

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Abrechnung/Honoraranträge
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Rückfax an: 0 89 / 5 70 93- 6 39 61

Änderungsmitteilung über Anbieterwechsel oder Erweiterung des zertifizierten Videodienstanbieters

zur Ausführung und Abrechnung der **Videosprechstunde** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

(entsprechend der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V (Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä))

Die Änderungsanzeige erfolgt für (bei angestelltem Arzt/Therapeut ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt/Therapeut der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt/Therapeut der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____


Name _____, **Vorname** _____

Der Wechsel bzw. die Erweiterung des zertifizierten Videodienstanbieters erfolgt für

- den Antragsteller persönlich oder
 den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt/Therapeut:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

- die folgenden beim Antragsteller tätigen Ärzte/Therapeuten (siehe angefügte 
Liste)

Wechsel des zertifizierten Anbieters seit/ab: _____

Neuer zertifizierter Videodienstanbieter: _____


oder:


Erweiterung der zertifizierten Videodienstleister seit/ab: _____

Zusätzliche(r) zertifizierte(r) Videodienstleister: _____

Bitte beachten Sie:

- Liegt Ihnen bereits die Genehmigung aufgrund der **vereinfachten Anzeige** zur temporären Ausführung und Abrechnung der Videosprechstunde im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vor so ist die Angabe des neuen bzw. jeden weiteren Videodienstleister ausreichend.

- Liegt Ihnen bereits die Genehmigung in Form **eines Antrages** zur Ausführung und Abrechnung der Videosprechstunde im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vor so benötigen wir für den neuen bzw. jeden weiteren Videodienstleister die
 - Erklärung des zertifizierten Videodienstleisters (bitte **Anlage 2** verwenden) 
 - oder**
 - einfacher Beleg (z. B. Rechnung), **der den Namen der Praxis beinhaltet**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Belege dem Antrag beizulegen.

Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der zugelassenen apparativ-technischen Ausstattung (z. B. Kündigung und/oder Wechsel des von Ihnen genutzten Videodienstleisters) unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt /Therapeut /
BAG-Vertretungsberechtigter /
MVZ-Vertretungsberechtigter



Stempel Antragsteller

Bezeichnung des Prüfobjekts gemäß Prüfnachweis/Zertifikat der Prüfstelle:

Zertifizierende Stelle: _____

Laufzeit des Nachweises: _____

Antragsnummer bei der Deutschen Akkreditierungsstelle (Zusatzangabe nur bei Sonderregelung gem. § 5 Absatz 3): _____

b) Datenschutz:

- Ein Zertifikat gemäß Artikel 42 DS-GVO für den Geltungsbereich der technischen Bereitstellung von Videodiensten an Ärzte zur Durchführung von Videosprechstunden gemäß § 365 Absatz 1 SGB V. Das Zertifikat wird erteilt von einer nach ISO/IEC 17065 akkreditierten Zertifizierungsstelle.

- Sonderregelung bis zum 31.Dezember.2023:
Die das Zertifikat ausstellende Zertifizierungsstelle verfügt über eine Akkreditierung nach ISO/IEC 17065 und befindet sich im Akkreditierungs-verfahren (einschließlich Programmprüfung) bzw. Befugniserteilungsverfahren nach § 39 BDSG.

Titel und Nummer des Nachweises: _____

Bezeichnung des Prüfobjekts gemäß Prüfnachweis/Zertifikat der Prüfstelle:

Zertifizierende Stelle : _____

Laufzeit des Nachweises: _____

Antragsnummer bei der Deutschen Akkreditierungsstelle (Zusatzangabe nur bei Sonderregelung gem. § 5 Absatz 4):

c) Inhalte:

Im nachfolgend aufgeführten Fragenbogen ist durch den Videodienstanbieter die Erfüllung der Anforderungen nach § 5 Absatz 1 zu erklären. Der Videodienstanbieter bestätigt die Erfüllung der Anforderungen durch Kennzeichnung in der Spalte „Zutreffend“.

Nr.	Anforderung	Zutreffend	Nicht zutreffend
1.	Die Nutzung des Videodienstes erfordert für den Vertragsarzt eine Registrierung.		
2a.	Der Videodienst beinhaltet die Möglichkeit eines Zweitzugangs für das Praxispersonal.		
2b.	<i>Falls zutreffend bei 2a:</i> Der Videodienstanbieter weist das Praxispersonal und den Patienten darauf hin, dass dieser Zweitzugang ausschließlich zu organisatorischen Zwecken im Zusammenhang mit der Videosprechstunde genutzt und mit diesem keine Videosprechstunde durchgeführt werden darf.		
3.	Der Name von Patienten und Pflegekräften ist für den Arzt erkennbar.		
4.	Der Videodienst ist bei Schwankungen der Verbindungsqualität bezüglich der Ton- und Bildqualität adaptiv.		
5.	Die Nutzungsbedingungen für den Videodienst liegen vollständig in deutscher Sprache vor und sind auch ohne vorherige Anmeldung online abrufbar.		
6.	Der Videodienst enthält keine Form von Werbung im Rahmen der Videosprechstunde.		
7a.	Der Videodienst ermöglicht die Durchführung von Videokonferenzen gemäß den Anforderungen der Anlage 31b zum BMV-Ä mit mehr als zwei Teilnehmern (inklusive des initiiierenden Vertragsarztes /Vertragspsychotherapeuten).		

7b.	Falls zutreffend bei 7a: Maximale Teilnehmeranzahl: _____		
8.	Versicherte können den Videodienst nutzen, ohne sich vorher registrieren zu müssen. Den Versicherten ohne Registrierung muss ein leichter Zugang zur Videosprechstunde, insbesondere ohne weitere Aufforderung zur Registrierung ermöglicht werden. Der Videodienst bietet den Versicherten einen deutlich sichtbaren Zugang zur Videosprechstunde ohne Registrierung auf allen unterstützten Plattformen (app- oder webbasiert) an.		

 Datum Ort,
Stempel und Unterschrift des Anbieters

 Ansprechpartner Kontaktdaten