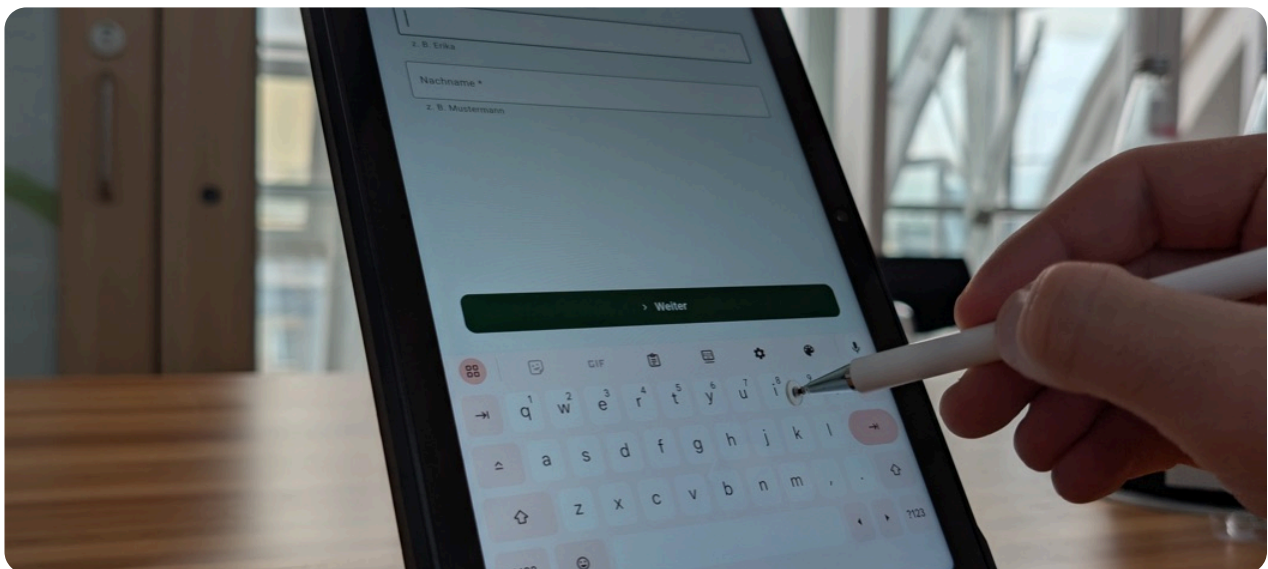




PRAXISLEITFADEN FÜR APOTHEKEN · VERSION 1.0

Assistierte Telemedizin in der Apotheke

Rechtsrahmen, Ablauf, Technik, Abrechnung und Wirtschaftlichkeit — was Apothekeninhaberinnen und -inhaber zur Umsetzung der Anlage 13 zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V wissen müssen.



Seit dem 1. Juli 2026 vergüten die gesetzlichen Krankenkassen die Assistenz der Apotheke beim Zugang zu telemedizinischer Versorgung. Dieses Whitepaper ordnet die neue Leistung ein — aus rechtlicher, praktischer und wirtschaftlicher Sicht — und gibt Apotheken eine belastbare Prüfliste für die Umsetzung an die Hand.

Autor: Julian Maar · COO und Geschäftsführer, DoctorBox GmbH, Berlin

Stand: September 2026 · Rechtsstand: Anlage 13 zum Rahmenvertrag (in Kraft seit 01.07.2026), DAV-Arbeitsmaterialien Stand 28.07.2026

apotheken.doctorbox.de

Vorwort

Die assistierte Telemedizin ist die erste neue Kassenleistung der Apotheke, die nicht auf dem Arzneimittel aufsetzt, sondern auf ihrer Rolle als niedrigschwellige Anlaufstelle im Gesundheitswesen. Seit dem 1. Juli 2026 ist sie Regelversorgung.

Wir begleiten seit dem Start Apotheken bei der Einführung — vom Einzelstandort bis zum Filialverbund — und haben in Webinaren, Vertragsgesprächen und im laufenden Betrieb Hunderte Fragen gesammelt. Sie kreisen fast immer um dieselben Punkte: Was genau darf ich abrechnen und was nicht? Welche Rolle hat mein Team, welche die Ärztin oder der Arzt? Was verlangt der Technikleitfaden konkret? Wie funktioniert die Abrechnung? Und rechnet sich das?

Dieses Whitepaper beantwortet diese Fragen entlang der geltenden Vertragsgrundlagen. Es ist bewusst als Orientierungsrahmen geschrieben, nicht als Produktbroschüre: Die Anforderungen gelten für jede Apotheke unabhängig davon, mit welcher Lösung sie arbeitet. Wo wir aus unserer eigenen Umsetzungserfahrung berichten, machen wir das kenntlich.

Transparenzhinweis: Die DoctorBox GmbH bietet selbst Lösungen für die assistierte Telemedizin an. Dieses Whitepaper ersetzt keine individuelle rechtliche oder steuerliche Beratung.

Das Wichtigste in Kürze

- 1 Drei abrechenbare Leistungsvarianten, eine Pauschale.** Apotheken rechnen die Assistenz bei der strukturierten Ersteinschätzung, bei der Videosprechstunde oder bei beidem ab — jeweils mit derselben Pauschale von derzeit 30,00 € (umsatzsteuerfrei), die bis 2029 stufenweise auf 21,50 € sinkt. Die Kombination beider Schritte löst eine Pauschale aus, nicht zwei.
- 2 Drei Anspruchsvoraussetzungen.** Ein nachgewiesenes Versicherungsverhältnis, ein Assistenzbedarf der versicherten Person und eine Vereinbarung zwischen Apotheke und Versichertem — in Textform, vier Jahre aufzubewahren. Für die Richtigkeit ihrer Angaben trägt die versicherte Person die Verantwortung, nicht die Apotheke.
- 3 Die Ersteinschätzung ist Sicherheitsinstrument, keine Formalie.** Für Patientinnen und Patienten, die der behandelnden Praxis unbekannt sind, muss der Videosprechstunde eine strukturierte Ersteinschätzung vorausgehen — mit einem System, das die Gütekriterien der KBV erfüllt und ab dem 1. September 2026 ein zugelassenes Medizinprodukt ist.
- 4 Raum, Personal, Technik sind Pflicht, keine Kür.** Ein vertraulicher Bereich in den Betriebsräumen, eingewiesenes und nachweislich geschultes Personal sowie eine vom Apothekennetz getrennte, abgesicherte Technik nach DAV-Technikleitfaden — die Krankenkassen dürfen die Erbringung prüfen.
- 5 Freie Arztwahl und klare Rollen sind nicht verhandelbar.** Die Apotheke assistiert beim Zugang, die ärztliche Leistung bleibt vollständig ärztlich. Zuweisungs-, Absprache- und Makelverbote setzen der Prozessgestaltung enge Grenzen — auch für die Auswahl der Lösung.

Inhalt

1. Ausgangslage: Die Apotheke als Zugangspunkt	4
2. Was assistierte Telemedizin ist — und was nicht	4
3. Der Rechtsrahmen im Überblick	5
4. Der Fall Schritt für Schritt	6
5. Die strukturierte Ersteinschätzung	7
6. Freie Arztwahl, Zuweisungsverbote und Rollenverteilung	7
7. Raum, Team und Qualitätsmanagement	9
8. Technik und Datenschutz: Was der Technikleitfaden verlangt	10
9. Abrechnung: Pauschale, Sonderkennzeichen, Fristen	11
10. Wirtschaftlichkeit: Rechnet sich das?	12
11. Anschlussversorgung und die Grenzen der Leistung	14
12. Prüfliste für Apotheken	15
13. Fazit	17
Über den Autor · Kontakt	17
Quellen	18

1. Ausgangslage: Die Apotheke als Zugangspunkt

Deutschland hat rund 16.500 öffentliche Apotheken — deutlich weniger als vor zehn Jahren, aber immer noch das dichteste Netz niedrigschwelliger Gesundheitsanlaufstellen im Land. Gleichzeitig wächst die Lücke in der hausärztlichen Versorgung: Tausende Sitze sind unbesetzt, ein großer Teil der Hausärztinnen und Hausärzte geht in den kommenden Jahren in den Ruhestand. Wer heute akut Rat braucht, findet oft keinen zeitnahen Termin.

Die Videosprechstunde ist als vertragsärztliche Leistung längst etabliert (§ 365 SGB V, Anlagen 31b und 31c zum Bundesmantelvertrag-Ärzte). Ihr Nutzen scheitert aber häufig nicht an der Technik, sondern am Zugang: Nicht jede Patientin, nicht jeder Patient hat ein geeignetes Gerät, eine stabile Verbindung, einen ruhigen Ort oder das Zutrauen, eine ärztliche Videosprechstunde allein zu führen.

Genau hier setzt die assistierte Telemedizin an. Mit § 129 Absatz 5h SGB V und der Anlage 13 zum Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung erhält die Apotheke eine neue, vergütete Rolle: Sie unterstützt versicherte Personen dabei, telemedizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen — im geschützten Raum, mit eingewiesenem Personal und mit einer strukturierten Ersteinschätzung als Vorstufe. Die Anlage 13 wurde zwischen GKV-Spitzenverband und Deutschem Apothekerverband vereinbart, vom Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandet und ist am 1. Juli 2026 in Kraft getreten.

Wichtig für die Einordnung: Es entsteht kein neues Versorgungssystem, sondern ein zusätzlicher Zugangsort zu einem bestehenden. Die Apotheke wird nicht zur Arztpraxis und nicht zum Technikverleiher. Sie übernimmt Assistenz — mit klar definierten Pflichten in Organisation, Dokumentation und Datenschutz.

2. Was assistierte Telemedizin ist — und was nicht

Assistierte Telemedizin wird häufig auf „Videosprechstunde in der Apotheke“ verkürzt. Das greift zu kurz. Vergütet wird die Assistenz der Apotheke bei drei Maßnahmen nach § 129 Absatz 5h Satz 2 SGB V: bei der Durchführung eines strukturierten Ersteinschätzungsverfahrens (Nr. 1), bei der Inanspruchnahme einer Videosprechstunde (Nr. 2) und bei der Kombination aus beidem (Nr. 3). Weitere in Satz 2 genannte Maßnahmen — etwa die Unterstützung rund um die elektronische Patientenakte — sind in der Anlage 13 noch nicht geregelt und sollen zu einem späteren Zeitpunkt folgen.

Ebenso wichtig ist, was die Leistung nicht ist: keine ärztliche Behandlung, keine pharmazeutische Bewertung von Symptomen und kein Anspruch auf einen bestimmten Arzt. Diagnose, Therapieentscheidung, Verordnung und Arbeitsfähigkeitsbescheinigung bleiben vollständig in ärztlicher Verantwortung. Das Apothekenteam schafft den Zugang, erklärt den Ablauf, hilft bei der Bedienung und dokumentiert — es behandelt nicht.

Die drei Anspruchsvoraussetzungen (§ 4 Anlage 13)

Nicht jede Videosprechstunde, die in einer Apotheke stattfindet, ist eine abrechenbare Maßnahme. Die Anlage 13 knüpft die Vergütung an drei Voraussetzungen: Erstens ein bestehendes Versicherungsverhältnis, nachgewiesen durch die elektronische Gesundheitskarte oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis. Zweitens die Erforderlichkeit der Assistenz — etwa weil die versicherte Person kein geeignetes Gerät besitzt, es im Akutfall nicht nutzen kann oder wegen besonderer Bedarfe Unterstützung benötigt. Drittens eine Vereinbarung zwischen Apotheke und versicherter Person über die assistierte Inanspruchnahme, für die der DAV eine Mustervorlage bereitstellt.

Die versicherte Person bestätigt das Vorliegen der Voraussetzungen mit ihrer Unterschrift auf der Vereinbarung. Für die Richtigkeit dieser Angaben trägt die Apotheke keine Verantwortung — sie muss sie aber vollständig erheben, dokumentieren und die erbrachte Leistungsvariante kennzeichnen.

Häusliche Videosprechstunde und assistierte Telemedizin sind keine Konkurrenz

Wer digital versiert ist und ein Smartphone hat, führt die Videosprechstunde zu Hause. Die assistierte Telemedizin richtet sich an Menschen, die genau das nicht können oder wollen — und an Situationen, in denen Orientierung, ein geschützter Ort oder eine helfende Hand den Unterschied machen. Für die Apotheke heißt das: Die Leistung ist dort am wertvollsten, wo sie ihre Stärke ohnehin hat — bei der persönlichen Begleitung.

3. Der Rechtsrahmen im Überblick

Die assistierte Telemedizin bewegt sich auf vier Regelungsebenen, die ineinandergreifen. Wer die Leistung einführt, sollte alle vier kennen — nicht, um sie auswendig zu lernen, sondern um zu verstehen, welche Anforderung woher kommt.

Ebene	Grundlage	Was sie für die Apotheke regelt
Gesetz	§ 129 Abs. 5h SGB V	Ermächtigung und Rahmen: welche Maßnahmen die Apotheke assistiert erbringen darf und dass diese vergütet werden.
Rahmenvertrag	Anlage 13 zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V (GKV-Spitzenverband / DAV), in Kraft seit 01.07.2026	Inhalt, Anspruchsvoraussetzungen (§ 4), Räume (§ 5), Personal (§ 7), Vergütung, Abrechnung, Prüfrecht der Kassen (§ 12), Rechtswirkung auch für Privatversicherte (§ 1).
Vertragsärztliche Seite	§ 365 SGB V; Anlagen 31b, 31c und 28 zum BMV-Ä	Anforderungen an Videodienstanbieter und technische Verfahren (31b), Qualitätssicherung telemedizinischer Leistungen inkl. Ersteinschätzung bei unbekannten Patienten, Terminvergabe und Anschlussversorgung (31c), Terminservicestellen (28).
Allgemeines Recht	§ 76 SGB V, § 11 ApoG, §§ 299a/b StGB, DSGVO, HWG, Berufsrecht, MDR	Freie Arztwahl, Zuweisungs- und Makelverbote, Korruptionsstrafrecht, Datenschutz, Werberecht, Anforderungen an Medizinprodukte.

Dazu kommen die Arbeitsmaterialien von ABDA und DAV, die die Anlage 13 für die Praxis konkretisieren: der Infolyer zur Leistung, die Muster-Vereinbarung zwischen Apotheke und versicherter Person, der Technikleitfaden zu Ausstattung, Datenschutz und Datensicherheit sowie der Abrechnungsleitfaden zu Sonderkennzeichen, Übergangsabrechnung und Signatur. Sie sind keine Rechtsnormen, aber sie beschreiben, was die Vertragsparteien unter einer ordnungsgemäßen Umsetzung verstehen — und damit den Maßstab, an dem sich eine Apotheke im Prüfungsfall messen lassen muss.

Eine praktische Konsequenz dieser Mehrschichtigkeit: Die Frage „Ist meine Lösung zulässig?“ lässt sich nicht mit einem Blick auf die Technik beantworten. Zulässig ist ein Gesamtprozess — Raum, Personal, Ersteinschätzung, Videodienst, Dokumentation, Abrechnung —, der alle vier Ebenen einhält. Die folgenden Kapitel gehen diesen Prozess Schritt für Schritt durch.

4. Der Fall Schritt für Schritt

So läuft eine assistierte Telemedizin-Sitzung in der Praxis ab. Jeder Schritt hat eigene Anforderungen, die in den folgenden Kapiteln vertieft werden.

SCHRITT 1

Anliegen & Prüfung

Versicherte Person spricht das Team an.
Prüfung:
Versicherungsnachweis, Assistenzbedarf, Eignung für den telemedizinischen Weg.

SCHRITT 2

Vereinbarung

Vereinbarung nach DAV-Muster in Textform — digital unterschrieben am Gerät. Aufklärung über Ablauf, Rollen und Datenverarbeitung.

SCHRITT 3

Ersteinschätzung

Strukturiertes Verfahren mit festem Frageschema (Medizinprodukt).
Ergebnis: geeignet für Videosprechstunde — oder Verweis an eine andere Versorgungsebene.

SCHRITT 4

Videosprechstunde

Über einen KBV-zertifizierten Videodienst im vertraulichen Raum. Die versicherte Person ist allein mit der Ärztin/dem Arzt; das Team assistiert nur technisch.

SCHRITT 5

Abschluss & Doku

Ergebnis: Behandlung abgeschlossen oder Anschlussversorgung. Dokumentation, Nachweise, Abrechnung der Maßnahme.

Schritt 1 — Anliegen und Prüfung

Am Anfang steht ein Gespräch, kein Bildschirm. Das Team klärt, ob der telemedizinische Weg für das Anliegen überhaupt passt: Akute Notfälle, Beschwerden, die eine körperliche Untersuchung erfordern, oder Situationen, in denen ein Hausbesuch oder die Notaufnahme angezeigt ist, gehören nicht in die Videosprechstunde. Parallel wird der Versicherungsnachweis erfasst und der Assistenzbedarf abgefragt.

Schritt 2 — Vereinbarung

Die Vereinbarung zwischen Apotheke und versicherter Person ist Pflicht und zugleich das wichtigste Dokument im Prozess: Sie hält fest, dass die Voraussetzungen vorliegen, klärt über Rollen und Datenverarbeitung auf und wird vier Jahre aufbewahrt. Sie ist in Textform zu schließen; die versicherte Person unterschreibt mindestens mit einfacher elektronischer Signatur, die Apotheke mit einer mittels SMC-B erstellten oder einer qualifizierten elektronischen Signatur. Bis diese Voraussetzungen geschaffen sind — spätestens bis zum 1. Januar 2027 — kann die Vereinbarung auch in Schriftform geschlossen werden. Digitale Unterschrift direkt am Gerät und automatische Ablage im Apothekenportal sparen hier im Alltag am meisten Zeit.

Schritt 3 — Strukturierte Ersteinschätzung

Die Ersteinschätzung führt die versicherte Person mit einem festen Frage- und Ablaufschema durch eine Dringlichkeitsbewertung. Sie ist keine medizinische Beurteilung durch das Apothekenteam, sondern ein standardisiertes elektronisches Verfahren (Kapitel 5). Ihr Ergebnis entscheidet, ob eine Videosprechstunde der geeignete nächste Schritt ist — und liegt der Ärztin oder dem Arzt vor Gesprächsbeginn vor.

Schritt 4 — Videosprechstunde

Die Videosprechstunde findet über einen nach Anlage 31b zertifizierten Videodienst statt, im vertraulichen Bereich der Apotheke. Ein zentraler Punkt für Vertrauen und Rollenklarheit: Während des Gesprächs ist die versicherte Person grundsätzlich allein am Arbeitsplatz. Das Team greift nur ein, wenn technische Hilfe gewünscht ist. Für den Zugang zur Ärztin oder zum Arzt haben sich drei Wege bewährt: der sofortige Eintritt in den digitalen Warteraum einer aktuell verfügbaren Online-Praxis, ein garantierter schnellstmöglicher Termin oder die Buchung eines Wunschtermins im Voraus — etwa für fachärztliche Sprechstunden.

Schritt 5 — Abschluss, Dokumentation, Abrechnung

Die ärztliche Seite schließt die Behandlung ab oder leitet eine Anschlussversorgung ein (Kapitel 11). Die Apotheke dokumentiert die erbrachte Maßnahme, bewahrt die Nachweise auf und rechnet die Pauschale ab (Kapitel 9). Wer diese Dokumentation automatisiert — Vereinbarung, Ersteinschätzungsnachweis, Zeitstempel, Leistungsvariante —, hat im Prüfungsfall alles griffbereit, ohne im Alltag Zettel zu sammeln.

5. Die strukturierte Ersteinschätzung

Der wichtigste Schutz für Patientinnen und Patienten liegt vor der Videosprechstunde: in der Entscheidung, ob der telemedizinische Weg für dieses Anliegen der richtige ist. Die Anlage 31c zum BMV-Ä macht daraus eine harte Regel — die sogenannte Vier-Quartals-Regel. Eine Patientin oder ein Patient gilt als der Praxis unbekannt, wenn im aktuellen und in den vier vorangegangenen Quartalen kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in der durchführenden Praxis stattgefunden hat. Für unbekannte Patientinnen und Patienten muss der Vermittlung einer Videosprechstunde ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren vorausgehen.

Da die Vermittlung im Rahmen der assistierten Telemedizin regelmäßig über Online-Praxen oder Ärztenetze läuft, die die versicherte Person noch nie gesehen haben, ist die Ersteinschätzung in der Apothekenpraxis der Normalfall, nicht die Ausnahme. Ergibt sie, dass der Fall nicht für eine Videosprechstunde geeignet ist, wird die versicherte Person an eine geeignete Versorgungsebene verwiesen — Hausarztpraxis, Bereitschaftsdienst, Notaufnahme oder Rettungsdienst. Auch diese Assistenz ist als Maßnahme abrechenbar.

Anforderungen an das Verfahren

Die Ersteinschätzung darf weder ein beliebiger Fragebogen noch eine freie Einschätzung durch das Apothekenteam sein. Sie muss über ein standardisiertes elektronisches System erfolgen, das die Gütekriterien der Anlage 1 zur Anlage 31c erfüllt. Dazu zählen: Patientensicherheit, bedarfsgerechte Steuerung in die geeignete Versorgungsebene unter Berücksichtigung regionaler Strukturen, Objektivität und Reliabilität, automatische Dokumentation, eine offene Schnittstelle, wissenschaftliche Validität mit fortlaufender Evaluation, Interessenneutralität, Datenschutz, eine Verfügbarkeit von mindestens 99,5 Prozent im Jahresmittel mit Hosting in der EU — sowie die Anforderungen der Medizinprodukteverordnung. Die Übergangsfrist für Letzteres ist am 31. August 2026 abgelaufen; seit dem 1. September 2026 muss das eingesetzte System ein zugelassenes Medizinprodukt sein.

Für die Apotheke folgt daraus eine einfache Prüffrage an jede Lösung: Ist das Ersteinschätzungssystem ein CE-zertifiziertes Medizinprodukt, und kann der Anbieter die Erfüllung der Gütekriterien nachvollziehbar belegen? Wer hier improvisiert, gefährdet nicht nur die Abrechnung, sondern die Patientensicherheit.

Aus der Umsetzung: Ersteinschätzung als Medizinprodukt der Klasse IIa

In unserer Lösung erfolgt die strukturierte Ersteinschätzung über ein CE-zertifiziertes Medizinprodukt der Klasse IIa. Das Verfahren führt die versicherte Person mit festem Frage- und Ablaufschema durch eine algorithmische Dringlichkeitsbewertung; das Ergebnis wird automatisch dokumentiert und an die anschließende Videosprechstunde übergeben. Für das Apothekenteam bedeutet das: Es begleitet, aber es bewertet nicht — und genau so sieht es die Anlage 31c vor.

6. Freie Arztwahl, Zuweisungsverbote und Rollenverteilung

Kein Thema wird in Gesprächen mit Apotheken so unterschätzt wie dieses — und keines birgt größere rechtliche Risiken. Die assistierte Telemedizin berührt das sensible Dreieck zwischen Apotheke, Patient und ärztlichem Leistungserbringer. Das deutsche Gesundheitswesen schützt die freie Arztwahl (§ 76 SGB V), und die Präambel der Anlage 13 nennt die Wahrung der Zuweisungs-, Absprache- und Makelverbote ausdrücklich als Vertragsziel.

Für Apotheken heißt das konkret: Sie dürfen Patientinnen und Patienten weder faktisch noch wirtschaftlich in ein bestimmtes ärztliches Angebot lenken. Exklusive Kooperationen zwischen einer Apotheke und einer Arztpraxis, Gegenleistungen für die Zuführung von Patienten oder Prozesse, in denen die versicherte Person keine echte Auswahl hat, sind problematisch — bis hin zur Strafbarkeit nach §§ 299a und 299b StGB. Auch der umgekehrte Weg ist heikel: eine Arztpraxis, die Patientinnen und Patienten gezielt in eine bestimmte Apotheke verweist. § 11 ApoG untersagt der Apotheke Absprachen über die Zuführung von Patienten und die Zuweisung von Verordnungen.

Die freie Arztwahl darf dabei nicht nur formal behauptet, sondern muss praktisch ermöglicht werden: Die versicherte Person muss nachvollziehbar erkennen können, welche ärztlichen Optionen bestehen, und darf nicht in einen bestimmten Kanal gedrängt werden. Die Anlage 31c ergänzt: Terminvergabe und Priorisierung dürfen ausschließlich nach medizinischer Behandlungsbedürftigkeit erfolgen — nicht nach Kostenträger oder anderen nichtmedizinischen Merkmalen. Termine dürfen auch nicht für eine vorab bestimmte Leistung angeboten werden; die Anlage nennt ausdrücklich die ausschließliche Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Für Werbung, Aushänge und die Bezeichnung von Online-Terminen gilt deshalb: sachlich informieren, keine Leistungsversprechen (Heilmittelwerbegesetz).

Rollen und Haftung

Die Rollentrennung ist auch eine Haftungsfrage. Die Apotheke verantwortet ihren Prozessbeitrag: Organisation und Durchführung der Assistenz, Räume, Technik, Datenschutz, Dokumentation und die korrekte Information der Patientinnen und Patienten über Art und Grenzen der Leistung. Die ärztliche Behandlung — Diagnose, Therapie, Verordnung — verantwortet ausschließlich die Ärztin oder der Arzt. Der Videodienstanbieter stellt die zertifizierte Kommunikationslösung; weitere Plattformpartner müssen datenschutzrechtlich (Auftragsverarbeitung nach Art. 28 DSGVO) und vertraglich sauber eingebunden sein. Nach § 12 der Anlage 13 können die Krankenkassen die Erbringung der Maßnahmen prüfen und beanstanden. Ein sauber dokumentierter Prozess ist deshalb keine Formalie, sondern die Absicherung der Apotheke. Vor dem Start empfiehlt sich außerdem ein Blick in die Betriebshaftpflicht: Ist die neue Tätigkeit vom Versicherungsschutz erfasst?

Unsere Position: Vermittlung ohne Lenkung

Eine Plattform für assistierte Telemedizin darf Patientinnen und Patienten Auswahl geben, nicht nehmen. Wir setzen das so um: Die versicherte Person wählt zwischen dem digitalen Warteraum aktuell verfügbarer Praxen, einem garantierten schnellstmöglichen Termin und einer Buchung im Voraus. Ärztinnen und Ärzte aus der Region können eingebunden werden und werden bei Verfügbarkeit bevorzugt angezeigt — das überregionale Ärztenetz sichert lediglich die Verfügbarkeit ab. Es fließen keine Vermittlungs- oder Zuweisungsentgelte, in keine Richtung. Die Einlösung von Verordnungen wird nicht in eine bestimmte Apotheke gelenkt. Diese Grundsätze stehen so in jedem unserer Kundenverträge.

7. Raum, Team und Qualitätsmanagement

Ob die assistierte Telemedizin in einer Apotheke funktioniert, entscheidet sich nicht am Konzept, sondern im Alltag: am Ort, am Team, an der Zeit, die ein Fall kostet, und am Umgang mit Störungen.

Der Raum (§ 5 Anlage 13)

Die genutzten Räume müssen innerhalb der Betriebsräume der Apotheke liegen und so eingerichtet sein, dass Gespräche weder mitgehört noch eingesehen werden können. Datenschutz, Datensicherheit und eine angemessene Privatsphäre sind zu gewährleisten. Die gute Nachricht: Die meisten Apotheken haben diesen Raum bereits — den Beratungsraum, in dem heute Medikationsanalysen oder Impfungen stattfinden. Eine eigene Kabine ist nicht vorgeschrieben. Sie kann sinnvoll sein, wo kein abgeschlossener Beratungsbereich existiert oder wo integrierte Diagnostik gewünscht ist; für den Einstieg reicht ein sicht- und schallgeschützter Raum mit Tisch, Steckdose und stabiler Internetanbindung.

Das Team (§ 7 Anlage 13)

Die Leistung wird durch entsprechend eingewiesenes Personal erbracht. Die Einweisung muss sowohl die Beratungsinhalte zu ambulanten telemedizinischen Leistungen als auch die Bedienung der Technik umfassen, bei Bedarf wiederholt werden und gegenüber der Krankenkasse nachweisbar sein — ein dokumentierter Eintrag im Qualitätsmanagementsystem genügt hierfür. Welche Aufgaben welche Beschäftigtengruppe übernimmt, legt die Apotheke unter Beachtung des Apothekenbetriebsrechts fest. Klar geregelt sein sollte: Wer spricht Patientinnen und Patienten an? Wer erklärt den Ablauf? Wer startet die Ersteinschätzung? Wer hilft bei technischen Problemen? Wer dokumentiert? Wann muss an Notdienst oder Rettungsdienst verwiesen werden?

Kommunikation nach außen

Das Angebot muss verständlich und rechtssicher kommuniziert werden. Patientinnen und Patienten müssen erkennen, dass es sich nicht um eine ärztliche Behandlung durch die Apotheke handelt, welche Unterstützung die Apotheke leistet und welche Daten verarbeitet werden. Das Heilmittelwerbegesetz setzt der Außenkommunikation Grenzen: sachliche Information über den Zugang statt werblicher Überhöhung medizinischer Versprechen.

Störungen und Support

Die Verbindung startet nicht, die Patientin versteht den Ablauf nicht, der Videotermin ist nicht verfügbar, die Ersteinschätzung ergibt einen ungeeigneten Fall — solche Situationen kommen vor, und ein tragfähiger Prozess nimmt sie vorweg: mit festen Ansprechpartnern im Team, einem erreichbaren Anbieter-Support mit zugesicherten Reaktionszeiten und einem klaren Plan für den Fall, dass der telemedizinische Weg an diesem Tag nicht funktioniert.

Aus der Umsetzung: Warum die meisten Apotheken mit dem Tablet starten

In unseren Vertragsgesprächen seit dem 1. Juli zeigt sich ein klares Muster: Die große Mehrheit der Apotheken verfügt über einen geeigneten Beratungsraum und entscheidet sich deshalb für ein vorkonfiguriertes Tablet statt für eine Kabine. Es ist innerhalb weniger Werkzeuge einsatzbereit, benötigt keinen Umbau und erfüllt die Anforderungen des Technikleitfadens über zentrale Geräteverwaltung und Kiosk-Modus (Kapitel 8). Die Kabine bleibt die Ausbaustufe für Standorte ohne abgeschlossenen Beratungsbereich oder mit dem Wunsch nach integrierter Diagnostik.

8. Technik und Datenschutz: Was der Technikleitfaden verlangt

Assistierte Telemedizin verarbeitet besonders sensible Daten: Stammdaten, Versichertendaten, Terminangaben, die Angaben aus der Ersteinschätzung, Prozessnachweise und Gesundheitsdaten. Die Anlage 13 verlangt eine technische Infrastruktur auf dem Stand der Technik und verweist für Einwilligung und Aufklärung auf die DSGVO (insbesondere Art. 7 und 13). Der DAV-Technikleitfaden — ein Arbeitsmaterial des Verbandes, kein Vertragsbestandteil — konkretisiert, was das in der Praxis bedeutet. Er unterscheidet zwischen verbindlichen Anforderungen und Empfehlungen.

Die Kernbotschaft: Ein Notebook mit Kamera reicht nicht. Der Telemedizin-Arbeitsplatz muss vom übrigen Apothekennetz getrennt betrieben werden, auf die erforderlichen Funktionen beschränkt, gegen Veränderungen gesichert — und nach jeder Nutzung von allen versichertenbezogenen Daten bereinigt sein. Gerade der letzte Punkt ist im Alltag fehleranfällig, wenn er manuell erfolgen muss.

Anforderung (DAV-Technikleitfaden)	Was das praktisch bedeutet
Netztrennung	Betrieb des Telemedizin-Arbeitsplatzes in einem separaten WLAN oder VLAN, getrennt vom Warenwirtschafts- und Kassennetz der Apotheke.
Funktionsbeschränkung	Beschränkung des Geräts auf die erforderlichen Funktionen (Whitelist), Sperrung von System- und Sicherheitseinstellungen gegen Veränderungen.
Datenbereinigung	Zuverlässige Entfernung aller versichertenbezogenen Daten nach jeder Nutzung — Einwahllinks, E-Mails, Browserverlauf, Cookies, Cache, Downloads, temporäre Dateien.
Absicherung (Empfehlung)	Deaktivierung von USB-Anschlüssen, aktueller Virenschutz, aktive Firewall, Betreuung durch einen qualifizierten IT-Dienstleister, Notfallprozesse bei Störungen und Sicherheitsvorfällen, Unterweisung des Teams.
Videodienst	Nutzung eines nach Anlage 31b BMV-Ä zertifizierten Videodiensteanbieters (KBV-Liste), Ende-zu-Ende-verschlüsselt, Hosting in der EU.
Auftragsverarbeitung	Vertrag nach Art. 28 DSGVO mit jedem Dienstleister, der im Auftrag der Apotheke personenbezogene Daten verarbeitet; klare Zuordnung, wer für welche Daten verantwortlich ist.

Telematikinfrastruktur und Signatur

Die Anlage 13 sieht vor, dass für die Kommunikation zwischen Apotheken, Krankenkassen und Ärztinnen und Ärzten soweit möglich Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden, insbesondere KIM. Ein konkreter Anwendungsfall steht bereits in § 4: Auf Anforderung der Krankenkasse übermittelt die Apotheke eine Kopie der Vereinbarung über KIM. Für die elektronische Unterzeichnung der Vereinbarung durch die Apotheke ist mindestens eine mittels SMC-B erstellte Signatur vorgesehen, alternativ eine qualifizierte elektronische Signatur; für die versicherte Person genügt eine einfache elektronische Signatur. Bis zur Schaffung dieser Voraussetzungen, spätestens bis zum 1. Januar 2027, kann die Vereinbarung auch in Schriftform geschlossen werden.

Der Blick über den einzelnen Fall

Die technische Umsetzung sollte nicht isoliert als Videotechnik betrachtet werden, sondern als Teil eines dokumentierbaren, anschlussfähigen Prozesses: Ersteinschätzung, Terminwahl, Vereinbarung, Videosprechstunde, Nachweise und Abrechnungsbelege gehören in ein System, das die Apotheke zentral verwalten kann — idealerweise über mehrere Geräte und Standorte hinweg. Und weil der regulatorische Rahmen erkennbar auf Weiterentwicklung angelegt ist (ePA-bezogene Maßnahmen, elektronische Abrechnung, Modellprojekte), sollte eine Lösung neue Leistungen ohne Systemwechsel aufnehmen können.

Aus der Umsetzung: Wie ein verwaltetes Tablet den Technikleitfaden erfüllt

- ✓ **Kiosk-Modus:** Das Gerät läuft ausschließlich mit der Telemedizin-Anwendung — keine private oder fremde Nutzung, keine veränderbaren Systemeinstellungen.
- ✓ **Mobile-Device-Management:** Konfiguration, Sicherheits- und Funktionsupdates werden zentral ausgerollt; die Apotheke braucht keinen eigenen IT-Aufwand.
- ✓ **Sitzungsbasierte Datenbereinigung:** Nach jedem Fall werden versichertenbezogene Daten automatisch vom Gerät entfernt — nichts muss manuell gelöscht werden.
- ✓ **Netztrennung:** Anbindung über ein eigenes WLAN-Segment der Apotheke oder optional über eine eigene Mobilfunkverbindung, unabhängig vom Apothekennetz.
- ✓ **Zentrales Portal:** Vereinbarungen, Ersteinschätzungsnachweise und Abrechnungsbelege liegen je Betriebsstätte im Apothekenportal — prüffähig, ohne Zettelwirtschaft.

9. Abrechnung: Pauschale, Sonderkennzeichen, Fristen

Die Anlage 13 vergütet die assistierte Telemedizin mit einer Pauschale je Maßnahme, die zeitlich gestaffelt ist. Sie gilt einheitlich für alle drei Leistungsvarianten; die Kombination aus Ersteinschätzung und Videosprechstunde löst eine Pauschale aus, nicht zwei. Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass die Vergütung nicht der Umsatzsteuer unterliegt; sollte eine Umsatzsteuerpflicht festgestellt werden, sind die Beträge neu zu verhandeln.

Für Privatversicherte entfaltet die Anlage 13 nach ihrem § 1 ausdrücklich Rechtswirkung; sie bezahlen die Leistung zunächst selbst und erhalten einen taxierten Sonderbeleg zur Einreichung bei ihrer Versicherung. Ob und in welchem Umfang erstattet wird, richtet sich nach dem jeweiligen Versicherungsverhältnis.

Leistungszeitraum	Pauschale je Maßnahme
01.07.2026 – 30.06.2027	30,00 €
01.07.2027 – 30.06.2028	25,50 €
01.07.2028 – 30.06.2029	23,00 €
ab 01.07.2029	21,50 €

Leistungsvariante	Sonderkennzeichen
Strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren	19816313
Videosprechstunde	19816336
Ersteinschätzung und Videosprechstunde	19816342

Übergangsabrechnung per Sonderbeleg

Die Abrechnung soll elektronisch erfolgen. Bis die technischen Voraussetzungen stehen, wird über einen Sonderbeleg abgerechnet — nach den veröffentlichten Klarstellungen grundsätzlich bis zum 28. Februar 2027; ab dem 1. März 2027 ist die elektronische Abrechnung verpflichtend. Apotheken, die die Voraussetzungen früher erfüllen, können bereits vorher elektronisch abrechnen. Der Sonderbeleg soll spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats der Leistungserbringung über das Apothekenrechenzentrum an die Krankenkasse geliefert werden. Der DAV-Abrechnungsleitfaden verlangt auf dem Sonderbeleg die eigenhändige Unterschrift der leistenden Apothekerin oder des leistenden Apothekers samt Namensangabe — die interne Aufgabenverteilung sollte deshalb auch mit Blick auf die Abrechnung festgelegt werden.

Elektronische Abrechnung

Bei der elektronischen Abrechnung wird je Maßnahme ein eigener Datensatz erstellt und mindestens mit einer SMC-B-Signatur, alternativ einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen; diese Signatur ist von der Signatur der Vereinbarung zu unterscheiden. Wer heute startet, sollte den Anbieter fragen, wie der Übergang vom Sonderbeleg zur elektronischen Abrechnung organisatorisch abgebildet wird.

Aufbewahrung und Prüfung

Die Vereinbarung mit der versicherten Person ist vier Jahre aufzubewahren. Die Krankenkassen dürfen die Erbringung der Maßnahmen prüfen (§ 12 Anlage 13) und auf Anforderung eine Kopie der Vereinbarung per KIM verlangen. Eine Dokumentation, die je Fall Vereinbarung, Ersteinschätzungsnachweis, Zeitstempel und Leistungsvariante zusammenhält, ist damit die beste Vorbereitung auf den Prüfungsfall.

Aus der Umsetzung: Abrechnung auf Knopfdruck

Unser Apothekenportal erzeugt zum Monatsende einen Export mit einem fertigen Sonderbeleg je abrechenbarem GKV-Fall — im Format des Musters 16 (DIN A6), inklusive Sonderkennzeichen der Leistungsvariante. Wahlweise steht ein Werte-Druck für den amtlichen DAV-Vordruck zur Verfügung. Die Belege sind unterschriftsbereit; für Privatversicherte wird der taxierte Beleg zur Einreichung bei der Versicherung erzeugt. Die Umstellung auf die elektronische Abrechnung wird über dasselbe Portal bereitgestellt.

10. Wirtschaftlichkeit: Rechnet sich das?

Die ehrliche Antwort lautet: Es kommt auf die Umsetzung an. Die Pauschale ist ein Rahmen, keine Wirtschaftlichkeitsrechnung. Entscheidend sind Nachfrage am Standort, Prozesszeit pro Fall, Personalbindung und die Kosten der eingesetzten Lösung.

Der Zeitfaktor

Eine Pauschale von 30,00 € bewertet sich völlig unterschiedlich, je nachdem, ob ein Fall 15 oder 45 Minuten Personalzeit bindet. Ein eingespielter Prozess mit digitaler Vereinbarung, automatischer Ersteinschätzung und automatischer Dokumentation liegt am unteren Ende; ein improvisierter Ablauf mit Papierformular, manueller Löschung und Technikhilfe am oberen. Die Prozesseffizienz ist deshalb die zentrale wirtschaftliche Stellgröße — vor jeder Preisdiskussion über Hardware.

Eine Beispielrechnung

Für eine Apotheke mit einem vorkonfigurierten Tablet im vorhandenen Beratungsraum ergibt sich bei zwei Fällen pro Öffnungstag folgendes Bild (25 Öffnungstage, marktübliche Konditionen eines Tablet-Modells mit Servicepauschale und fallbezogener Gebühr für die Ersteinschätzung):

Position	je Monat
Erlös: 50 Fälle x 30,00 € (umsatzsteuerfrei)	+ 1.500,00 €

Servicepauschale Software/Support	– 50,00 €
Ersteinschätzung: 50 × 4,00 € netto	– 200,00 €
Deckungsbeitrag vor Personalzeit	≈ 1.250,00 €

Beispielrechnung, keine Garantie für Fallzahlen. Einmaliger Kaufpreis des Tablets (marktüblich rund 1.000 € netto) nicht enthalten; er amortisiert sich in diesem Szenario innerhalb des ersten Monats. Personalzeit: bei 15 Minuten je Fall rund 12,5 Stunden im Monat.

Die Degression einplanen

Bemerkenswert ist die degressive Ausgestaltung der Pauschale von 30,00 € auf 21,50 € innerhalb von drei Jahren. Wer früh startet, durchläuft die Lernphase bei der höchsten Vergütung. Wer später einsteigt, muss von Beginn an effizient arbeiten. Für beide gilt: Die Einführung ist ein Prozessprojekt, keine Technikbeschaffung. Eine Lösung, deren Prozesskosten pro Fall mit der Pauschale sinken können — etwa durch fallbezogene statt fixe Gebühren —, ist über die Laufzeit robuster als ein Modell mit hohen Fixkosten.

Der strategische Blick

Jenseits des Deckungsbeitrags verändert die assistierte Telemedizin die Position der Apotheke im lokalen Gesundheitsmarkt. Sie wird als Zugangspunkt zur ärztlichen Versorgung sichtbar — für Menschen, die sonst lange auf Termine warten oder den Weg in die Notaufnahme nehmen. Die daraus entstehende Kundenbindung, die Anschlussberatung zur Verordnung und die Möglichkeit, weitere Dienste (Impfservice, Testungen, Vitalwertmessung) über dieselbe Infrastruktur anzubieten, sind wirtschaftlich schwerer zu beziffern, aber real. Relevante Fragen vor dem Start: Gibt es im Einzugsgebiet Versorgungsengpässe? Gibt es Patientengruppen mit hohem Unterstützungsbedarf? Kann das Team die Leistung realistisch in den Alltag integrieren? Bestehen regionale ärztliche Anknüpfungspunkte?

Marktstart und Resonanz

Der bundesweite Start am 1. Juli 2026 ist erfolgt; der DAV rechnete zum Start mit einigen hundert teilnehmenden Apotheken und einem flächendeckenden Aufbau über Wochen bis Monate. Aus Teilen der organisierten Ärzteschaft gab es zugleich deutliche Kritik an der neuen Leistung. Für Apotheken unterstreicht das die Bedeutung klarer Rollengrenzen und kooperativer Prozesse mit der ärztlichen Seite — Akzeptanz entsteht, wo Ärztinnen und Ärzte die Apotheke als Zugangshilfe erleben, nicht als Konkurrenz.

11. Anschlussversorgung und die Grenzen der Leistung

Eine Videosprechstunde ist nicht immer der Endpunkt. Sie kann ein Anliegen abschließend klären — sie kann aber auch ergeben, dass eine körperliche Untersuchung, eine fachärztliche Abklärung, Diagnostik oder Akutversorgung erforderlich ist. Deshalb ist Anschlussversorgung ein zentrales Qualitätsmerkmal. Die Anlage 31c verpflichtet die vertragsärztliche Seite, bei nicht gedecktem Versorgungsbedarf eine strukturierte Anschlussversorgung zur Verfügung zu stellen: einen Termin in der eigenen Praxis, eine Überweisung oder eine Einweisung in ein regionales Versorgungskonzept. Erforderliche Überweisungen, Einweisungen und Verordnungen sollen regelmäßig taggleich bereitgestellt werden.

Praxisrelevant ist dabei die Regel zur räumlichen Nähe (§ 7 Anlage 31c): Terminvermittlungslösungen müssen eine vorrangige Vergabe von Videosprechstunden an Patientinnen und Patienten sicherstellen, deren Wohn- oder Aufenthaltsort in räumlicher Nähe zum Praxissitz liegt. Maßgeblich ist der Wohnort der versicherten Person, nicht der Standort der Apotheke. Die Nähe ist eine Priorisierungsregel, keine Zugangsvoraussetzung — die Vermittlung an entferntere Praxen bleibt möglich, insbesondere im Notdienst und bei ärztlichen Zweitmeinungen. Für die Apotheke folgt daraus: Regionale ärztliche Kooperationen sind organisatorisch sinnvoll und erleichtern die Anschlussversorgung, sind aber nicht Voraussetzung.

Was die Leistung (noch) nicht umfasst

Die Anlage 13 stellt klar, dass sich die aktuell geregelten Maßnahmen auf die vertragsärztliche Videosprechstunde nach § 365 SGB V und begleitende Maßnahmen beziehen. Die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben durch das Apothekenpersonal — nach § 2 der Anlage 13 solche, die von der ärztlichen Person angeordnet und verantwortet werden — ist ausschließlich Gegenstand von Modellprojekten. Auch ePA-bezogene Maßnahmen sollen erst mit einer künftigen Anlage folgen. Diese Unterscheidung schützt vor falschen Erwartungen: Nicht jede denkbare telemedizinische oder diagnostische Erweiterung ist automatisch Teil des regulären Leistungsumfangs. Sie ist aber ein guter Grund, bei der Auswahl einer Lösung auf Erweiterbarkeit zu achten — technische wie vertragliche.

Aus der Umsetzung: Eine Infrastruktur, mehrere Dienste

Die technische und organisatorische Basis der assistierten Telemedizin — geschützter Raum, verwaltetes Gerät, digitale Einwilligung, Dokumentation im Portal — ist dieselbe, die auch andere neue Apothekenleistungen benötigen: den Impfservice mit Terminbuchung und digitaler Aufklärung, Selbstzahler- und Labortests mit Befundübermittlung oder die kontaktlose Vitalwertmessung als Einstieg ins Vorsorgegespräch. Apotheken, die diese Dienste über eine gemeinsame Oberfläche anbieten, senken Schulungsaufwand und machen jede weitere Leistung profitabler.

12. Prüfliste für Apotheken

Die folgende Übersicht fasst die Anforderungen der vorangegangenen Kapitel als Leitfragen zusammen — für die eigene Vorbereitung und für das Gespräch mit Anbietern. Sie gilt unabhängig von der gewählten Lösung.

Prüffeld	Leitfrage	Warum relevant
Anspruchsvoraussetzungen	Werden Versicherungsnachweis, Assistenzbedarf und Vereinbarung je Fall erfasst und bestätigt die versicherte Person das Vorliegen per Unterschrift?	§ 4 Anlage 13 — ohne Vereinbarung keine Abrechnung.
Leistungsumfang	Wird der gesamte Assistenzprozess abgebildet oder nur der Videokanal?	Vergütet wird ein Versorgungsprozess, kein Technikvorgang.
Ersteinschätzung	Ist das System ein CE-zertifiziertes Medizinprodukt und erfüllt es nachweislich die Gütekriterien der Anlage 1 zur Anlage 31c?	Vier-Quartals-Regel; MDR-Pflicht seit 01.09.2026.
Videodienst	Wird ein nach Anlage 31b zertifizierter Videodienstanbieter genutzt? Können Ärztinnen und Ärzte mit ihren eigenen zertifizierten Systemen eingebunden werden?	Pflicht für die Abrechnung; Offenheit erhöht die Versorgungsfähigkeit.
Freie Arztwahl	Hat die versicherte Person eine echte, nachvollziehbare Auswahl? Fließen Entgelte für Vermittlung oder Zuweisung?	§ 76 SGB V, § 11 ApoG, §§ 299a/b StGB.
Rollenverteilung	Ist für das Team klar, was es darf, was nicht, und wann es an ärztliche Stellen verweist?	Unklare Rollen erzeugen rechtliche und operative Risiken.
Raum	Gibt es einen sicht- und schallgeschützten Bereich innerhalb der Betriebsräume mit kontrolliertem Zugang?	§ 5 Anlage 13.
Personal & QMS	Ist die Einweisung dokumentiert, wiederholbar und im QMS hinterlegt?	§ 7 Anlage 13 — gegenüber der Kasse nachweisbar.
Technik	Sind Netztrennung, Funktionsbeschränkung, Updates und Datenbereinigung nach jeder Nutzung sichergestellt — möglichst automatisiert?	DAV-Technikleitfaden; manuelle Löschung ist fehleranfällig.
Datenschutz	Liegen Auftragsverarbeitungsverträge vor? Ist klar, wer für welche Daten verantwortlich ist? Werden Patientinnen und Patienten informiert?	DSGVO Art. 7, 13, 28.
Signatur & KIM	Ist der Weg zur SMC-B-/QES-Signatur und zur KIM-Übermittlung bis 01.01.2027 geplant?	Vereinbarung in Textform; Kopie an Kasse auf Anforderung.
Abrechnung	Sind Sonderkennzeichen, Sonderbeleg, Unterschrift, Fristen und der Übergang zur elektronischen Abrechnung (ab 01.03.2027) geregelt?	Wirtschaftlicher Betrieb setzt beherrschbare Abrechnung voraus.
Dokumentation	Sind Vereinbarung, Ersteinschätzungsnachweis, Zeitstempel und Leistungsvariante je Fall prüffähig abgelegt — vier Jahre?	§ 12 Anlage 13 — Prüfrecht der Kassen.

Prüffeld	Leitfrage	Warum relevant
Anschlussversorgung	Gibt es einen klaren Weg für ungeeignete oder nicht abschließend versorgbare Fälle?	Telemedizin darf nicht ins Leere laufen.
Support	Gibt es zugesicherte Reaktionszeiten und einen Plan für Störungen?	Der Betrieb muss im Alltag zuverlässig funktionieren.
Erweiterbarkeit	Können künftige Leistungen (ePA, Modellprojekte, weitere Dienste) und weitere Standorte ohne Systemwechsel aufgenommen werden?	Der Rahmen ist auf Weiterentwicklung angelegt.
Wirtschaftlichkeit	Wie hoch ist die Prozesszeit je Fall? Welche Kosten sind fix, welche fallbezogen? Wie wirkt die Degression bis 2029?	Die Pauschale ist ein Rahmen, keine Rechnung.

13. Fazit

Mit der assistierten Telemedizin bekommt die Apotheke eine neue, regulär vergütete Rolle im Versorgungsprozess: als wohnortnaher, vertrauenswürdiger Zugangspunkt zur ärztlichen Versorgung für Menschen, die diesen Zugang allein nicht sicher finden.

Die Leistung ist kein Technikprojekt. Sie ist ein organisierter Versorgungsprozess, in dem strukturierte Ersteinschätzung, freie Arztwahl, zertifizierter Videodienst, geschützter Raum, eingewiesenes Personal, Datenschutz, Dokumentation und Abrechnung zusammenspielen. Wer nur prüft, ob ein Videotermin technisch möglich ist, prüft das Falsche. Wer den gesamten Prozess prüft — rechtlich belastbar, im Alltag praktikabel, wirtschaftlich tragfähig —, hat die richtigen Fragen gestellt.

Unsere Erfahrung seit dem Start: Die Apotheken, die gut starten, haben drei Dinge gemeinsam. Sie nutzen ihren vorhandenen Beratungsraum, statt auf den perfekten Umbau zu warten. Sie automatisieren Vereinbarung, Ersteinschätzung, Datenbereinigung und Dokumentation, statt sie dem Team aufzubürden. Und sie behandeln die Ärzteschaft als Partner im Prozess, nicht als Lieferanten — mit echter Auswahl für die Patientinnen und Patienten und ohne jede Form der Lenkung.

Die Degression der Pauschale macht den Zeitpunkt wichtig: Wer jetzt beginnt, lernt bei der höchsten Vergütung. Die Anforderungen bleiben dieselben — später wird es nicht einfacher, nur weniger lukrativ.

Assistierte Telemedizin ist die Chance, aus der Apotheke einen aktiven Gesundheitsdienstleister zu machen. Sie zu ergreifen heißt, sie professionell umzusetzen.

Über den Autor · Kontakt

Julian Maar ist COO und Geschäftsführer der DoctorBox GmbH in Berlin. DoctorBox entwickelt digitale Gesundheitsanwendungen für Patientinnen und Patienten und begleitet seit dem Start der assistierten Telemedizin Apotheken bei deren Einführung — mit einer Plattform, die strukturierte Ersteinschätzung (CE-zertifiziertes Medizinprodukt), KBV-zertifizierte Videosprechstunde, Ärztenetz, Dokumentation und Abrechnung in einer Anwendung zusammenführt und auf vorkonfigurierten Tablets, in Telemedizin-Kabinen oder auf vorhandener Hardware der Apotheke läuft.

Dieses Whitepaper beruht auf den öffentlich zugänglichen Vertragsgrundlagen und Arbeitsmaterialien (siehe Quellen) sowie auf den Erfahrungen aus Webinaren, Vertragsgesprächen und dem laufenden Betrieb mit Apotheken seit dem 1. Juli 2026. Die Abschnitte „Aus der Umsetzung“ beschreiben unsere eigene Lösung und sind als solche gekennzeichnet; alle übrigen Anforderungen gelten anbieterunabhängig.

Fragen zur Umsetzung in Ihrer Apotheke?

Julian Maar · jm@doctorbox.eu · Mobil 01520 440 59 27 · Tel. +49 30 54453899 08
DoctorBox GmbH · Taubenstraße 26 · 10117 Berlin · apotheken.doctorbox.de
Kostenfreies Live-Webinar und Videotermin: apotheken.doctorbox.de/webinar



Alle Angaben nach bestem Wissen, Stand September 2026. Dieses Whitepaper ersetzt keine individuelle rechtliche oder steuerliche Beratung und begründet keine Gewähr für die Abrechnungsfähigkeit im Einzelfall. Die Verantwortung für die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Voraussetzungen liegt bei der Apotheke. DoctorBox GmbH · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg, HRB 180599 · Geschäftsführer: Julian Maar.

Quellen und weiterführende Informationen

Gesetze und Vertragsgrundlagen

§ 129 SGB V — Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, insb. Abs. 5h.

https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_129.html

GKV-Spitzenverband / DAV: Erste Änderungsvereinbarung vom 1. Juli 2026 zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V, inkl. Anlage 13 (assistierte Telemedizin).

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/rahmenvertraege/apotheken/2026-06-08_Erste_Aenderungvereinbarung_Rahmenvertrag_ueber_die_Arzneimittelversorgung_129_GKV_bf.pdf

§ 365 SGB V — Vereinbarungen zu Videosprechstunden und technischen Verfahren.

https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_365.html

§ 76 SGB V — Freie Arztwahl.

https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_76.html

KBV: Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte — Anforderungen an Videosprechstunden und Videodienstleister.

https://www.kbv.de/documents/infotek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-31b-videosprechstunde/Anlage_31b_Videosprechstunde.pdf

KBV: Anlage 31c zum Bundesmantelvertrag-Ärzte — Sicherung der Versorgungsqualität telemedizinischer Leistungen (inkl. Anlage 1: Gütekriterien Ersteinschätzung).

https://www.kbv.de/documents/infotek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-31c-telemedizinische-leistungen/Anlage_31c_BMV-Vereinbarung_Versorgungsqualitaet_telemedizinischer_Leistungen.pdf

KBV: Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte — Terminservicestellen.

https://www.kbv.de/documents/infotek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-28-terminservicestellen/Anlage_28_Terminservicestellen.pdf

§ 11 Apothekengesetz — Zuweisungs-, Absprache- und Makelverbote.

https://www.gesetze-im-internet.de/apog/_11.html

§§ 299a, 299b StGB — Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen.

https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_299a.html

Verordnung (EU) 2016/679 (DSGVO), insb. Art. 7, 9, 13, 26, 28, 32.

<https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj?locale=de>

Heilmittelwerbegesetz (HWG).

<https://www.gesetze-im-internet.de/heilmwergb/>

Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte (MDR).

<https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj?locale=de>

Arbeitsmaterialien und offizielle Informationen (ABDA / DAV)

ABDA: Assistierte Telemedizin in Apotheken — Informationsseite.

<https://www.abda.de/fuer-apotheker/it-und-datenschutz/assistierte-telemedizin/>

DAV/ABDA: Infoflyer assistierte Telemedizin, Stand 28.07.2026.

https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ehealth/aTM/Flyer_aTM_neu_28_07_2026_02.pdf

DAV/ABDA: Technikleitfaden assistierte Telemedizin — Arbeitsmaterial zu technischer Ausstattung, Datenschutz und Datensicherheit, Stand 28.07.2026.

https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ehealth/aTM/260728_aTM_Arbeitsmaterial_Technikleitfaden.pdf

DAV/ABDA: Muster-Vereinbarung über die assistierte Inanspruchnahme einer ambulanten telemedizinischen Leistung, Stand 09.06.2026.

https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ehealth/aTM/260604_aTM_Arbeitsmaterial_Vereinbarung.pdf

DAV/ABDA: Abrechnungsleitfaden assistierte Telemedizin — Übergangsabrechnung, Sonderkennzeichen, elektronische Abrechnung, Signatur, Stand 28.07.2026.

https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ehealth/aTM/260728_aTM_Arbeitsmaterial_Abrechnungsleitfaden.pdf

ABDA: IT-Sicherheit für Apotheken und IT-Sicherheitsprüfliste.

<https://www.abda.de/fuer-apotheker/notfall-und-krisenmanagement/it-sicherheit/>

ABDA: Pressemitteilung „Assistierte Telemedizin in Apotheken ab 1. Juli: Schiedsspruch macht den Weg frei“, 08.05.2026.

<https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/assistierte-telemedizin-in-apotheken-ab-1-juli-schiedsspruch-macht-den-weg-frei/>

ABDA: Pressemitteilung „Zum 1. Juli: Telemedizin startet, Festhonorar steigt, Struktur steht“, 30.06.2026.

<https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/zum-1-juli-telemedizin-startet-festhonorar-steigt-struktur-steht/>

ABDA/dpa: DAV-Vorstandsmitglied Dr. Jan-Niklas Francke zur assistierten Telemedizin, 30.06./01.07.2026.

<https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/dpa-francke-informiert-ueber-assistierte-telemedizin/>

G-BA: Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder zum Entwurf der Anlage 13, 12.03.2026.

https://www.g-ba.de/downloads/17-98-6096/2026-03-12_PA_STN_TelemedApotheken.pdf

Weiterführende fachliche Quellen

KBV: Themenseite Videosprechstunde — Anforderungen, Organisation, zertifizierte Anbieter, Abrechnung.

<https://www.kbv.de/praxis/digitalisierung/anwendungen/videosprechstunde>

KBV: Liste zertifizierter Videodienstleister.

<https://www.kbv.de/documents/praxis/digitalisierung/videosprechstunde/videosprechstunde-zertifizierte-anbieter-liste.pdf>

gematik: Elektronische Gesundheitskarte.

<https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/egk>

Pharmazeutische Zeitung: „30 Euro für assistierte Telemedizin“.

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/30-euro-fuer-assistierte-telemedizin-165104/>

DoctorBox: Assistierte Telemedizin in der Apotheke — Pauschale, Abrechnung, Voraussetzungen (laufend aktualisiert).

<https://apotheken.doctorbox.de/assistierte-telemedizin>