriert werden kann, wird die Kommunikation dann besonders einfach und komfortabel sein.

Welche technischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

- Anschluss an die TI

- Konnektor- Update „eHealth-Konnektor“
  - Kartenterminal und SMC-B-Karte („Praxisausweis“)
  - Vertrag mit einem zugelassenen KIM-Anbieter (Anbieter ist frei wählbar), KIM-Client-Modul und Modul für das Praxisverwaltungssystem (PVS)
- 

Ist die Anwendung verpflichtend?

- Versand der eAU, verpflichtend seit dem 1. Juli 2022, nur mit KIM-Dienst möglich.
  - Seit dem 1. April 2021 können elektronische Arztbriefe nur noch über zugelassene KIM-Dienste übermittelt werden, andere elektronische Übertragungswege sind nicht mehr zulässig.
- 

Wie wird die Anwendung refinanziert und vergütet?

Praxen erhalten eine monatliche TI-Pauschale, abhängig von der Praxisgröße, dem Ausstattungsgrad, dem Zeitpunkt der Erstausrüstung und Zeitpunkt des Konnektorentauschs. Die Pauschale wurde durch eine Rechtsverordnung des BMG festgelegt. Durch die Pauschale sollen alle Kosten abgedeckt werden, die Praxen durch die TI entstehen.

Mehr zur TI-Pauschale und dem Nachweis gegenüber der KV Berlin finden Sie auf der [Themenseite](#).

---

Erklärvideo, FAQ und weitere Informationen finden Sie auf der [Website der gematik](#).

Die medizinische Anwendung der Diagnose in der Notfallversorgung beschleunigen und die medizinische Qualität von Notfallbehandlungen erhöhen. Dazu können wichtige notfallrelevante Informationen auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert und abgerufen werden, um bei Bedarf schnell auf Informationen wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Organspendeerklärung zugreifen zu können. Das NFDM besteht aus dem Notfalldatensatz (NFD) und dem Datensatz Persönliche Erklärungen (DPE), die sich getrennt voneinander und nur mit der Erlaubnis des Patienten anlegen, auslesen und aktualisieren lassen. In Notsituationen können die Notfalldaten auch ohne Zustimmung des Patienten ausgelesen werden. Der NFD speist sich aus der im Praxisverwaltungssystem (PVS) hinterlegten Patientenakte und ist innerhalb weniger Minuten angelegt.

Welche technischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

- Anschluss an die TI
- Konnektor-Update „eHealth-Konnektor“
- Konnektor-Modul NFDM (durch Update des PVS-Anbieters)
- PVS-Anpassung NFDM
- Kartenterminal und SMC-B-Karte („Praxisausweis“)

- zusätzliches Kartenterminal (für den Behandlungsraum)
- eHBA G2 (für die qualifizierte elektronische Signatur, kurz: QES)

---

Ist die Anwendung verpflichtend?

- technisch seit Juli 2020 verfügbar
- Versicherte haben einen für Ärzte verpflichtenden gesetzlichen Anspruch auf Speicherung und Aktualisierung von Notfalldaten. Die Anwendung ist verpflichtend, sobald die notwendige Technik in der Praxis verfügbar ist.
- Die Nutzung ist für die Versicherten freiwillig.

---

Wie wird die Anwendung vergütet?

Um die Anwendung abrechnen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Anschluss der Betriebsstätte an die TI und der Nachweis über die technischen Voraussetzungen für die Anwendung NFDM.

Die folgenden GOP wurden im Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt:

GOP	Bewertung	Hinweise
GOP 01640 – Anlage des Notfalldatensatzes	80 Punkte (2024: 9,55€)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuschlag zu allen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen mit Arzt-Patienten-Kontakt</li> <li>• kann nur berechnet werden, wenn auf der eGK noch kein Notfalldatensatz mit medizinisch relevanten Informationen vorhanden ist und notfallrelevante Informationen existieren (Diagnose, Befunde, Medikation u. ä.)</li> <li>• einmal im Krankheitsfall</li> <li>• ist nur von Vertragsärztinnen und -ärzten berechnungsfähig, die durch Diagnostik und/oder Therapie ein umfassendes Bild zu Befunden, Diagnosen und Therapiemaßnahmen der Person haben bzw. infolge einer krankheitsspezifischen Diagnostik und/oder Therapie über notfallrelevante Informationen zur Person verfügen</li> </ul>
GOP 01641 – Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes	4 Punkte (2024: 0,48€)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuschlag zu allen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt</li> <li>• einmal im Behandlungsfall</li> <li>• wird von KV automatisch hinzugefügt</li> </ul>
GOP 01642 – Löschen des Notfalldatensatzes	1 Punkt/ (2024: 0,12€)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• einmal im Behandlungsfall</li> <li>• auf Wunsch der Patientin oder des Patienten</li> <li>• zur Dokumentation, dass eine Löschung erfolgt ist</li> </ul>

---

Ausführliche Informationen zum NFDM finden Sie auf der [KBV-Website](#).

Leitfaden und Checklisten zur Nutzung finden Sie auf der [Website der gematik](#).

Der elektronische Medikationsplan (eMP) ist die digitale Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP). Anhand des eMP können medikationsrelevante Daten mit Einwilligung des Versicherten von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern auf der eGK gespeichert werden. Der eMP richtet sich in erster Linie an Versicherte, bei denen mehrere Erkrankungen vorliegen und die mehrere Medikamente regelmäßig einnehmen. Auch Allergien oder Unverträglichkeiten können hier dokumentiert werden. Ziel der Anwendung ist es, das Risiko von Fehl- oder Doppelverordnungen, Medikamentenmissbrauch, Kontraindikationen, Unverträglichkeiten und unerwünschten Arzneimittelwechselwirkungen zu minimieren.

Welche technischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

- Anschluss an die TI
- Konnektor- Update „eHealth-Konnektor“
- Konnektor-Modul eMP (durch Update des PVS-Anbieter)
- PVS-Modul eMP
- Kartenterminal und SMC-B-Karte („Praxisausweis“)
- zusätzliches Kartenterminal (für den Behandlungsraum)
- eHBA
- Arzneimittel-Datenbank

---

Ist die Anwendung verpflichtend?

- technisch seit Juli 2020 verfügbar
- Versicherte haben einen für Ärzte verpflichtenden gesetzlichen Anspruch auf die Erstellung und Aktualisierung des eMP, sobald die notwendige Technik in der Praxis verfügbar ist und die oder der Versicherte die PIN für die eGK von der Krankenkasse erhalten hat. (Einen allgemeingültigen Stichtag gibt es daher nicht.)
- Die Nutzung ist für die Versicherten freiwillig.

---

Wie wird die Anwendung refinanziert und vergütet?

Die Vergütung für den eMP erfolgt pauschal als Einzelleistung und über Zuschläge. Sie wird extrabudgetär und damit zu einem festen Preis gezahlt. Die Vergütung für den eMP entspricht der Vergütung, die bereits für den bundeseinheitlichen Medikationsplan festgelegt wurde.

Informationen zur Vergütung für Hausärzt:innen und Kinder- und Jugendmediziner sowie zur Vergütung für Vertragsärzt:innen der fachärztlichen Versorgung finden Sie auf der [KBV-Website](#).

---

Ausführliche Informationen zum eMP finden Sie auf der [Website der KBV](#).

Leitfaden und Checklisten zur Nutzung finden Sie auf der [Website der gematik](#).

Das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) war die erste Anwendung der TI. Wird die elektronische Gesundheitskarte (eGK) eingelesen, werden die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) durch Arztpraxen online abgeglichen – verpflichtend bei jedem ersten Patientenkontakt im Quartal. Das VSDM soll die die Verwaltung der Versichertendaten zwischen Arzt und Krankenkassen vereinfachen.

Welche technischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

- Anschluss an die TI mit Konnektor, VPN-Zugangsdienst und Internetanschluss
- Kartenterminal
- SMC-B-Karte („Praxisausweis“)
- Anpassung des PVS an die TI
- eHBA

---

Ist die Anwendung verpflichtend?

- Das VSDM ist seit 1. Juli 2019 für Praxen verpflichtend.
- Praxen, die das VSDM nicht machen, wird das Honorar um 2,5 Prozent gekürzt (siehe § 291 Absatz 2b Satz 14 SGB V). Der Nachweis des VSDM erfolgt gegenüber der KV mit den Abrechnungsunterlagen.

---

Wie wird die Anwendung refinanziert und vergütet?

Das VSDM ist abgedeckt mit der TI-Startpauschale von einmalig 900 Euro (für Anschlussgebühr VPN-Zugangsdienst, Installation, Praxisausfall während der Installation, Anpassung Praxisverwaltungssystem (PVS) und Zeitaufwand VSDM in der Startphase).

---

## Kontakt für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

[Service-Center der KV Berlin](#)

[FAQ: Hier finden Sie Antworten auf häufig gestellte Fragen](#)

## Kontakt für Patient:innen

[Wann hilft die KV Berlin?](#)

[Terminservice:](#)

[Weitere Informationen und Termine](#)

[buchen](#)

## Kontakt für Presseanfragen

[presse@kvberlin.de](mailto:presse@kvberlin.de)

Kassenärztliche Vereinigung  
Berlin  
Masurenallee 6A

[030 / 31 003-0](tel:030310030)  
[030 / 31 003-380](tel:03031003380)  
[Kontakt](#)





**BERLIN**