

Bundesministerium für Gesundheit
Anja Brandenburg
Ministerialrätin
Leiterin des Referats 522
Rochusstraße 1
53107 Bonn

Per E-Mail an: DIGIG@bmg.bund.de

Berlin, 2. August 2023

Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)

Stellungnahme der E-Rezept Enthusiasten, Verein zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen e.V.

Der gemeinnützige Verein der E-Rezept Enthusiasten (Enthusiasten) begrüßt den Referentenentwurf des DigiG ausdrücklich. Dies ist endlich der lange ersehnte Wurf, um die dringend benötigten E-Health Anwendungen in die Regelversorgung zu überführen.

Gut gemacht!

Wir benennen die aus unserer Sicht wichtigen Punkte, die unbedingt **beibehalten** werden sollten und einige wenige Punkte, die aus unserer Sicht **neu bzw. anders** formuliert werden müssten.

Die aus unserer Sicht wichtigen Punkte, die unbedingt beibehalten werden müssen:

Zu § 336 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Nachdem bereits Apotheken berechtigt sind, auf freiwilliger Basis Verfahren zur Identifizierung der Versicherten anzubieten, sollen entsprechende Verfahren künftig auch „bei einem Vertragsarzt oder einem Vertragszahnarzt“ zum Einsatz kommen dürfen.

Zu § 360 Abs. 2, Satz 1 SGB V

Die Enthusiasten unterstützen ausdrücklich das neue verpflichtende Startdatum zum 01. Januar 2024 für das E-Rezept.

Zu § 360 Abs. 14 SGB V

Die Nutzung von Daten, die im Prozess entstehen, ist der Gewinn der Digitalisierung. Die automatisierte Übernahme der Dispensierinformationen in eine Medikationsliste ist ein sehr

wichtiger Schritt, um die ePA zu dem zu machen, was sie sein soll - eine Patientenakte mit aktuellen Medikationsinformationen, die Leben retten kann. Dies war der Ansatz des E-Rezepts vor 20 Jahren aufgrund des Lipobay Skandals. Die weitere Integration eines von Ärzten und Apotheken kuratierten Medikationsplans ist die konsequente zusätzliche Weiterentwicklung.

Zu § 360 Abs. 16 SGB V

Die sichere Übertragung des E-Rezept-Tokens auch außerhalb der Telematikinfrastruktur wird von den Enthusiasten ausdrücklich begrüßt. Je mehr Wege es für das E-Rezept gibt desto besser. Aktuell weiß kein Politiker, Landesvertreter, gematik-Mitarbeiter oder Enthusiast, welche Einlösewege sich kurz und mittelfristig durchsetzen werden. Die Versicherten sollen bzw. werden entscheiden.

Die aus unserer Sicht noch zu optimierenden bzw. neuen Punkte:

Zu § 312 Abs. 1 Satz 16

Die Versicherten sollten die Möglichkeit haben, ein E-Rezept bequem in der Arztpraxis zu scannen, ganz ohne Papierausdruck - idealerweise vom den ihnen vertrauten Kartenterminals (E-Health Terminal).

Es wertet die „Gematik-light-App“ (ohne PIN) extrem auf, dass die Versicherten die Arztpraxis auch ohne Ausdruck verlassen, mit der Gewissheit ein E-Rezept zu besitzen und es direkt nutzen zu können.

Die E-Rezept Enthusiasten konnten bereits nachweisen, dass die Scan-Lösung technisch funktioniert, von Leistungserbringern als benutzerfreundlich bezeichnet und von Versicherten auch angenommen wird.

Damit die Scan-Lösung jedoch nicht von den vielen Praxisverwaltungssystemen ausgebremst wird, fordern die Enthusiasten, dass diese Lösung als SICCT-Schnittstelle in die Konnektorspezifikation aufgenommen wird.

Die Gesellschaft für Telematik sollte daher mit der Anpassung der notwendigen Spezifikationen für die Konnektoren und E-Health-Terminals beauftragt werden. Zugleich ist es notwendig, die Primärsystemhersteller zur technischen Umsetzung und softwareseitigen Implementierung zu verpflichten.

Aktueller Gesetzestext	Enthusiasten schlagen vor:
	Die gematik soll entsprechend §311 Absatz 1 Nummer 1 bis zum 1. Juli 2024 die entsprechenden Maßnahmen durchführen, damit Versicherten der E-Rezept Token in der Arztpraxis maschinenlesbar zugänglich gemacht wird.

Zu § 360 Abs. 2 Sätze 6, 7 und 8 SGB V

Nicht die KBV bzw. KZBV sondern die 17 KVen und 17 KZVen entscheiden über den Erfolg oder Misserfolg der E-Rezept Einführung. Daher sollte ihnen eine besondere Rolle in Aufklärung und Kontrolle der E-Rezept Einführung zukommen. Darüber hinaus sollte ganz transparent gehalten werden, in welcher der 17 Regionen die Nutzung des E-Rezepts erfolgreich verläuft und in welcher Region leider nicht.

Aktueller Gesetzestext	Enthusiasten schlagen vor:
<p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung informieren die Ärzte und Zahnärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen tätig sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, über die elektronischen Verordnungen nach Absatz 1 und wirken darauf hin, dass ab dem 1. Januar 2024 für die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nach Satz 1 standardmäßig die Dienste und Komponenten nach Absatz 1 verwendet werden. Sie berichten ab dem 1. Januar 2024 zum Ende eines jeden Quartals über den Anteil der elektronischen Verordnungen an allen vertragsärztlichen beziehungsweise vertragszahnärztlichen Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Die dafür notwendigen Daten erhalten sie von Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der deutschen Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik.</p>	<p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung weisen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an, die Ärzte und Zahnärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen tätig sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, über die elektronischen Verordnungen nach Absatz 1 zu informieren und wirken gemeinsam mit ihren Mitgliedern darauf hin, dass ab dem 1. Januar 2024 für die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nach Satz 1 standardmäßig die Dienste und Komponenten nach Absatz 1 verwendet werden. Sie berichten ab dem 1. Januar 2024 zum Ende eines jeden Quartals an das Bundesministerium für Gesundheit über den Anteil der elektronischen Verordnungen an allen vertragsärztlichen beziehungsweise vertragszahnärztlichen Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Die dafür notwendigen Daten erhalten sie von Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der deutschen Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik. Die Daten müssen nach einem von der KBV bzw. KZBV festgelegtem einheitlichen Format, je nach KZV bzw. KV Region nachvollziehbar aufgeteilt sein.</p>

Zu § 360 Abs. 16 SGB V

Wir begrüßen die Spezifikation zur Übertragung des Tokens auch außerhalb der Telematik-Infrastruktur (§360, 16). Der neue Passus ermöglicht die Bereitstellung von rein digitalen und kundenfreundlichen Einlöse- und Übertragungsmöglichkeiten für das E-Rezept. Er eröffnet diese Handlungsoption nun auch für Mehrwertanbieter außerhalb der Telematik-Infrastruktur. So können für Patientinnen und Patienten, sichere und niederschwellige Angebote zur Einlösung des E-Rezepts geschaffen werden. Durch Mehrwertservices wie z. B. Vorbestelloptionen und Botendienste können unnötige Wege- und Wartezeiten vermieden werden. Die freie Apothekenwahl der Patientinnen und Patienten wird dabei geschützt und gestärkt.

§ 360 Abs. 16 Satz 3 enthält aus unserer Sicht jedoch noch Unschärfen, vor allem was unter „Gruppen von Apotheken“ zu verstehen ist.

Aktueller Gesetzestext	Enthusiasten schlagen vor:
<p>(16) Die Bereitstellung und der Betrieb von informationstechnischen Systemen, die die Übermittlung von elektronischen Verordnungen oder elektronischen Zugangsdaten zu elektronischen Verordnungen außerhalb der Telematikinfrastruktur ermöglichen, ist untersagt. Abweichend von Satz 1 dürfen Anbieter informationstechnische Systeme bereitstellen, mit denen elektronische Zugangsdaten zu elektronischen Verordnungen vom Leistungserbringer mit Zustimmung der Versicherten an die Versicherten zur direkten Weiterleitung an eine Apotheke zur Einlösung der Verordnung ohne Nutzung der Telematikinfrastruktur übermittelt werden, wenn dabei der Stand der Technik gemäß den Richtlinien des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik und dem Sicherheitsniveau „Substantiell“ eingehalten wird. Es dürfen keine Apotheken oder Gruppen von Apotheken bevorzugt werden. Die Verbote gemäß § 31 Absatz 1 Sätze 5 bis 7 sowie § 11 Absätze 1 und 1a des Apothekengesetzes sind zu beachten. Absatz 2 Satz 5 bleibt unberührt.</p>	<p>(16) Die Bereitstellung und der Betrieb von informationstechnischen Systemen, die die Übermittlung von elektronischen Verordnungen oder elektronischen Zugangsdaten zu elektronischen Verordnungen außerhalb der Telematikinfrastruktur ermöglichen, ist untersagt. Abweichend von Satz 1 dürfen Anbieter informationstechnische Systeme bereitstellen, mit denen elektronische Zugangsdaten zu elektronischen Verordnungen vom Leistungserbringer mit Zustimmung der Versicherten an die Versicherten zur direkten Weiterleitung an eine Apotheke zur Einlösung der Verordnung ohne Nutzung der Telematikinfrastruktur übermittelt werden, wenn dabei der Stand der Technik gemäß den Richtlinien des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik und dem Sicherheitsniveau „Substantiell“ eingehalten wird. Aus Patientensicht dürfen keine Apotheken bevorzugt werden. Die Verbote gemäß § 31 Absatz 1 Sätze 5 bis 7 sowie § 11 Absätze 1 und 1a des Apothekengesetzes sind zu beachten. Absatz 2 Satz 5 bleibt unberührt</p>

Zu § 360 Abs. 17 SGB V

Es ist traurig, aber leider aufgrund der Erfahrungen der letzten Monate auch notwendig, dass alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gegenüber der jeweils zuständigen KV und KZV nachweisen müssen, dass sie in der Lage sind, elektronische Rezepte auszustellen. Doch aufgepasst! Ein einmaliger Nachweis ist nicht ausreichend, denn danach kann die Funktion wieder umgestellt werden.

Wir empfehlen daher, dass das E-Rezept im PVS-System als „default“, also als Standardweg voreingestellt wird und im Jahr 2024 quartalsweise ein Nachweis zu erbringen ist.

Aktueller Gesetzestext	Enthusiasten schlagen vor:
<p>(...) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer haben gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass sie in der Lage sind für die Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die elektronische Verordnung nach Absatz 2 zu verwenden. Wird der Nachweis nicht bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] erbracht, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent zu kürzen; die Vergütung</p>	<p>(...) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer haben gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung bis zum Ende des Jahres 2024 quartalsweise nachzuweisen, dass sie in der Lage sind für die Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die elektronische Verordnung nach Absatz 2 zu verwenden. Wird der erstmalige Nachweis nicht bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] erbracht, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1</p>

ist so lange zu kürzen, bis der Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht ist.“	Prozent zu kürzen; die Vergütung ist zu kürzen, bis der Nachweis erstmalig und dann quartalsweise bis Ende 2024 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht ist. Als Nachweis muss fristgerecht angezeigt werden, dass die elektronische Verschreibung als Default-Einstellung im PVS eingestellt ist.
--	--

Folgende Punkte sollten im laufenden Gesetzgebungsverfahren zusätzlich ermöglicht werden:

„Verwendung des rosa A5 Sicherheitspapiers für den E-Rezept Ausdruck“

Diese Forderung klingt trivial und wird leider von vielen bisher falsch verstanden. Sie kommt aber von Hausärzten, die in der Praxis bereits E-Rezept Erfahrung haben und ist eine der wichtigsten Forderungen in der Einführungsphase zur Steigerung der Akzeptanz. Die Leistungserbringer dürfen damit bis Ende 2025 für den E-Rezept Ausdruck das von den KVen zur Verfügung gestellte Sicherheitspapier in A5 blanko-rosa verwenden. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen.

Durch die Verwendung des rosa Sicherheitspapiers erhält der Patient einen wertigen, vertrauten „Rezept“-Ausdruck. Dadurch reduziert sich auch der Erkläraufwand in der Hausarztpraxis erheblich. Die technisch-organisatorischen Prozesse bei der Umstellung der Praxis-IT werden erleichtert, da das vorhandene - für Überweisungen verwendete - Druckerfach genutzt werden kann.

Jeder Patient hat das gesetzliche Anrecht auf einen Papierausdruck. Somit müssen Ärzte dem Wunsch der Patienten nachkommen können, ohne dass ihnen Zusatzkosten entstehen.

Kassenärztliche Vereinigungen unterstützen diese Forderung ausdrücklich.

Aktueller Gesetzestext	Enthusiasten schlagen vor:
	Die Leistungserbringer dürfen bis Ende 2025 für den E-Rezept Ausdruck das von den KVen zur Verfügung gestellte Sicherheitspapier in A5 blanko-rosa verwenden. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen.

„Retaxationssicherheit“

Wir begrüßen, dass Retaxationssicherheit nun in ersten Schritten im Gesetz zur „Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln“ (ALBVVG) beschlossen wurde. Aber die Ausführungen gehen nicht weit genug. Es muss festgehalten werden, dass durch das E-Rezept keine weiteren Möglichkeiten zur Retaxation geschaffen werden. Neue mögliche Retaxationsgründe, insbesondere im Bereich der Spezialversorgungen, wie beispielsweise

der verpflichtenden Übertragung der Charge bei der Verblisterung im Rahmen der Heimversorgung, benötigen Klärung bis zur verpflichtenden Einführung im Januar 2024

„Vergütung für elektronische Folge- und Mehrfachverordnungen anpassen“

Die ärztliche Vergütung muss dringend reformiert und im Zuge der Gesetzgebung an die neuen digitalen Prozesse angepasst werden. Noch ist dieser Punkt im Referentenentwurf nicht ausreichend geregelt!

So sehen gerade ältere Patientinnen und Patienten bzw. chronisch kranke Menschen im E-Rezept einen besonders großen Vorteil. Doch für Heilberufsangehörige ist die Ausstellung von Folge- und Mehrfachverordnungen aktuell monetär geringer vergütet, als wenn die Patientinnen und Patienten physisch in der Praxis erscheinen. Hier ist daher eine längst überfällige Anpassung der Vergütung notwendig.

Aktueller Gesetzestext	Enthusiasten schlagen vor:
	Der Gesetzgeber hat darauf hinzuwirken, dass bis zum 01. Januar 2024 die Organisationen der Selbstverwaltung sich darauf einigen, dass die Quartalspauschale bei elektronischen Folge- und Mehrfachverordnungen unabhängig von der physischen Präsenz des/der Versicherten in der Arztpraxis abgerechnet werden kann.

„Vergütung von telemedizinischen Angeboten“

Wir begrüßen den Wegfall der 30%-Grenze für telemedizinische Angebote und das Angebot der assistierten Telemedizin in Apotheken. Wichtig ist jedoch die vollständige Gleichstellung bei der Honorierung von telemedizinischen Leistungen.

Punkt 4.3.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes – EBM

Die Abschläge auf die Pauschalen bei Arzt-Patienten-Kontakt, die ausschließlich im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattfinden, schränken die freie Therapiewahl der Ärzte ein und stellen eine aus unserer Sicht nicht zu rechtfertigende Bevormundung der Ärzteschaft dar.

Aktueller Gesetzestext	Enthusiasten schlagen vor:
<p>4.3.1 Arzt-Patienten-Kontakt Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus. Andere Arzt-Patienten-Kontakte setzen mindestens einen telefonischen Kontakt und/oder einen Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und/oder</p>	<p>4.3.1 Arzt-Patienten-Kontakt Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus. Andere Arzt-Patienten-Kontakte setzen mindestens einen telefonischen Kontakt und/oder einen Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und/oder</p>

einen mittelbaren Kontakt voraus, soweit dies berufsrechtlich zulässig ist. Ein mittelbarer anderer Arzt-Patienten-Kontakt umfasst insbesondere die Interaktion des Vertragsarztes mit Bezugsperson(en) und setzt nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt, Bezugsperson(en) und Patient an demselben Ort voraus. Telefonische Arzt-Patienten-Kontakte, Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä und andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte sind Inhalt der Pauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig. Finden im Behandlungsfall ausschließlich telefonische Arzt-Patienten-Kontakte oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte statt, sind diese nach der Gebührenordnungsposition [01435](#) berechnungsfähig. Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä statt, gilt:

1. Die Notfallpauschalen im organisierten Not(-fall)dienst, die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitels ist einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztpraxisübergreifender Behandlung einmal im Arztfall berechnungsfähig (s. Allgemeine Bestimmung 4.1). Es erfolgt ein Abschlag auf die Punktzahl der jeweiligen Notfall-, Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale und den Zuschlägen bzw. Zusatzpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich nach den Gebührenordnungspositionen [03040](#), [03060](#), [03061](#) und [04040](#), den Zuschlägen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung [4.3.8](#) und den Gebührenordnungspositionen [13294](#), [13296](#), [13344](#), [13346](#), [13394](#), [13396](#), [13494](#), [13496](#), [13543](#), [13544](#), [13594](#), [13596](#), [13644](#), [13646](#), [13694](#), [13696](#) und dem Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition [06225](#) für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzte

einen mittelbaren Kontakt voraus, soweit dies berufsrechtlich zulässig ist. Ein mittelbarer anderer Arzt-Patienten-Kontakt umfasst insbesondere die Interaktion des Vertragsarztes mit Bezugsperson(en) und setzt nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt, Bezugsperson(en) und Patient an demselben Ort voraus. Telefonische Arzt-Patienten-Kontakte, Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä und andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte sind Inhalt der Pauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig. Finden im Behandlungsfall ausschließlich telefonische Arzt-Patienten-Kontakte oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte statt, sind diese nach der Gebührenordnungsposition [01435](#) berechnungsfähig.

~~Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä statt, gilt:~~

- ~~7. Die Notfallpauschalen im organisierten Not(-fall)dienst, die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitels ist einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztpraxisübergreifender Behandlung einmal im Arztfall berechnungsfähig (s. Allgemeine Bestimmung 4.1). Es erfolgt ein Abschlag auf die Punktzahl der jeweiligen Notfall-, Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale und den Zuschlägen bzw. Zusatzpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich nach den Gebührenordnungspositionen [03040](#), [03060](#), [03061](#) und [04040](#), den Zuschlägen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung [4.3.8](#) und den Gebührenordnungspositionen [13294](#), [13296](#), [13344](#), [13346](#), [13394](#), [13396](#), [13494](#), [13496](#), [13543](#), [13544](#), [13594](#), [13596](#), [13644](#), [13646](#), [13694](#), [13696](#) und dem Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition [06225](#) für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzte~~

<p>gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1. Die Höhe des Abschlags beträgt</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 % für die Grundpauschalen der Kapitel 5, 6, 9 und 20 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge und für die Gebührenordnungsposition 37706, • 25 % für die Grundpauschalen der Kapitel 7, 8, 10, 11, 13, 15, 18, 26 und 27 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge, • 20 % für die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, die Grundpauschalen der Kapitel 14, 16, 21, 22 und 23, die Grund- bzw. Konsiliarpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01320, 01321, 25214 und 30700 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge, • 10 % für die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210 und 01212. <p>Die Abschläge werden durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorgenommen.</p> <p>2. Die Aufschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 5.1 und 4.3.10 und den Präambeln 3.1 Nr. 8, 4.1 Nr. 4 und 4.1 Nr. 11 erfolgen auf Basis der um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 reduzierten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.</p> <p>3. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 01630, 01641, 03020, 04020, 05215, 05227, 06215, 06227, 07215, 07227, 08215, 08227, 09215, 09227, 10215, 10227, 11215, 12215, 13215, 13227, 13295, 13297, 13345, 13347, 13395, 13397, 13495, 13497, 13546, 13547, 13595, 13597, 13645, 13647, 13695, 13697, 14215, 14217, 15215, 16214, 16218, 17215, 18215, 18227, 19215, 20215, 20227, 21222, 21227, 21228, 22215, 22219, 23215, 24215, 25215, 26215, 26227, 27215, 27227, 30701, 30703 und 32001 sind nicht berechnungsfähig.</p> <p>4. Die um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 reduzierte Versicherten-, Grund- oder</p>	<p>gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1. Die Höhe des Abschlags beträgt</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 % für die Grundpauschalen der Kapitel 5, 6, 9 und 20 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge und für die Gebührenordnungsposition 37706, • 25 % für die Grundpauschalen der Kapitel 7, 8, 10, 11, 13, 15, 18, 26 und 27 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge, • 20 % für die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, die Grundpauschalen der Kapitel 14, 16, 21, 22 und 23, die Grund- bzw. Konsiliarpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01320, 01321, 25214 und 30700 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge, • 10 % für die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210 und 01212. <p>Die Abschläge werden durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorgenommen.</p> <p>8. Die Aufschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 5.1 und 4.3.10 und den Präambeln 3.1 Nr. 8, 4.1 Nr. 4 und 4.1 Nr. 11 erfolgen auf Basis der um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 reduzierten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.</p> <p>9. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 01630, 01641, 03020, 04020, 05215, 05227, 06215, 06227, 07215, 07227, 08215, 08227, 09215, 09227, 10215, 10227, 11215, 12215, 13215, 13227, 13295, 13297, 13345, 13347, 13395, 13397, 13495, 13497, 13546, 13547, 13595, 13597, 13645, 13647, 13695, 13697, 14215, 14217, 15215, 16214, 16218, 17215, 18215, 18227, 19215, 20215, 20227, 21222, 21227, 21228, 22215, 22219, 23215, 24215, 25215, 26215, 26227, 27215, 27227, 30701, 30703 und 32001 sind nicht berechnungsfähig.</p> <p>10. Die um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 reduzierte Versicherten-, Grund- oder</p>
---	--

<p>Konsiliarpauschale ist im Behandlungsfall nicht neben der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt (s. Allgemeine Bestimmung 4.1) berechnungsfähig.</p> <p>5. Der Fall ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der Gebührenordnungsposition 88220 nachzuweisen.</p> <p>6. Die Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Abs. 5 ist auf 30 % aller Vertragsarztes begrenzt. Dabei sind Behandlungsfälle mit ausschließlichen Leistungen im Rahmen der Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst nicht zu berücksichtigen.</p> <p>Gebührenordnungspositionen, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung auch im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden können, unterliegen einer Obergrenze. Die Obergrenze beträgt 30 % je berechneter Gebührenordnungsposition je Vertragsarzt und Quartal. Abweichend hiervon bezieht sich die Obergrenze bei Leistungen des Kapitels 35 auf das Punktzahlvolumen aller vom Vertragsarzt bzw. -psychotherapeuten berechneten Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden können, mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 35152. Für die Gebührenordnungsposition 35152 beträgt die Obergrenze gemäß Absatz 6 Satz 1 und 2 30% je Vertragsarzt und Quartal. Leistungen im Rahmen der Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst sind bei Anwendung der Obergrenze nicht zu berücksichtigen.</p> <p>Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte an demselben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen durchgeführt werden.</p> <p>Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern gemäß 4.3.5 sowie bei krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestörten Kranken (z. B. Taubheit, Sprachverlust) ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch dann gegeben, wenn die Interaktion des Vertragsarztes indirekt über die Bezugsperson(en) erfolgt, wobei sich Arzt, Patient und Bezugsperson(en) gleichzeitig an demselben Ort befinden</p>	<p>Konsiliarpauschale ist im Behandlungsfall nicht neben der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt (s. Allgemeine Bestimmung 4.1) berechnungsfähig.</p> <p>11. Der Fall ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der Gebührenordnungsposition 88220 nachzuweisen.</p> <p>12. Die Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Abs. 5 ist auf 30 % aller Vertragsarztes begrenzt. Dabei sind Behandlungsfälle mit ausschließlichen Leistungen im Rahmen der Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst nicht zu berücksichtigen.</p> <p>Gebührenordnungspositionen, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung auch im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden können, unterliegen einer Obergrenze. Die Obergrenze beträgt 30 % je berechneter Gebührenordnungsposition je Vertragsarzt und Quartal. Abweichend hiervon bezieht sich die Obergrenze bei Leistungen des Kapitels 35 auf das Punktzahlvolumen aller vom Vertragsarzt bzw. -psychotherapeuten berechneten Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden können, mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 35152. Für die Gebührenordnungsposition 35152 beträgt die Obergrenze gemäß Absatz 6 Satz 1 und 2 30% je Vertragsarzt und Quartal. Leistungen im Rahmen der Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst sind bei Anwendung der Obergrenze nicht zu berücksichtigen.</p> <p>Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte an demselben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen durchgeführt werden.</p> <p>Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern gemäß 4.3.5 sowie bei krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestörten Kranken (z. B. Taubheit, Sprachverlust) ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch dann gegeben, wenn die Interaktion des Vertragsarztes indirekt über die Bezugsperson(en) erfolgt, wobei sich Arzt, Patient und Bezugsperson(en) gleichzeitig an demselben Ort befinden</p>
--	--

<p>müssen. Bei den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330 und 18340, deren Berechnung mindestens drei oder mehr persönliche bzw. andere Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzt, kann ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgen.</p>	<p>müssen. Bei den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330 und 18340, deren Berechnung mindestens drei oder mehr persönliche bzw. andere Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzt, kann ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgen.</p>
---	--

„Anpassung des Heilmittelwerbegesetzes“

Zu § 9 Heilmittelwerbegesetz - HWG:

Um der Forderung nach einer Stärkung der (assistierten) Telemedizin gerecht werden zu können, braucht es außerdem den Wegfall oder eine grundlegende Reform des §9 Heilmittelwerbegesetzes, damit über (assistierte) telemedizinische Angebote informiert werden darf und sie somit einer breiten Masse verfügbar gemacht werden können.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit enthusiastischen Grüßen

Ihr



Ralf König

Vorstand der E-Rezept-Enthusiasten e.V.

ralf.koenig@erezept-enthusiasten.de
Mobil: +49 175 5695698