



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# **Zusammenfassende Dokumentation / Abschlussbericht**

**Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen**

**Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im  
Rahmen der Fernbehandlung**

Stand: 19.01.2023

Unterausschuss Veranlasste Leistungen  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

**Inhaltsverzeichnis**

<b>A</b>	<b>Tragende Gründe und Beschluss .....</b>	<b>1</b>
<b>A-1</b>	<b>Rechtsgrundlage .....</b>	<b>1</b>
<b>A-2</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung .....</b>	<b>1</b>
	A-2.1 Allgemeine Ausführungen zu den Änderungen .....	1
	A-2.1.1 Zu Satz 1 bis 3.....	2
	A-2.1.2 Zu Satz 4 Nummer 1 und 2 .....	3
	A-2.1.3 Zu Satz 4 Nummer 3 .....	3
	A-2.1.4 Zu Satz 5 .....	4
	A-2.1.5 Zu Satz 6 .....	4
	A-2.1.6 Zu Satz 7 .....	4
	A-2.1.7 Zu Satz 8 .....	4
<b>A-3</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen .....</b>	<b>4</b>
<b>A-4</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung.....</b>	<b>5</b>
<b>A-5</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>5</b>
<b>A-6</b>	<b>Beschluss.....</b>	<b>6</b>
<b>A-7</b>	<b>Prüfung durch das BMG.....</b>	<b>8</b>
<b>B</b>	<b>Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA .....</b>	<b>9</b>
<b>B-1</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen .....</b>	<b>9</b>
<b>B-2</b>	<b>Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens .....</b>	<b>9</b>
<b>B-3</b>	<b>Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer .....</b>	<b>9</b>
<b>B-4</b>	<b>Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen.....</b>	<b>9</b>
<b>B-5</b>	<b>Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....</b>	<b>10</b>
	B-5.1 Beschlussentwurf .....	11
	B-5.2 Tragende Gründe .....	14
<b>B-6</b>	<b>Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen .....</b>	<b>24</b>
	B-6.1 Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen .....	24
	B-6.1.1 Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen .....	24
	B-6.1.2 Stellungnahmen zum Richtlinienentext.....	33
	B-6.1.2.1 Stellungnahmen zu § 3 Absatz 3a HeilM-RL, § 1b Reha-RL und § 3 Absatz 1a HKP- RL	33
	B-6.2 Darstellung der aufgrund der Stellungnahmen vorgenommenen Änderungen.....	75
<b>B-7</b>	<b>Mündliche Stellungnahmen .....</b>	<b>78</b>

B-7.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	78
B-7.2	Mündliche Stellungnahmen.....	80
B-7.3	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	90
<b>B-8</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen .....</b>	<b>90</b>
<b>C</b>	<b>Anhang 1 – Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen zur Heilmittel-Richtlinie .....</b>	<b>91</b>

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
BKE	Bürokratiekostenermittlung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HKP-RL	Häusliche Krankenpflege-Richtlinie
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
PatV	Patientenvertretung
Reha-RL	Rehabilitations-Richtlinie
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

## **A Tragende Gründe und Beschluss**

### **A-1 Rechtsgrundlage**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nummer 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

### **A-2 Eckpunkte der Entscheidung**

#### **A-2.1 Allgemeine Ausführungen zu den Änderungen**

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in Erfurt hat durch Änderung der Muster-Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) die Möglichkeit einer ausschließlichen Fernbehandlung eröffnet. In der Folge ist es zu einer sukzessiven Lockerung des Fernbehandlungsverbots in den Berufsordnungen der Ärztekammern gekommen.

Durch die Änderung der Muster-Berufsordnung für Psychotherapeuten (MBO-PT) beim 33. Deutschen Psychotherapeutentag am 17. November 2018 in Berlin wurde eine Entscheidung zur psychotherapeutischen Fernbehandlung getroffen, die die bisherige Regelung in § 5 Absatz 5 der MBO-PT, dass eine Behandlung über elektronische Kommunikationsmedien nur in begründeten Ausnahmefällen durchgeführt werden darf, lockerte. Demnach sind psychotherapeutische Behandlungen über elektronische Kommunikationsmedien im Rahmen der Voraussetzungen der Psychotherapie-Richtlinie in ihrer Konkretisierung durch die Psychotherapie-Vereinbarung möglich.

Insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Relevanz der Fernbehandlung und der Lockerung der einschlägigen berufsrechtlichen Vorgaben sieht der G-BA einen Regelungsbedarf hinsichtlich der Möglichkeit einer Verordnung im Rahmen einer Fernbehandlung. Mit der nun getroffenen Regelung greift der G-BA die in der MBO-Ä sowie MBO-PT normierten Vorgaben auf und trägt ihnen Rechnung.

In § 3 wurde ein neuer Absatz 3a aufgenommen, welcher die Besonderheiten im Zusammenhang eines mittelbar persönlichen Kontaktes zwischen Verordnerin oder Verordner und der oder dem Versicherten regelt. Danach ist die Verordnung von Heilmitteln, soweit dies im jeweiligen Fall vertretbar ist, mittelbar persönlich nur per Videosprechstunde möglich.

Es besteht keine Verpflichtung zur Teilnahme an einer Videosprechstunde. Die Teilnahme ist für alle Teilnehmer freiwillig (vgl. Anlage 31b BMV-Ä).

Die Verwendung des Begriffs „Fernbehandlung“ ist im Zusammenhang mit der HeilM-RL nicht eindeutig und damit ungeeignet. Die beabsichtigte Regelung berührt zudem auch nicht die Erbringung der Heilmittel selbst, sondern betrifft lediglich die Verordnung von Leistungen im Rahmen eines unmittelbar persönlichen oder – als Neuregelung – eines mittelbar persönlichen Kontaktes zwischen der oder dem Versicherten und Verordnerin oder Verordner. Zur begrifflichen Klarheit wird daher auf den Begriff

„Fernbehandlung“, der auch im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens teilweise missverstanden wurde, verzichtet.

Eine Verordnung kann im mittelbar persönlichen Kontakt nur über eine Videosprechstunde zwischen der oder dem Versicherten und der Verordnerin oder dem Verordner erfolgen. Damit ist auch eine Abgrenzung zu weiteren Kommunikationsmedien wie z. B. Chat, E-Mail, Fax o. ä. gegeben.

#### **A-2.1.1 Zu Satz 1 bis 3**

Verordnungsberechtigt für Leistungen von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung sind gemäß § 1 Absatz 1 Satz 2 HeilM-RL Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und für Ergotherapie nach Maßgabe des § 35 Absatz 4 HeilM-RL zusätzlich Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten.

Dem entsprechend entscheidet die Verordnerin oder der Verordner aus ärztlicher Sicht oder aus psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der jeweiligen berufsrechtlichen Vorgaben für Ärztinnen und Ärzte<sup>1</sup> bzw. für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten<sup>2</sup> über die Vertretbarkeit einer Verordnung im Rahmen eines mittelbar persönlichen Kontaktes zwischen Verordnerin oder Verordner und der oder dem Versicherten per Videosprechstunde. Dieser Regelungsansatz entspricht dem der aktuellen berufsrechtlichen Vorgaben, die jeweils vom Grundsatz der Behandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt zur Versicherten oder zum Versicherten ausgehen.

Der Begriff „*vertretbar*“ beinhaltet bereits die Beachtung von berufsrechtlichen Besonderheiten. Zur Klarstellung wird durch die Formulierung „*unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben*“ ausdrücklich und ergänzend auf das Berufsrecht Bezug genommen.

Voraussetzung für die Verordnung von Heilmitteln ist nach § 3 Absatz 3, dass sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) sowie über bisherige Heilmittelverordnungen informiert hat oder ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.

Die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 haben persönlich zu erfolgen. „*Persönlich*“ setzt die Anwesenheit der oder des Versicherten in seiner Person voraus. Das bedeutet, dass nicht eine andere Person anstelle der oder des Versicherten alleinig anwesend sein kann. Dies gilt gleichermaßen für Verordnungen im Rahmen der Videosprechstunde

wie für die Präsenzbehandlung. Im Falle der Videosprechstunde ist die oder der Versicherte zwar nicht in Präsenz vor Ort, aber in technischer Vermittlung durch die Videoverbindung in Echtzeit mittelbar persönlich anwesend.

Die auch in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie verwendete begriffliche Abgrenzung zwischen „*mittelbar persönlich*“ und „*unmittelbar persönlich*“ wurde vorgenommen, weil die ärztliche oder psychotherapeutische Konsultation per Videosprechstunde nicht vollumfänglich, sondern nur eingeschränkt erfolgen kann. So kann etwa im Rahmen einer Videosprechstunde zwar eine ärztliche oder psychotherapeutische Untersuchung erfolgen, soweit akustische und visuelle Eindrücke, Stimme oder Erscheinungsbild, die durch die Verordnerin oder den Verordner auch auf diesem Wege häufig gut beobachtet werden können, für die Untersuchung hinreichend sind. Vor allem nonverbale Signale wie Mimik, Gestik und emotionale Präsenz sind aber gegenüber einem unmittelbar persönlichen Kontakt

---

<sup>1</sup> (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages vom 5. Mai 2021

<sup>2</sup> Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Fassung des Beschlusses des 24. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin am 17. Mai 2014 geändert mit dem Beschluss des 33. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin am 17. November 2018

eingeschränkt beurteilbar. Einige Untersuchungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel das Abtasten, spezifische Funktionstests oder Untersuchungen, die den Einsatz von diagnostischen Geräten voraussetzen, sind nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Darüber hinaus wird die Videosprechstunde von technischen Faktoren (Übertragungsqualität, Lichtverhältnisse in der Häuslichkeit der Versicherten, Bildqualität) beeinflusst, so dass nicht die gleichen Eindrücke gesammelt werden können, wie es bei einer unmittelbar persönlichen Behandlung der Fall ist. Dies führt neben den vorgenannten prinzipbedingten Einschränkungen der Befunderhebung dazu, dass die Verordnerin oder der Verordner auch die Aussagen der oder des Versicherten zur Erkrankung nicht in jedem Einzelfall vollumfänglich überprüfen bzw. nachvollziehen kann.

Zu den näheren Voraussetzungen zur Ausstellung einer Verordnung im Rahmen einer mittelbar persönlichen Konsultation siehe Satz 4.

#### **A-2.1.2 Zu Satz 4 Nummer 1 und 2**

Die Verordnung kann ferner nur dann mittels Videosprechstunde zwischen der oder dem Versicherten und der Verordnerin oder dem Verordner erfolgen, wenn die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt sind.

Eine Verordnung per Videosprechstunde zwischen der oder dem Versicherten und der Verordnerin oder dem Verordner darf nicht durch die Erkrankung, etwa aufgrund ihrer Art und Schwere, ausgeschlossen sein. Die Verordnerin oder der Verordner entscheidet hierüber unter Beachtung ihrer oder seiner ärztlichen oder psychotherapeutischen Sorgfaltpflicht. Die Verordnerin oder der Verordner hat die Grenzen des Beratungs- und Behandlungsgeschehens verantwortungsbewusst zu setzen. Es bedarf in jedem Einzelfall einer umsichtigen Abwägungsentscheidung darüber, ob die Schilderungen der oder des Versicherten im Rahmen der ärztlichen oder psychotherapeutischen Befundung insgesamt ausreichend sind für eine Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde.

Maßgeblich für diese Abwägungsentscheidung ist unter anderem, ob der Verordnerin oder dem Verordner der Zustand der oder des Versicherten aus einer bereits laufenden Behandlung ausreichend bekannt ist, also insbesondere ob es bereits einen unmittelbar persönlichen Kontakt zwischen der Verordnerin oder dem Verordner und der oder dem Versicherten gab, aufgrund dessen die Verordnerin oder der Verordner bereits Kenntnisse zu wesentlichen Vorbefunden und zum sozialen Umfeld sowie Informationen über den Krankheitsverlauf hat. Weitere Kriterien können die spezifische Symptomatik der oder des Versicherten sowie Art und Schwere der Beschwerden darstellen.

#### **A-2.1.3 Zu Satz 4 Nummer 3**

Die Verordnung von Heilmitteln kann gemäß § 3 Absatz 3 HeilM-RL nur erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind. Ziel ist es, neben der fundierten Einschätzung der zu einer Heilmittelverordnung führenden funktionellen oder strukturellen Schädigung, die für eine effektive Behandlungsplanung erforderlichen Kenntnisse über alltagsrelevante Einschränkungen der Aktivitäten sowie person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu erlangen, denn die Indikation für eine Heilmittel-Verordnung ergibt sich gemäß § 3 Absatz 5 HeilM-RL nur aus dieser Gesamtbetrachtung heraus. Die notwendige Befunderhebung und Diagnostik, die für die Indikationsstellung einer erstmaligen Heilmittelverordnung erforderlich ist, sind nur durch persönliche Inaugenscheinnahme durch die Verordnerin oder den Verordner möglich. So ist beispielsweise auch für die Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung (Videotherapie Heilmittel) geregelt, dass die



erste Behandlung, die ggf. auch therapeutische Befund- und Diagnostikmaßnahmen enthalten kann, sowie regelmäßige Verlaufskontrollen im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen müssen.

Vor diesem Hintergrund kann auch eine erstmalige Verordnung im Verordnungsfall nicht mittelbar persönlich im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen; erneute Verordnungen sind hingegen bei Vertretbarkeit im Rahmen einer Videosprechstunde zwischen der oder dem Versicherten und der Verordnerin oder dem Verordner möglich, weil hier gesichert ist, dass die zur Verordnung führende Indikationsstellung einschließlich der erforderlichen Befunderhebung und Diagnostik anlässlich der erstmaligen Verordnung im Rahmen der unmittelbar persönlichen Behandlung durch die Verordnerin oder den Verordner erfolgt ist. Somit gilt: Eine erstmalige Verordnung im Verordnungsfall muss im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung ausgestellt werden. Eine weitere Verordnung kann per Videosprechstunde ausgestellt werden.

#### **A-2.1.4 Zu Satz 5**

Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der Videosprechstunde zwischen der oder dem Versicherten und der Verordnerin oder dem Verordner nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Wege der Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen.

#### **A-2.1.5 Zu Satz 6**

Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde aufzuklären.

#### **A-2.1.6 Zu Satz 7**

Satz 7 stellt klar, dass Versicherte keinen Anspruch auf die Verordnung aufgrund einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Untersuchung im Wege einer Videosprechstunde haben.

#### **A-2.1.7 Zu Satz 8**

Satz 8 sieht als Ausnahme zu den Beschränkungen in Satz 2 vor, dass die Ausstellung von weiteren Verordnungen im Sinne von § 6a Absatz 2 Satz 1 auch nach einem diesbezüglich vorherigen telefonischen Kontakt zwischen der oder dem Versicherten sowie der Verordnerin oder dem Verordner zulässig ist, wenn die Verordnerin oder der Verordner den aktuellen Gesundheitszustand der oder des Versicherten insbesondere mit Blick auf die bestehenden Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung verordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist.

### **A-3 Würdigung der Stellungnahmen**

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Hieraus haben sich Änderungen am Beschlusssentwurf ergeben. Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel B dokumentiert.

**A-4 Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

**A-5 Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
18.03.2021	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens „Verordnung im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung“
01.06.2022	UA VL	Beratung des Beschlusssentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Änderung der HeilM-RL
24.08.2022	UA VL	Mündliche Anhörung und Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen
07.12.2022	UA VL	Abschließende Beratung
19.01.2023	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
17.03.2023		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
11.04.2023		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
12.04.2023		Inkrafttreten

## A-6 Beschluss

Veröffentlicht im BAnz am 11. April 2023, BAnz AT 11.04.2023 B1

# Beschluss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der Fernbehandlung

Vom 19. Januar 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2023 beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie in der Fassung 20. Januar 2011/19. Mai 2011 (BAnz. S. 2247), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 17. November 2022 (BAnz AT 20.01.2023 B2) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Nach § 3 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die nach § 3 erforderlichen Feststellungen sind im Rahmen einer unmittelbar persönlichen oder mittelbar persönlichen Konsultation möglich. Eine mittelbar persönliche Konsultation kann nur per Videosprechstunde erfolgen. Die mittelbar persönliche Konsultation ist zulässig, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist. Dies setzt insbesondere voraus, dass

1. die oder der Versicherte und die ordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen ordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt sind,
2. die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde nicht ausschließt und
3. es sich nicht um eine erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall handelt.

Sofern der Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der Videosprechstunde nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen. Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde aufzuklären. Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde besteht nicht. Die Ausstellung von weiteren Verordnungen gemäß § 6a Absatz 2 Satz 1 nach einem vorherigen telefonischen Kontakt zwischen der Verordnerin oder dem Verordner und der oder dem Versicherten ist abweichend von Satz 2 ausnahmsweise zulässig, wenn die Verordnerin oder der Verordner den aktuellen Gesundheitszustand bereits im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung ordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist.“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 19. Januar 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**A-7 Prüfung durch das BMG**



Bundesministerium  
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

Dr. Josephine Tautz  
Ministerialrätin  
Leiterin des Referates 213  
"Gemeinsamer Bundesausschuss,  
Strukturierte Behandlungsprogramme  
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in  
der GKV"

HAUSANSCHRIFT	Friedrichstraße 191, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT	11055 Berlin
TEL	+49 (0)30 18 441-4514
FAX	+49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL	213@bmg.bund.de
INTERNET	www.bundesgesundheitsministerium.de

**Ausschließlich per Fax: 030 - 275838105**

Berlin, 17. März 2023  
AZ 213 - 21432 - 02

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 19. Januar 2023  
hier: Änderung der Heilmittel-Richtlinie:  
Verordnungen im Rahmen der Fernbehandlung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 19. Januar 2023 über eine  
Änderung der Heilmittel-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Es wird auf Folgendes hingewiesen:

Das Bundesministerium für Gesundheit regt an zu prüfen, ob unter Ziffer I. im (neuen)  
§ 3 Absatz 3a Satz 1 HeilM-RL der Verweis auf § 3 ausreichend bestimmt ist, um auf die  
erforderlichen Feststellungen der Verordnungsvoraussetzungen Bezug zu nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

## **B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA**

### **B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen**

Vor Entscheidungen des G-BA über die Änderung der Häusliche Krankenpflege Richtlinie wird den hierzu berechtigten Organisationen gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V, gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit.

a) VerfO und gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer und gemäß § 91 Absatz 5a SGB V dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Stellungnahmen werden in die Entscheidung einbezogen.

### **B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens**

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen beschloss in seiner Sitzung am 1. Juni 2022 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 1. Juni 2022 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

### **B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer**

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

### **B-4 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen**

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 1. Juni 2022 folgenden Organisationen für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt:

<b>Organisation</b>	<b>Eingang SN</b>	<b>Bemerkungen</b>
Bundesärztekammer (BÄK)	30.06.2022	
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	20.06.2022	
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	27.06.2022	Verzicht
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs)	28.06.2022	

<b>Organisation</b>	<b>Eingang SN</b>	<b>Bemerkungen</b>
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.	30.06.2022	
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	30.06.2022	
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafforst-Andersen e.V. (dba)	30.06.2022	
LOGO Deutschland e.V. Selbstständige in der Logopädie	30.06.2022	
Bundesverband für Podologie	26.06.2022	Verzicht
Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.	27.06.2022	

**B-5      Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens**

Neben dem Beschlussentwurf wurden den Stellungnehmern die Tragenden Gründe (jeweils mit Stand vom 1. Juni 2022) übermittelt.

**B-5.1 Beschlussentwurf**

Stand: 01.06.2022



# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:  
Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie in der Fassung 20. Januar 2011/19. Mai 2011 (BAnz S. 2247), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom TT. Monat Jahr (BAnz AT TT.MM.JJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
  1. In § 2a Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.
  2. In § 3 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 3a eingefügt:

„<sup>1</sup>Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der **[DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde]** erfolgen, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.

GKV-SV, KBV	DKG, PatV
<sup>2</sup> Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte	
und die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit	
der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt	
sind und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der <b>[KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde]</b> nicht ausschließt.	ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.
GKV-SV, KBV	
<sup>3</sup> Die erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall kann nicht mittelbar persönlich im Rahmen einer <b>[GKV-SV: Videosprechstunde/KBV: Fernbehandlung]</b> erfolgen.	



<sup>3/4</sup>Sofern der Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen. <sup>4/5</sup>Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] aufzuklären. <sup>5/6</sup>Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] besteht nicht.

GKV-SV
<p><sup>7</sup>Die Ausstellung von weiteren Verordnungen gemäß § 6a Absatz 2 Satz 1 nach einem vorherigen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt ist ausnahmsweise zulässig, wenn die Verordnerin oder der Verordner den aktuellen Gesundheitszustand bereits im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung verordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist.</p>

“

3. § 7 Absatz 6 wird wie folgt geändert:
  - a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:  
„Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung ist nicht bindend.“
  - b) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:  
„Die Sätze 1 und 2 gelten ebenso für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe, die einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen.“
  - c) Im neuen Satz 4 wird das Wort „ebenfalls“ gestrichen.
  - d) Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:  
„Sieht die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V das Kriterium Akutereignis oder weitere Hinweise und Spezifikationen vor, sind diese hingegen nicht bindend.“
  - e) Im neuen Satz 8 werden die Wörter „zu berücksichtigen“ durch das Wort „bindend“ ersetzt.
  
4. § 12 Absatz 6 werden folgende Sätze angefügt:  
„Eine Begrenzung auf 12 Einheiten je Verordnungsfall gilt auch in den Fällen, in denen eine Verordnungsmöglichkeit von 12 Wochen besteht (vergleiche § 7 Absatz 6). Dies gilt bei einem individuell durch Krankenkassen genehmigten langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8 Absatz 3 sowie bei Diagnosen der Anlage 2. Ebenfalls gilt dies für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen, der gegebenenfalls einer Altersbeschränkung unterliegt.“

- II. Im Zweiten Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog, Abschnitt I, Maßnahmen der Physiotherapie, Nummer 1 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, Zeile CS, Spalte Diagnosegruppe werden die Wörter „Chronisches Regionales Schmerzsyndrom“ durch die Wörter „Komplexes regionales Schmerzsyndrom“ ersetzt.
- III. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## B-5.2 Tragende Gründe

Stand: 01.06.2022  
A= Position DKG, PatV und KBV  
B = Position GKV-SV



# Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:  
Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung  
und weitere Änderungen

Vom XX. Monat JJJJ

### Inhalt

<b>1. Rechtsgrundlage</b> .....	2
<b>2. Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	2
2.1 Ärztliche Fernbehandlung .....	2
2.2 Weitere Änderungen.....	7
<b>3. Würdigung der Stellungnahmen</b> .....	9
<b>4. Bürokratiekostenermittlung</b> .....	9
<b>5. Verfahrensablauf</b> .....	9
<b>6. Fazit</b> .....	9

A= Position DKG, PatV und KBV  
B = Position GKV-SV

## 1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nummer 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

### 2.1 Ärztliche Fernbehandlung

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in Erfurt hat durch Änderung der Muster-Berufsordnung (MBO) für Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit einer ausschließlichen Fernbehandlung eröffnet. In der Folge ist es zu einer sukzessiven Lockerung des Fernbehandlungsverbots in den Berufsordnungen der Ärztekammern gekommen.

Durch die Änderung der Musterberufsordnung für Psychotherapeuten beim 33. Deutschen Psychotherapeutentag am 17. November 2018 in Berlin wurde eine Entscheidung zur psychotherapeutischen Fernbehandlung getroffen, die die bisherige Regelung in § 5 Absatz 5 der Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dass eine Behandlung über elektronische Kommunikationsmedien nur in begründeten Ausnahmefällen durchgeführt werden darf, lockerte. Demnach sind psychotherapeutische Behandlungen grundsätzlich über elektronische Kommunikationsmedien möglich. Insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Relevanz der ärztlichen Fernbehandlung und der Lockerung der einschlägigen berufsrechtlichen Vorgaben sieht der G-BA einen Regelungsbedarf hinsichtlich der Möglichkeit einer Verordnung im Rahmen einer Fernbehandlung. Mit der nun getroffenen Regelung greift der G-BA die in der MBO-Ä sowie MBO-PT normierten Vorgaben auf und trägt ihnen Rechnung.

#### PatV und DKG

Dabei berücksichtigt der G-BA die bisherigen Praxis auf Basis der geltenden Regelung des § 15 Absatz 2 BMV-Ä, wonach Verordnungen von der Vertragsärztin oder vom Vertragsarzt nur ausgestellt werden, wenn er oder sie sich persönlich von dem Krankheitszustand der Patientin oder des Patienten überzeugt hat oder wenn ihr oder ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist, wovon nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden darf.

In § 3 wurde ein neuer Absatz 3a aufgenommen, welcher die Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Fernbehandlung regelt. Danach ist die Verordnung von Heilmitteln, soweit dies im jeweiligen Fall vertretbar ist, mittelbar persönlich im Rahmen der [A:] Fernbehandlung / [B:] Videosprechstunde möglich.

A= Position DKG, PatV und KBV  
B = Position GKV-SV

Zu dem Begriff [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
<p>Eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung erfolgt grundsätzlich per Videosprechstunde und ist in bestimmten Fällen auch nach telefonischer Konsultation möglich. Bei der Wahl des Mediums ist zu beachten, dass die Fernbehandlung nach telefonischer Konsultation im Gegensatz zur Videosprechstunde weiteren Einschränkungen unterliegt, da insbesondere visuelle Eindrücke fehlen.</p> <p>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bzw. die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut - nachfolgend bezeichnet als Verordnerin oder Verordner - kann eine Fernbehandlung nur vornehmen, wenn dies vertretbar ist. Die Prüfung liegt damit in der Verantwortung der Verordnerin bzw. des Verordners. Zu beachten ist, dass die technischen Voraussetzungen sowie die Nutzungskompetenzen für eine Videosprechstunde sowohl beim Verordner oder der Verordnerin als auch bei den Patientinnen und Patienten vorhanden sein müssen. Nicht nur ältere Menschen, sondern auch Menschen mit Behinderungen haben vielfach kein ausreichendes Wissen für Hardware und Software, um eine Videosprechstunde wahrnehmen zu können.</p> <p>Insbesondere für diese Patientinnen und Patienten kann sich die Möglichkeit von Verordnungen nach telefonischer Konsultation bei folgenden Konstellationen ergeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es handelt sich um Erkrankungen, bei denen von vornherein mehrere Verordnungen in Folge im ärztlichen Behandlungsplan vorgesehen sind und eine zwischenzeitliche unmittelbar persönliche Kontrolle nicht erforderlich ist.</li> <li>- Die Beförderung in die Praxis zur persönlichen Vorstellung ist mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden oder</li> </ul>	<p>Soweit Heilmittelverordnungen im Rahmen der Fernbehandlung ausgestellt werden, kann dies grundsätzlich nur per Videosprechstunde erfolgen. Für die Verordnung von Heilmitteln ist ärztlicherseits ein exakter Befund zu den funktionellen-strukturellen Schädigung zu erheben. Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist (vgl. § 6a HeilM-RL). Die Verordnerin oder der Verordner muss sich vor jeder Verordnung vom Zustand der oder des Versicherten überzeugen (vgl. § 3 Absatz 3 HeilM-RL).</p> <p>Hierzu ist mindestens eine visuell-auditive Übertragung erforderlich, da allenfalls unter Einsatz visueller und auditiver Wahrnehmung eine ausreichende diagnostische Sicherheit zur Erkennung der vorliegenden Schädigungen gewährleistet werden und eine angemessene medizinisch-therapeutische Einordnung erfolgen kann. So ist es beispielsweise anhand einer rein sprachlichen, und damit nur auditiv wahrnehmbaren Schilderung von Schmerzen im Bereich des Rückens durch eine Versicherte oder einen Versicherten mit bekannten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule nicht sicher möglich abzugrenzen, ob es sich um unspezifische Rückenschmerzen im Wege der vorbekannten degenerativen Veränderungen handelt oder um spezifische Rückenschmerzen mit entsprechender Ausstrahlung als Hinweise auf eine radikuläre Schädigung.</p> <p>Eine Schmerzausstrahlung könnte per Videoübermittlung zusätzlich bildlich demonstriert und somit ggf. eine erforderliche unmittelbar persönliche Untersuchung sowie weitere Diagnostik veranlasst werden.</p> <p>Ähnliches gilt beispielsweise auch für chronische Schwindelpatientinnen und -patienten und die rechtzeitige Diagnose eines leichten</p>

A= Position DKG, PatV und KBV  
B = Position GKV-SV

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
<p>ist aus gesundheitlichen Gründen oder wegen Verhaltensauffälligkeiten (vorliegende Behinderung, Demenz etc.) nicht oder nur unter hohem Aufwand (kostenintensive Krankenbeförderung) möglich, so dass die unmittelbar persönlichen Vorstellungen begrenzt und so gering wie möglich gehalten werden sollen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine unmittelbar persönliche Behandlung ist wegen einer zusätzlichen interkurrenten Erkrankung der Patientin oder des Patienten nicht möglich.</li> </ul> <p>Letztlich ist die Entscheidung, ob im Rahmen einer telefonischen Konsultation die Identität zweifelsfrei festgestellt werden kann und darüber, ob die Voraussetzungen für das gewählte Kommunikationsmittel vorliegen, mithin auch über Telefon verordnet werden kann, oder ob auf Video als Kommunikationsmittel oder zum unmittelbar persönlichen Kontakt zu wechseln ist, durch die Verordnerin oder den Verordner zu treffen.</p>	<p>Schlaganfalles, der häufig einem schweren Schlaganfall vorausgeht.</p> <p>Das Erkennen subtiler Symptome sowie des Ausmaßes der funktionellen oder strukturellen Schädigungen erfordert schon mittels Videoübertragung eine hohe klinische Expertise der Verordnerin oder des Verordners, ist aber ausschließlich nach eigenanamnestischen Angaben und auditiven Wahrnehmungsmöglichkeiten nicht mit der erforderlichen Patientensicherheit zu gewährleisten.</p>

#### Zu Satz 1

Verordnungsberechtigt für Leistungen von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung sind gemäß § 1 Absatz 1 HeilM-RL Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten für Ergotherapie nach Maßgabe des § 35 Absatz 4 HeilM-RL.

Dem entsprechend entscheidet die Verordnerin oder der Verordner aus ärztlicher Sicht oder aus psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der jeweiligen berufsrechtlichen Vorgaben für Ärztinnen und Ärzte<sup>1</sup> bzw. für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten<sup>2</sup> über die Vertretbarkeit einer Verordnung im Rahmen der [A:] Fernbehandlung / [B:] Videosprechstunde. Die aktuellen berufsrechtlichen Vorgaben gehen jeweils vom Grundsatz der Behandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt zur Versicherten oder zum Versicherten aus.

Der Begriff „vertretbar“ beinhaltet bereits die Beachtung von berufsrechtlichen Besonderheiten. Zur Klarstellung wird durch die Formulierung „unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben“ ausdrücklich und ergänzend auf das Berufsrecht Bezug genommen.

<sup>1</sup> (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages vom 5. Mai 2021

<sup>2</sup> Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Fassung des Beschlusses des 24. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin am 17. Mai 2014 geändert mit dem Beschluss des 33. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin am 17. November 2018

A= Position DKG, PatV und KBV  
B = Position GKV-SV

Voraussetzung für die Verordnung von Heilmitteln ist nach § 3 Absatz 3, dass sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) sowie über bisherige Heilmittelverordnungen informiert hat oder ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.

Im Falle der Präsenzbehandlung ist die Patientin oder der Patient unmittelbar, also vor Ort, persönlich anwesend. Der Wortlaut „*persönlich*“ setzt die Anwesenheit der Patientin oder des Patienten in seiner Person voraus. Das bedeutet auch, dass nicht eine andere Person anstelle der oder des Versicherten alleinig anwesend sein kann. Dies gilt gleichermaßen für die Fern- wie für die Präsenzbehandlung. Im Falle der Fernbehandlung ist die oder der Versicherte mittelbar, also

GKV-SV	PatV, DKG und KBV
im Rahmen einer Videosprechstunde per Videoübertragung in Echtzeit	im Rahmen einer Videosprechstunde oder per Telefon

, persönlich anwesend.

Die auch in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie verwendete Formulierung „*mittelbar persönlich*“ wurde gewählt, weil die ärztliche oder psychotherapeutische Konsultation im Rahmen der [A]: **Videosprechstunde oder per Telefon** / [B]: **Videosprechstunde** nicht vollumfänglich, sondern nur eingeschränkt erfolgen kann. So kann etwa im Rahmen einer Videosprechstunde zwar eine ärztliche oder psychotherapeutische Untersuchung erfolgen, weil akustische und visuelle Eindrücke, Stimme oder Erscheinungsbild durch die Verordnerin oder den Verordner häufig gut beobachtet werden können. Vor allem nonverbale Signale wie Mimik, Gestik und emotionale Präsenz sind aber gegenüber einem unmittelbar persönlichen Kontakt eingeschränkt beurteilbar. Einige Untersuchungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel das Abtasten oder spezifische Funktionstests, sind nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Darüber hinaus wird die [A]: **Fernbehandlung** / [B]: **Videosprechstunde** von technischen Faktoren (Übertragungsqualität, Lichtverhältnisse in der Häuslichkeit der Versicherten, Bildqualität) beeinflusst, so dass niemals die gleichen Eindrücke gesammelt werden können, wie es bei einer unmittelbar persönlichen Behandlung der Fall ist. Dies führt dazu, dass die Verordnerin oder der Verordner die Aussagen der oder des Versicherten zur Erkrankung nicht in jedem Einzelfall vollumfänglich überprüfen bzw. nachvollziehen kann.

Die Verordnung kann daher nur dann erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner mit den begrenzten Mitteln der [A]: **Fernbehandlung** / [B]: **Videosprechstunde** einen ausreichenden Eindruck vom Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten verschaffen kann, die Erkrankung dies also nicht insbesondere aufgrund ihrer Art oder Schwere ausschließt.

#### Zu Satz 2

GKV-SV, KBV	PatV, DKG
Die Verordnung kann ferner nur dann mittels Videosprechstunde erfolgen, wenn die ordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen ordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt sind.	Die Verordnung kann ferner nur dann mittels Fernbehandlung erfolgen, wenn die Verordnerin oder der Verordner von der ordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat. Diese Kenntnis kann auch mittelbar persönlich vorliegen, d.h. dass die Verordnerin oder der Verordner beispielsweise Befunde von

A= Position DKG, PatV und KBV  
B = Position GKV-SV

GKV-SV, KBV	PatV, DKG
	einer anderen behandelnden Fachärztin oder einem anderen behandelnden Facharzt oder einen Entlassbrief des Krankenhauses erhalten hat, ohne dass die Patientin oder der Patient hierfür unmittelbar persönlich vorstellig werden muss. Darüber hinaus muss die oder der Versicherte der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 33 Absatz 2 und 3 Ärzte-ZV aufgrund früherer Behandlung unmittelbar persönlich bekannt sein, so dass beispielsweise auf die Dokumentation dieser Behandlungen zurückgegriffen werden kann.

Eine Verordnung per [A:] Fernbehandlung / [B:] Videosprechstunde darf nicht durch die Erkrankung, etwa aufgrund ihrer Art und Schwere, ausgeschlossen sein. Die Verordnerin oder der Verordner entscheidet hierüber unter Beachtung ihrer oder seiner ärztlichen oder psychotherapeutischen Sorgfaltspflicht. Die Verordnerin oder der Verordner hat die Grenzen des Beratungs- und Behandlungsgeschehens verantwortungsbewusst zu setzen. Es bedarf in jedem Einzelfall einer umsichtigen Abwägungsentscheidung darüber, ob die Schilderungen der Patientin oder des Patienten im Rahmen der ärztlichen oder psychotherapeutischen Befundung insgesamt ausreichend sind für eine Verordnung im Rahmen der [A:] Fernbehandlung / [B:] Videosprechstunde.

Maßgeblich für diese Abwägungsentscheidung wird unter anderem sein, ob der Verordnerin oder dem Verordner der Zustand der Patientin oder des Patienten aus einer bereits laufenden Behandlung ausreichend bekannt ist, also insbesondere ob es bereits einen unmittelbar persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt gab, aufgrund dessen die Verordnerin oder der Verordner bereits Kenntnisse zu wesentlichen Vorbefunden und zum sozialen Umfeld sowie Informationen über den Krankheitsverlauf hat. Weitere Kriterien können die spezifische Symptomatik der Patientin oder des Patienten sowie Art und Schwere der Beschwerden darstellen.

#### Zu Satz 3 [GKV-SV/KBV]

Die Verordnung von Heilmitteln kann gemäß Heilm-RL nur erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind (Heilm-RL § 3 Absatz 3). Ziel ist es, neben der fundierten Einschätzung der zu einer Heilmittelverordnung führenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die für eine effektive Behandlungsplanung erforderlichen Kenntnisse über alltagsrelevante Einschränkungen der Aktivitäten sowie person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu erlangen, denn die Indikation für eine Heilmittel-VO ergibt sich gemäß § 3 Absatz 5 Heilm-RL nur aus dieser Gesamtbetrachtung und Beurteilung heraus. Die notwendige Befunderhebung und Diagnostik, die für die Indikationsstellung einer erstmaligen Heilmittelverordnung erforderlich ist, sind nur durch persönliche Inaugenscheinnahme durch die Ärztin oder den Arzt möglich. So ist beispielsweise auch für die Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung (Videotherapie Heilmittel) geregelt wor-



A= Position DKG, PatV und KBV  
B = Position GKV-SV

den, dass die erste Behandlung, die ggf. auch therapeutische Befund- und Diagnostikmaßnahmen enthalten können, sowie regelmäßige Verlaufskontrollen im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen müssen.

Vor diesem Hintergrund kann auch ärztlicherseits eine erstmalige Verordnung im Verordnungsfall nicht mittelbar persönlich im Rahmen einer [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde erfolgen (siehe Satz 3); erneute Verordnungen (Folgeverordnungen) sind hingegen bei Vertretbarkeit im Rahmen einer Videosprechstunde möglich, weil hier gesichert ist, dass die zur Verordnung führende Indikationsstellung einschließlich der erforderlichen Befunderhebung und Diagnostik anlässlich der erstmaligen Verordnung im Rahmen der unmittelbar persönlichen Behandlung durch die Ärztin oder den Arzt erfolgt ist.

#### **Zu Satz 3 [DKG/PatV] bzw. Satz 4 [GKV-SV/KBV]**

Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Wege der [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen.

#### **Zu Satz 4 [DKG/PatV] bzw. Satz 5 [GKV-SV/KBV]**

Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde aufzuklären.

#### **Zu Satz 5 [DKG/PatV] bzw. Satz 6 [GKV-SV/KBV]**

Satz 5/6 stellt klar, dass Versicherte keinen Anspruch auf die Verordnung aufgrund einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Untersuchung im Wege einer [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde haben.

#### **Zu Satz 7 [GKV-SV]**

Satz 7 definiert, dass die Ausstellung von weiteren Verordnungen im Sinne von § 6a Absatz 2 Satz 1 ausnahmsweise auch nach einem diesbezüglich vorherigen telefonischen Kontakt zwischen der oder dem Versicherten sowie der Verordnerin oder dem Verordner im Einzelfall zulässig ist. Voraussetzung ist, dass der Verordnerin oder dem Verordner der aktuellen Gesundheitszustand der oder des Versicherten insbesondere mit Blick auf die bestehenden Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung ordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist.

## **2.2 Weitere Änderungen**

### **Zu § 2a Absatz 1**

Es erfolgt eine Richtigstellung des Verweises auf § 16 Absatz 4, anstelle von Absatz 3. Mit dem Inkrafttreten des Beschlusses zur Überarbeitung der HeilM-RL zum 1. Januar 2022 erfolgte eine Ergänzung in § 16 HeilM-RL und damit eine Änderung der Absatzbezeichnung.

A= Position DKG, PatV und KBV  
B = Position GKV-SV

### **Zu § 7 Absatz 6**

#### Zu Satz 2 (neu)

Es handelt sich bei der Änderung um eine Klarstellung: Die Regelungen der HeilM-RL ermöglichen bei Versicherten mit einem langfristigen Heilmittelbedarf sowie auch bei Diagnosen, die einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V<sup>3</sup> begründen, eine Abweichung von der geltenden Höchstmenge je Verordnung. So können notwendige Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden.

#### Zu Satz 5 (neu)

Die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste) nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V enthält eine Spalte mit Hinweisen/Spezifikationen. Hier ist u.a. der Zeitraum abgebildet, wie lange nach Akutereignis (z.B. längstens 1 Jahr nach Akutereignis) eine Diagnose als besonderer Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V anerkannt ist. Es finden sich auch weitere medizinische Spezifikationen in dieser Spalte sowie Angaben zu Mindest- oder Höchstalter, die für die Anerkennung eines besonderen Verordnungsbedarfs relevant sind.

Der neue Satz 5 dient der Klarstellung, bei welchen Diagnosen der BVB-Liste ein Verordnungszeitraum für 12 Wochen möglich ist, ohne die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung zu berücksichtigen. Eine Heilmittelverordnung von 12 Wochen kann für alle ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen, ausgestellt werden. Hinweise zu Akutereignis oder weitere medizinische Spezifikationen sind für die Ausstellung einer Heilmittelverordnung für einen Zeitraum von 12 Wochen nicht zu berücksichtigen. Einzige Ausnahme stellen hier ICD-10-Codes dar, bei denen ein Mindest- oder Höchstalter in der Spalte Hinweis/Spezifikation vereinbart ist. In diesen Fällen ist eine Verordnung für einen Zeitraum von 12 Wochen nur möglich, wenn sich die Patientin oder der Patient in der angegebenen Altersspanne befindet. Bei Patientinnen und Patienten, die das angegebene Alter unter- oder überschreiten, ist die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung bindend.

### **Zu § 12 Absatz 6**

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass Maßnahmen der Massagetherapie gemäß § 18 Absatz 2 Nummer 1 bis 6 und standardisierte Heilmittelkombinationen gemäß § 25 regelhaft auf 12 Einheiten im Verordnungsfall begrenzt sind, sofern im Heilmittelkatalog nichts Abweichendes bestimmt ist. Folglich gilt diese Begrenzung auch in den Fällen, in denen eine Verordnungsmöglichkeit von 12 Wochen besteht (vgl. § 7 Absatz 6). Dies gilt bei einem individuell durch Krankenkassen genehmigten langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8 Absatz 3 HeilM-RL sowie bei Diagnosen der Anlage 2 HeilM-RL. Ebenfalls gilt dies bei ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen, der ggf. einer Altersbeschränkung unterliegt. Mit Blick auf die Vorgaben des Heilmittelkatalogs besteht zum Beispiel eine Begrenzung der Verordnungsmenge auf 12 Einheiten im Verordnungsfall für die Diagnosegruppe „EX“. Die Begrenzung gilt beispielsweise nicht für die Diagnosegruppe AT oder SO1.

<sup>3</sup> Diese Diagnosen finden sich auf der Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste), die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in bundesweiten Rahmenvorgaben abgeschlossen werden.

A= Position DKG, PatV und KBV  
 B = Position GKV-SV

**Zur redaktionellen Änderung im Heilmittelkatalog**

Des Weiteren erfolgte im Heilmittelkatalog im Kapitel Maßnahmen der Physiotherapie in der Diagnosegruppe chronifiziertes Schmerzsyndrom eine Richtigestellung der Bezeichnung einer Beispieldiagnose.

**3. Würdigung der Stellungnahmen**

[...]

Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel 7 der Tragenden Gründe abgebildet.

**4. Bürokratiekostenermittlung**

[...]

**5. Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
18.03.2021	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens „Verordnung im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung“
TT.MM.JJJJ	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 Verfo) über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ	UA VL	Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

**6. Fazit**

[...]

Berlin, den XX. Monat JJJJ

A= Position DKG, PatV und KBV  
B = Position GKV-SV

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## B-6 Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen

### B-6.1 Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

In diesem Abschnitt ist die Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen dokumentiert. Die Volltexte der eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen sind im Anhang abgebildet. Aufgrund vergleichbarer Beratungsgegenstände wurden die Beratungen der AG Rehabilitations-Richtlinie, der AG Heilmittel-Richtlinie und der AG Häusliche Krankenpflege-Richtlinie gemeinsam geführt und die eingegangenen Stellungnahmen in einer gemeinsamen Tabelle ausgewertet. Um der richtlinienspezifischen Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen Rechnung zu tragen, sind diese in einer zusätzlichen Spalte jeweils benannt.

Die Änderungen, welche sich im Ergebnis dieser Auswertung im Beschlussentwurf ergeben haben, sind im Kapitel B-6.2 in einem Delta-Dokument des Beschlussentwurfs dargestellt.

#### B-6.1.1 Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
1.	dbs	HeilM-RL	Wir begrüßen die Intention des G-BA, die Verordnungsmöglichkeit im Rahmen einer Fernbehandlung zu schaffen. Die Corona-Sonderregelungen haben gezeigt, dass die Verordnungsmöglichkeiten nach telemedizinischer Behandlung zu einer Erleichterung für alle Beteiligten geführt haben. Eine Einführung dieser Möglichkeit in die Regelversorgung wird daher ausdrücklich befürwortet.	Kenntnisnahme	Nein
2.	dbl	HeilM-RL	Der dbl befürwortet es eine, im Sinne der Patientenversorgung möglichst niederschwellige, Heilmittelverordnung im Wege der Fernbehandlung/Videosprechstunde zu schaffen.	Kenntnisnahme	Nein
3.	BED	HeilM-RL	Wir begrüßen die geplanten Änderungen im Hinblick auf die Modernisierung der Musterberufsordnung der Ärzte und die damit verbundene Sicherstellung der Versorgung von Patient*innen mit notwendigen Heilmitteln.	Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
			<p>Schon heute gibt es regionale Unterschiede in der Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung. Zukünftig ergeben sich vermutlich noch stärkere Probleme.</p> <p>Die Bertelsmann-Stiftung rechnet damit, dass bis zum Jahr 2035 75 Kreise hausärztlich unterversorgt sind und knapp 11.000 Hausarztsitze (VZÄ) unbesetzt bleiben.</p> <p>Die Verordnung von Heilmitteln praktikabel und möglichst barrierearm zu gestalten, ist vor diesem Hintergrund zu begrüßen.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
4.	DBfK	<b>HKP-RL</b>	<p>Konsequente Streichung des Begriffes Fernbehandlung und Ersetzung durch Videosprechstunde</p> <p>Der DBfK ist unter Bezug auf die Hinweise und Erläuterungen der Bundesärztekammer zu § 7 Abs. 4 MBO-Ä – Behandlung im persönlichen Kontakt und Fernbehandlung mit Stand vom 10.12.2020 der Auffassung, dass die Verwendung des Begriffes der Fernbehandlung dazu führen könnte, diesen zu verknüpfen um die Ergänzung der <u>ausschließlichen</u> Fernbehandlung. Damit wird der Einsatz weiterer nicht-bildgebender Technologien wie konventionelle Telefonie oder E-Mail bzw. Messenger Dienste o.Ä. ermöglicht.</p> <p>Da die größte Gruppe von Menschen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit gekennzeichnet ist durch physische, psychische und/oder kognitive Einschränkungen und Behinderungen, muss ausgeschlossen bleiben, ohne bildgebende Technologie im Rahmen von Verordnungen miteinander zu kommunizieren und dies als Behandlung zu deklarieren.</p> <p>Beim Einsatz von Technologien zum Kontakt über die Distanz muss im mindesten eine bildgebende Technologie, die die Inaugenscheinnahme auf den Patienten wie auch umgekehrt des Behandlers ermöglicht, eingesetzt werden.</p> <p>Daher ist einzig der eindeutige Begriff der Videosprechstunde als bildgebende Technologie im Gegensatz zur Fernbehandlung zu verwenden.</p>	<p><b>GKV-SV; KBV, DKG:</b></p> <p>Kenntnisnahme. Aufgrund dieser und weiterer Stellungnahmen wird eine neue Formulierung vorgesehen, welche inhaltlich den genannten Stellungnahmen nachkommt und deren Formulierungen aufgreift.</p> <p><b>PatV:</b></p> <p>Zustimmung zum Begriff „Videosprechstunde“; Zu den Ausführungen im Übrigen: Aus Sicht der PatV soll nur die Auslösung einer Verordnung bei bekanntem Zustand (hier: ausreichende Feststellungen der Verordnungsvoraussetzungen nach § 3 im persönlichen Kontakt oder in der Videosprechstunde) nicht nur nach einem Kontakt per Telefon, sondern auch mittels sonstiger Kommunikationsmedien erfolgen, da dies die gängige Versorgungspraxis auch gerade für Menschen mit Pflegebedarf darstellt (siehe hierzu Kap. 2.9 in den TrGr sowie geänderte Formulierung der PatV für Absatz 3a Satz 8, vgl. unter Abschnitt 6.2 zur HKP-RL-Änderung)</p>	Ja (siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL-Änderung)
5.	Paritätischer	<b>HKP-RL</b>	<p>Grundlegendes zur Teilnahme des ambulanten Pflegedienstes an Fernbehandlung und das Recht des Patienten auf einen Hausbesuch:</p> <p>1. Es darf daraus keine Verpflichtung für ambulante Pflegedienste entstehen,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videosprechstunden beizuwohnen</li> <li>• dafür die Technik zur Verfügung zu stellen und</li> </ul>	Zu 1.: Der Anregung aus der Stellungnahme bezüglich der Erweiterung des Leistungsverzeichnisses wird nicht gefolgt. Diese Erweiterung des Leistungsverzeichnisses ist nicht	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
			<ul style="list-style-type: none"> <li>anschließend beim Verordner die Verordnung abzuholen</li> </ul> <p>Soll der Pflegedienst an der Videosprechstunde teilnehmen muss die aufgewendete Einsatzzeit refinanziert werden. Dafür bedarf es einer Erweiterung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL um die Leistungen Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen. Die Teilnahme des ambulanten Pflegedienstes an der Fernbehandlung erfordert schließlich eine ärztliche Verordnung Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen.</p> <p>Es kann passieren, dass zum vorgeschlagenen Zeitpunkt einer Sprechstunde keine Pflegefachkraft zur Verfügung steht, dem ist Rechnung zu tragen. Ferner bedarf es einer rechtlichen Absicherung bei mündlichen Anordnungen.</p> <p>Geklärt werden müssen die Zurverfügungstellung der benötigten Hardware und auch Software sowie deren Refinanzierung der (Investitions- und Instandhaltungskosten).</p> <p>Hinsichtlich der Einsatzzeit bei Videosprechstunden (genauso wie bei anderen Fernbehandlungen) muss eine Ausfallregelung vereinbart werden, wenn die Sprechstunde kurzfristig abgesagt wird, oder Wartezeit entsteht.</p> <p>Wenn ein Fernbehandlung ohne Teilnahme des ambulanten Pflegedienstes stattfindet, ist zu klären, wie den Pflegedienst Anordnungen erreichen, die der Pflegedienst umsetzen soll.</p> <p>2. Das Recht des Patienten auf einen Hausbesuch seines behandelnden (Haus-)Arztes darf dadurch nicht beschnitten werden. Es dürfen dem Patienten keine Nachteile daraus erwachsen, wenn er die Technik nicht hat oder nicht bedienen kann.</p>	<p>Gegenstand des Beratungsverfahrens. Verordnungsfähig im Rahmen der HKP sind nur Maßnahmen der Behandlungspflege, der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Vergütungsfragen sind Gegenstand der Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V. Assistenzleistungen für die Einholung einer Verordnung via Videosprechstunde sind zudem keine Leistungen der HKP.</p> <p>Zu 2.: Aufgabe und Pflicht von ärztlichen Hausbesuchen ergibt sich aus § 17 Abs. 6 BMV-Ä und ist nicht Regelungsgegenstand der Richtlinien des G-BA.</p>	Nein
6.	DRK	<b>HKP-RL</b>	<p>Grundsatzposition zu Fernbehandlung/ Videosprechstunde</p> <p>Das DRK spricht sich für die Aufnahme des Begriffes <b>Fernbehandlung</b> aus und lehnt eine Begrenzung auf den Begriff Videosprechstunde ab.</p> <p>Bei einer Begrenzung auf Videosprechstunden sehen wir eine Benachteiligung von Patienten die keinen Zugang zu dieser Technik haben oder sie erkrankungsbedingt nicht (mehr) nutzen können.</p>	Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen hierzu Würdigung unter lfd. Nr. 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Ja, siehe lfd. Nr. 4



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
			Da im Einzelfall der Verordner entscheidet, ob er eine Verordnung verantworten kann, gibt es keine sachlichen Ausschlussgründe für Fernbehandlungen.		
7.	Diakonie	<b>HKP-RL</b>	<p>Vorab/Grundsätzliches: Die Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung ist immer eine Entscheidung der verordnenden Vertragsärztin/des verordnenden Vertragsarztes.</p> <p>Neben der Aufnahme der Möglichkeit der Verordnung im Rahmen einer ärztlichen Fernbehandlung ist nach Auffassung der Diakonie Deutschland auch eine Erweiterung des Leistungsverzeichnisses um die Leistung der Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen erforderlich.</p> <p>Vorab möchten wir darauf hinweisen, dass es im konkreten Fall und auch während des gesamten Behandlungsverlaufes immer Entscheidung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes bleibt, ob sie/er eine persönliche Konsultation für erforderlich hält oder den Einsatz audiovisueller Kommunikationstechnologien ermöglicht.</p> <p>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bzw. die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut kann eine Fernbehandlung nur vornehmen, wenn dies vertretbar ist. Die Prüfung liegt damit in der Verantwortung der Verordnerin bzw. des Verordners. Zu beachten ist, dass die technischen Voraussetzungen sowie die Nutzungskompetenzen für eine Videosprechstunde sowohl bei der Verordnerin oder dem Verordner als auch bei den Patientinnen und Patienten vorhanden sein müssen. (siehe Tragende Gründe, Seite 3, Spalte „KBV, DKG, PatV“)</p> <p>Wenn die Nutzungskompetenz für eine Fernbehandlung, insbesondere für eine Videosprechstunde nicht vorhanden ist, muss es auch die Möglichkeit geben, dass die Verordnerin bzw. der Verordner eine Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen verordnet.</p> <p>Wir schlagen deshalb die Erweiterung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL um die Leistung „Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen“ vor.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe Würdigung in lfd. Nummer 5</p>	Nein
8.	Diakonie	<b>HKP-RL</b>	Nach Ansicht der Diakonie Deutschland muss der Anspruch des Versicherten auf einen Hausbesuch durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt weiterhin bestehen bleiben, trotz der Möglichkeit der Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung.	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe Würdigung in lfd. Nummer 5</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
			<p>Des Weiteren ist es wichtig hervorzuheben, dass weder ein Anspruch auf Fernbehandlung besteht, noch eine Verpflichtung zur Teilnahme seitens des Patienten besteht. Es handelt sich um eine Alternative zur persönlichen Inaugenscheinnahme vor Ort in der Praxis des Arztes oder im Zusammenhang mit einem Hausbesuch.</p> <p>Durch die Möglichkeit der Fernbehandlung darf nicht das Recht des Versicherten auf einen Hausbesuch seiner behandelnden Vertragsärztin bzw. seines behandelnden Vertragsarztes beschnitten werden. Es dürfen dem Patienten keine Nachteile daraus erwachsen, wenn er die Technik nicht hat, nicht bedienen kann oder nicht nutzen will und auch keine Begleitung und Unterstützung des ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen will, sofern diese seine behandelnde Vertragsärztin bzw. sein behandelnder Vertragsarzt verordnen würde.</p>	Keine Verpflichtung zur Teilnahme für Patientinnen und Patienten. In § 31b BMV-Ä ist geregelt, dass die Vereinbarungspartner sich einig sind, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde für alle Teilnehmenden freiwillig ist. Daher wird kein weiterer Regelungsbedarf in der Richtlinie gesehen. Hierzu erfolgt ein ergänzender Hinweis in den Tragenden Gründen zu allen 3 Richtlinien.	Nein
9.	DGP	<b>HKP-RL</b>	<p>Zu dem Begriff [A:] Fernbehandlung / [B:] Videosprechstunde</p> <p>Hier unterstützt die DGP das Votum der KBV, DKG, PatV</p> <p>Technische Voraussetzungen sowie die Nutzungskompetenzen für eine Videosprechstunde müssen sowohl beim Verordner oder der Verordnerin als auch bei den Versicherten vorhanden sein. Nicht nur ältere Menschen, sondern auch Menschen mit Behinderungen haben vielfach kein ausreichendes Wissen für Hardware und Software, um eine Videosprechstunde wahrnehmen zu können.</p> <p>Die Prüfung, ob eine Verordnung mittels telefonischen Kontaktes ausreichend valide ausgestellt werden kann, liegt in der Verantwortung der Verordnerin bzw. des Verordners.</p> <p>Die Entscheidung, ob im Rahmen einer telefonischen Konsultation die Identität zweifelsfrei festgestellt werden kann und darüber, ob die Voraussetzungen für das gewählte Kommunikationsmittel vorliegen, mithin auch über Telefon verordnet werden kann, oder ob auf Video als Kommunikationsmittel oder zum unmittelbar persönlichen Kontakt zu wechseln ist, ist durch die Verordnerin oder den Verordner zu treffen.</p> <p>Ist die Verordnung nur nach genauer Indikationsstellung und persönlicher Befunderhebung möglich, kann die Verordnerin/der Verordner auch Fachexpertise aus der beruflichen Fachpflege dazuziehen (z.B. bei chronischen und schwer heilbaren Wunden (Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses), eine Wundexpertin/einen Wundexperten).</p>	<p>Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen hierzu Würdigung unter lfd. Nr. 4 und die daraus folgende Änderung am BE.</p> <p>Siehe Würdigung in lfd. Nummer 5</p>	Ja, siehe lfd. Nummer 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
10.	BV Geriatrie	<b>Reha-RL</b>	<p>Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt grundsätzlich den als Auftrag aus dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) resultierenden Beschlusentwurf und die zugrundeliegende Intention, Digitalisierungsprozesse im deutschen Gesundheitswesen weiter voranzutreiben.</p> <p>Gleichwohl weist der Bundesverband Geriatrie e.V. auf spezifische Besonderheiten und Herausforderungen bei der adäquaten Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit Digitalisierungsprozessen hin.</p> <p>Im internationalen Vergleich besteht in Deutschland erheblicher Nachholbedarf bei dem Auf- und Ausbau und der Nutzung technischer und digitalinfrastruktureller Möglichkeiten im Gesundheitswesen. Dabei sind durch den digitalen Fortschritt bereits viele Gesundheitsanwendungen und Informationsangebote entstanden, die Patientinnen und Patienten im Umgang mit einer Erkrankung unterstützen könnten. Insofern ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass solche Angebote künftig für alle Patienten und Patientinnen leichter zugänglich sein sollen und digitale Übertragungswege einen besseren Informationsaustausch zwischen Ärzten, Fachärzten und Krankenhäusern, Apotheken und Patientinnen und Patienten ermöglichen sollen. Diese Übertragungswege müssen nutzerfreundlich und sicher ausgestaltet sein.</p> <p>Betagte und hochbetagte Patientinnen und Patienten sind dabei besonders zu berücksichtigen: Digitale Anwendungen müssen altersunabhängig, auch bei bestehenden kognitiven und physischen Einschränkungen und selbstbestimmt nutzbar sein. Insofern ist es zu begrüßen, wenn Krankenkassen ihren Versicherten künftig Förderungen zur digitalen Gesundheitskompetenz anbieten. Für Patientinnen und Patienten im fortgeschrittenen Lebensalter dürfen deren häufig fehlende Affinität zu technischen Neuerungen und Skepsis gegenüber Digitalisierung – im Sinne einer Vermeidung von Altersdiskriminierung – nicht zu einer strukturellen Benachteiligung durch Digitalisierungsprozesse führen. Bei der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten sind im Zusammenhang mit Digitalisierung und Innovationen überdies deren spezifische Behandlungsbedarfe und -verläufe zwingend besonders zu berücksichtigen, dies gilt bereits für die Verordnung von Leistungen.</p>	Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
11.	CaSu	Reha-RL	<p>Grundsätzliche Einschätzung</p> <p>Wir begrüßen die Änderung der Rehabilitationsrichtlinie zur „Verordnung im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und in elektronischer Form“ grundsätzlich dahingehend, dass die bestehende Reha-Richtlinie um die Möglichkeit der Verordnung in elektronischer Form, gemäß § 86 Abs. 2 SGB V angepasst wird und somit dem Auftrag des Gesetzgebers aus dem Digitale-Versorgungsgesetz, vom 09.12.2019, Rechnung getragen wird.</p> <p>Wir weisen jedoch auf die Besonderheit der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen hin, bei denen eine Verordnung im Rahmen elektronischer Möglichkeiten einer besonders sorgfältigen fachlichen Abwägung bedarf und bei denen eine persönliche Verordnung grundsätzlich das Mittel der Wahl darstellt.</p> <p>Die Möglichkeit der Fernbehandlung / Videosprechstunde sehen wir insofern als wichtige, jedoch ergänzende Möglichkeit der Verordnung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker an, z. B. wenn eine Antragstellung aus individuellen oder fallspezifischen Gründen zeitlich eilt und eine Verordnung unter den Maßgaben einer persönlichen Anwesenheit nicht möglich ist.</p> <p>Deshalb ist im Rahmen einer elektronischen Verordnung sehr zu begrüßen, dass eine Verordnung nur erfolgen kann, „wenn sich die Verordnerin oder der Verordner mit den begrenzten Mitteln der Fernbehandlung / Videosprechstunde einen ausreichenden Eindruck vom Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten verschaffen kann, die Erkrankung dies also nicht insbesondere aufgrund ihrer Art oder Schwere ausschließt.“</p>	Kenntnisnahme	Nein
12.	DHS	Reha-RL	<p>Grundsätzliche Einschätzung</p> <p>Wir begrüßen die Änderung der Rehabilitationsrichtlinie zur „Verordnung im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und in elektronischer Form“ grundsätzlich dahingehend, dass die bestehende Reha-Richtlinie um die Möglichkeit der Verordnung in elektronischer Form, gemäß § 86 Abs. 2 SGB V angepasst wird und somit dem Auftrag des Gesetzgebers aus dem Digitale-Versorgungsgesetz, vom 09.12.2019, Rechnung getragen wird.</p> <p>Wir weisen jedoch auf die Besonderheit der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen hin, bei denen eine Verordnung im Rahmen elektronischer Möglichkeiten einer besonders sorgfältigen fachlichen Abwägung bedarf und bei denen eine persönliche Verordnung grundsätzlich das Mittel der Wahl darstellt.</p>	Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
			<p>Die Möglichkeit der Fernbehandlung / Videosprechstunde sehen wir insofern als wichtige, jedoch ergänzende Möglichkeit der Verordnung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker an, z. B. wenn eine Antragstellung aus individuellen oder fallspezifischen Gründen zeitlich eilt und eine Verordnung unter den Maßgaben einer persönlichen Anwesenheit nicht möglich ist.</p> <p>Deshalb ist im Rahmen einer elektronischen Verordnung sehr zu begrüßen, dass eine Verordnung nur erfolgen kann, „wenn sich die Verordnerin oder der Verordner mit den begrenzten Mitteln der Fernbehandlung / Videosprechstunde einen ausreichenden Eindruck vom Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten verschaffen kann, die Erkrankung dies also nicht insbesondere aufgrund ihrer Art oder Schwere ausschließt.“</p>		
13.	SVLFG	<b>Reha-RL</b>	<p>Die Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie ist aus unserer Sicht infolge des DVG nachvollziehbar.</p> <p>Die Besonderheiten im Bereich der medizinischen Rehabilitation sollten in der Rehabilitations-Richtlinie berücksichtigt werden.</p> <p>Die Landwirtschaftliche Alterskasse (LAK) ist von der vorgesehenen Änderung der Rehabilitations-Richtlinie nicht unmittelbar betroffen. Der Ansatz, die Regelungen des DVG auch in der Rehabilitations-Richtlinie aufzugreifen, ist aus unserer Sicht nachvollziehbar.</p> <p>Die Regelungen der Rehabilitations-Richtlinie sollten aus unserer Sicht berücksichtigen, dass sich die Indikationsstellung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegenüber anderen Versorgungsbereichen abgrenzt, indem seitens der Verordnerin/des Verordners vielfältige und komplexe Kriterien zu bewerten sind. Insbesondere die ärztlicherseits auf Grundlage einer verordnungsrelevanten Diagnose vorzunehmende Einschätzung der Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit sowie die Beurteilung der im Einzelfall gebotenen Leistungsform (ambulant oder stationär) erfordert unseres Erachtens einen vorangegangenen persönlichen Kontakt mit der Patientin/dem Patienten. Unter diesen Gegebenheiten (Patientin/Patient ist einschließlich der verordnungsrelevanten Diagnose der Verordnerin/dem Verordner persönlich bekannt) ist aus unserer Sicht vorstellbar, weitere Schritte wie zum Beispiel auch die finale Entscheidung zur Verordnung per Fernbehandlung durchzuführen. Hierfür eignet sich aus unserer Sicht vorzugsweise die Videosprechstunde als visuelle Form der Fern-Kommunikation zwischen Verordnerin/der</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme der Zustimmung</p> <p><b>KBV, PatV, DKG:</b> schließen sich ausgehend von dieser Stellungnahme der Position des GKV-SV an und tragen den Begriff „Videosprechstunde“ mit (anstelle „Fernbehandlung“)</p>	<p>Ja, siehe Spalte links und siehe lfd. Nr. 33 (siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 Reha-RL)</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
			<p>Verordner und Patientin/Patient besser als ein bloßes Telefonat, bei dem keine Aufnahme von augenscheinlichen Eindrücken möglich ist.</p> <p>Der Verordner/die Verordnerin bindet den Patienten/Patientin partizipativ an der umfassenden Ermittlung des Rehabilitations-/Teilhabedarfs ein. Auch dies ist aus unserer Sicht nur unter den beschriebenen Rahmenbedingungen (persönlich oder per Video) möglich.</p> <p>Wir halten daher die jeweiligen Auffassungen/Vorschläge des GKV-SV für sachgerecht.</p>	<p><b>Zur Streichung Möglichkeit der telefonischen VO: siehe lfd. Nummer 33</b></p>	

**B-6.1.2 Stellungnahmen zum Richtlinientext**

**B-6.1.2.1 Stellungnahmen zu § 3 Absatz 3a HeilM-RL, § 1b Reha-RL und § 3 Absatz 1a HKP-RL**

**a) Begriff der Fernbehandlung/Videosprechstunde (Satz 1)**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
14.	BÄK	<b>HeilM-RL Reha-RL</b>	<p>Die Bundesärztekammer begrüßt, dass mit der Anpassung dieser Richtlinie eine Verordnung mittelbar persönlich im Rahmen der Fernbehandlung erfolgen kann, wenn dies aus ärztlicher Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.</p> <p>Die Bundesärztekammer empfiehlt, den Begriff „Fernbehandlung“ zu verwenden, da bei Verwendung dieses Begriffs die Nutzung von Video oder Telefon zulässig ist.</p>	<p>Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen Würdigung zur HKP-RL unter lfd. Nr. 4 sowie zur Reha-RL unter lfd. Nr. 13 und die daraus folgenden Änderungen am BE.</p>	<p>Ja, siehe lfd. Nummer 4</p>
15.	BÄK	<b>HeilM-RL</b>	<p>Bestimmte Patientengruppen, wie z. B. Patienten im höheren Lebensalter oder Menschen mit Behinderungen, sind für eine Fernbehandlung auf einen telefonischen Patienten-Arzt-Kontakt angewiesen, wenn sie Angebote über Video nicht wahrnehmen können.</p> <p>Im Folgenden wird auf die Formulierungsvorschläge der Heilmittel-Richtlinie eingegangen.</p>	<p>Kenntnisnahme. Ablehnung. Die Voraussetzung der Kenntnis der Diagnose und der Kenntnis der Erkrankung stellen eine Doppelung dar.</p>	<p>Nein</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
			<p>Zu den Änderungen in § 3, hier Einfügung Absatz 3a nach Absatz 3 schlägt die Bundesärztekammer folgenden Text vor:</p> <p>„Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> erfolgen, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen <del>Vorgaben-Regelungen</del> vertretbar ist.</p> <p>Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte [GKV-SV, KBV] und die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt [DKG, PatV] ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat, und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.“</p>		
16.	BPtK	HeilM-RL HKP-RL Reha-RL	<p>Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) befürwortet den von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Patientenvertretung (PatV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gewählten Begriff der „Fernbehandlung“ gegenüber dem vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) gewählten Begriff der „Videosprechstunde“.</p> <p>Bei dem Begriff der Videobehandlung handelt es sich um im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) klar definierte Leistungen, die die Nutzung von telefonischer Kommunikation nicht beinhalten. Da im Entwurf zur Änderung der Richtlinie von allen Bänken die Möglichkeit vorgesehen ist, in begründeten Einzelfällen auch Verordnungen im Rahmen einer telefonischen Konsultation vorzunehmen, erscheint der Begriff der Fernbehandlung deutlich geeigneter, weil dieser sowohl die Kommunikation per Video als auch per Telefon umfasst. Aus diesem Grund sollte aus Sicht der BPtK auch der vom GKV-SV vorgeschlagene Satz 3 [HeilM-RL]/Satz 7 [Re-RL/HKP-RL] entfallen.</p>	<p>Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen Würdigung zur HKP-RL unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE der HKP-RL. Diese Änderung wird gleichlautend im BE zur HeilM-RL vorgenommen. Damit wird der Argumentation in der vorliegenden Stellungnahme genüge getan, wonach auch die telefonische Konsultation Berücksichtigung finden soll.</p> <p>Für Verordnungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach der Reha-RL wird sich auf den Begriff der Videosprechstunde verständigt.</p>	<p>Ja, siehe lfd. Nummer 4 für HKP-RL bzw. entsprechend für HeilM-RL</p> <p>Nein in Bezug auf die telefonische Konsultation in der Re-RL (siehe Spalte links und lfd. Nummer 13 und 33)</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
17.	SHV	HeilM-RL	<p>Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der Fernbehandlung erfolgen, ...</p> <p>Der SHV unterstützt hier die von DKG, PatV und KBV vorgebrachte Formulierung Fernbehandlung. Im Vergleich zu der vom GKV-SV vorgebrachte Formulierung Videosprechstunde lässt eine Fernbehandlung offen, welcher Weg einer digitalen Übertragung in der Situation gewählt wird, bzw. aus technischen Gründen in dieser Situation möglich ist.</p>	<p>Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung auch im Hinblick auf die HeilM-RL nicht gefolgt. Siehe im Übrigen hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.</p>	<p>Nein, siehe lfd. Nr. 16 und entsprechend lfd. Nummer 4</p>
18.	dba	HeilM-RL	<p><b>§ 3 Absatz 3a Satz 1 ist zu streichen:</b></p> <p>Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: <del>Fernbehandlung</del>/GKV-SV: <del>Videosprechstunde</del>] erfolgen, ...</p> <p><u>und zu ersetzen durch: Telemedizinische Sprechstunde (TMS)</u></p> <p>Der Begriff <u>Fern-Behandlung</u> erweckt einen Eindruck, der nicht erfüllt werden soll/kann. Bei dem Kontakt per Video gemäß § 3 HeilM-RL handelt es sich nicht um eine Behandlung aus der Ferne wie zum Beispiel eine Fern-OP/Telechirurgie per Computersoftware, auch nicht um Diagnostik oder ärztliche bzw. psychotherapeutische Therapie, sondern ausschließlich um die Verordnung eines Heilmittels auf Grundlage der der Verordnerin oder dem Verordner unmittelbar persönlich und hinreichend bekannten Diagnose.</p> <p>Die in § 3a beschriebenen Leistungen weisen primär die Merkmale einer Sprechstunde auf und nicht die einer Behandlung. Die Behandlung gemäß HeilM-RL erfolgt dann durch die Heilmittelerbringerin oder den Heilmittelerbringer auf Grundlage dieser Verordnung.</p> <p>Um die unmittelbar persönliche und hinreichende ärztliche bzw. psychotherapeutische Diagnose gewährleisten zu können, muss die ärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlung jederzeit auch im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes in den Praxisräumen der Verordnerin oder des Verordners durchgeführt bzw. fortgeführt werden können. Das kann ein Kontakt über eine große räumliche Distanz, also aus der Ferne, nicht sicherstellen. Sollte der <u>persönliche Kontakt</u> aber notwendig sein/werden, würden Patientinnen oder Patienten dann vermutlich eher zur Ärztin oder zum Arzt bzw. zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten in der Nähe gehen, was <u>Ärztelisting</u>, wieder einen neuen Verordnungsfall <u>und Kostensteigerung</u> auslösen würde.</p>	<p>Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da die Begrifflichkeit der Fernbehandlung in bisherigen Normen bereits ausreichend beschrieben ist (SGB V/MWBO/Bundemantelvertrag Ärzte) und in den Tragenden Gründen konkretisiert wird.</p> <p><b>GKV-SV ergänzend:</b></p> <p>Der Hinweis, dass es sich nicht um eine Behandlung im eigentlichen Sinne, sondern um Verordnungen handelt, kann inhaltlich nachvollzogen werden. Der Begriff Videosprechstunde kommt dem Anliegen des dba im Grundsatz nach, im Gegensatz zu dem Begriff der „Fernbehandlung“. Kein Änderungsbedarf, siehe auch Würdigung in lfd. Nr. 6.</p>	<p>Nein</p>



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
			<p>Aus diesen Gründen sollte die in § 3 HeilM-RL beschriebene Möglichkeit des „mittelbaren“ Kontakts nicht zu hohe und unerfüllbare Erwartungen wecken bzw. nicht irreführend als Fern-Behandlung bezeichnet werden.</p> <p><b>Fazit:</b> Es ist sinnvoll, den in der HeilM-RL bereits verwendeten Begriff „Telemedizinische Leistungen“ (TML) zu adaptieren und <b>Telemedizinische Sprechstunde (TMS)</b> zu verwenden.</p>		
19.	BED	<b>HeilM-RL</b>	<p>Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der <u>Fernbehandlung</u> erfolgen, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.</p> <p>Die Ergänzungen in Satz 1 „<u>unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben</u>“ und „<u>vertretbar</u>“ weisen schon explizit auf die entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen hin, die vom Grundsatz der unmittelbar persönlichen Leistungserbringung ausgehen.</p> <p>Mithin gibt es keine erkennbaren Gründe dafür, den Verordnerinnen oder Verordnern die Entscheidungskompetenz abzusprechen, ob im jeweiligen Fall eine telefonische Konsultation zielführend ist.</p> <p>Ergänzend zu den Ausführungen von KBV, DKG und PatV in den tragenden Gründen möchten wir das Beispiel des Umzugs anführen.</p> <p>Wie in unserer Vorbemerkung erwähnt, gibt es bereits heute regional deutliche Unterschiede in der Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung, sodass im Fall eines <b>Umzugs</b> von Patient*innen die Verordnung mittels telefonischer Konsultation eine sehr niedrigschwellige Möglichkeit darstellt, um in solchen Überbrückungsphasen eine bereits begonnene Heilmittelversorgung lückenlos weiterzuführen.</p> <p>Insofern stellen wir auch im Weiteren auf den Begriff der <b>Fernbehandlung</b> ab.</p>	Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Nein, siehe lfd. Nr. 16 und entsprechend lfd. Nummer 4
20.	AWO	<b>HKP-RL</b> <b>Reha-RL</b>	<p>Der AWO Bundesverband spricht sich für die Regelung einer Fernbehandlung aus, die Verordnungen nach telefonischem Kontakt oder nach Kontakt über eine Videokonferenz ermöglicht</p> <p>Fernbehandlungen sind eine sinnvolle Ergänzung im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung. Die Einbindung einer ärztlichen Verordnung ist hier mit Rechnung zu tragen.</p>	<b>HKP-RL:</b> Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 (zur Reha-RL) sowie unter	Siehe lfd. Nr. 16 und lfd. Nummer 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
			<p>Gerade in der Zeit der Corona-Pandemie zeigte sich, dass für die Versorgung der Bevölkerung die Ausschöpfung bestehender technischer Möglichkeiten, auch in diesem Bereich sinnvolle und entlastende Ergänzungen bieten.</p> <p>Der Begriff Fernbehandlungen umfasst das ganze Spektrum elektronischer Kommunikationsmedien. Neben Videosprechstunden ist auch der telefonische Kontakt eingeschlossen. Nicht jedem Versicherten stehen die technischen Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Videosprechstunde zur Verfügung, so dass mit einem breiteren technischen Ansatz mehr Versicherte erreicht werden können. Hierfür spricht sich der AWO Bundesverband aus.</p>	<p>Nummer 4 (zur HKP-RL) und den daraus folgenden Änderungen an den BE.</p> <p><b>Reha-RL: Zur Streichung Möglichkeit der telefonischen VO:</b> siehe lfd. Nummer 33</p>	<p>Für Reha-RL: siehe lfd. Nr. 33</p>
21.	Caritas	<b>HKP-RL</b>	<p>Wir plädieren für die Verwendung des Begriffes „Fernbehandlung“ und schließen uns der Begründung von KBV, DKG, PatV an.</p> <p>Der Begriff der Fernbehandlung ist weiter gefasst als der der Videosprechstunde. „Fernbehandlung“ greift die in der MBO-Ä sowie MBO-PT neu normierte Vorgabe für die Behandlung via elektronischen Kommunikationsmedien auf und normiert sie auch in der Richtlinie. Die Fernbehandlung schließt eine telefonische Verordnung mit ein; deshalb spricht sich der Deutsche Caritasverband für die Verwendung des Begriffes „Fernbehandlung“ aus.</p> <p>Die technischen Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Videosprechstunde – Hardware, Software sowie eine (stabile) Internetverbindung – sind nicht bei allen Patient_innen vorhanden, bei denen eine Verordnung auch ohne persönliche Konsultation sinnvoll sein kann. Entsprechende Konstellationen, in denen eine Verordnung nach telefonischer Konsultation möglich und sinnvoll ist, werden von KBV, DKG, PatV in den Tragenden Gründen umfangreich dargelegt.</p> <p>Der Begründung des GKV-SV für die Verwendung des Begriffes Videosprechstunden, dass „(n)eben der Feststellung der verordnungsrelevanten Diagnose als medizinische Begründung (...) auch zu prüfen (ist), ob nicht durch die Versicherte oder den Versicherten selbst oder im Haushalt lebende Personen die Maßnahmen der HKP durchgeführt werden können“, können wir nicht folgen.</p> <p>Zum einen können wir nicht nachvollziehen, welche Kriterien hierfür herangezogen werden sollen, die ausschließlich im Rahmen einer Videosprechstunde geprüft werden könnten.</p>	<p>Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 4</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
			<p>Zum anderen ist eine Befragung der/des Versicherten oder einer im Haushalt lebenden Person, ob sie/er in der Lage dazu ist, die Maßnahmen selbst durchzuführen, auch am Telefon möglich. Abgesehen davon dürfte sich diese Frage bei Folgeverordnungen oder bei bestimmten Diagnosen/Fallkonstellationen von vornherein erübrigen.</p> <p>Wir möchten zudem darauf hinweisen, dass es im konkreten Fall und auch während des gesamten Behandlungsverlaufes immer Entscheidung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes bleibt, ob sie/er eine persönliche Konsultation für erforderlich hält oder den Einsatz audiovisueller Kommunikationstechnologien ermöglicht.</p>		
22.	Caritas	<b>Reha-RL</b>	<p>Fernbehandlung vs. Videosprechstunde Übernahme Position DKG/PatV/KBV</p> <p>Der Begriff der Fernbehandlung ist weiter gefasst als der der Videosprechstunde. Der Begriff der Fernbehandlung greift die in der MBO-Ä sowie MBO-PT neu normierte Vorgabe für die Behandlung via elektronischen Kommunikationsmedien auf und normiert sie auch in der Richtlinie. Zudem ist der Begriff der Fernbehandlung weiter gefasst als die Videosprechstunde. Sie schließt auch eine telefonische Verordnung nicht aus. Dies sollte allerdings nur ergänzend möglich sein, wenn zuvor ein unmittelbarer oder Kontakt per Videosprechstunde stattgefunden hat, aber noch Detailinformationen für die Verordnung gefehlt haben.</p> <p>Da die Verordnung von Leistungen z.B. bei der geriatrischen Rehabilitation auch die Durchführung von Funktionstests in Präsenz erfordert, sind die von KBV/DKG/PatV in den Tragenden Gründen genannten Personengruppen, nämlich Patient_innen mit chronischen Erkrankungen sowie Patient_innen, über die die behandelnden Ärzt_innen oder Psychotherapeut_innen aktuelle Kenntnisse z.B. zu Vorbefunden, Krankheitsverlauf haben, die Patient_innen, für die die elektronische Verordnung von Rehabilitation am meisten in Frage kommen.</p>	Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nr. 16
23.	dbS	<b>HeilM-RL</b>	In § 16b HeilM-RL ist bereits der Begriff der telemedizinischen Leistung geschaffen und in die HeilM-RL eingeführt worden.	Siehe Würdigung in lfd. Nummer 18	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
			<p>Diese Begrifflichkeit ist von den die HeilM-RL konkretisierenden und umsetzenden Verträgen nach § 125 SGB V aufgegriffen und in die Verträge als Begrifflichkeit eingeführt und übernommen worden.</p> <p>Es wird daher angeregt, eine einheitliche Begrifflichkeit in der Heilmittel-RL zu verwenden und nicht einen weiteren Begriff und eine weitere Definition zu schaffen.</p> <p>Der Begriff der telemedizinischen Leistung würde sich auch an dieser Stelle eignen, um eine Behandlung im mittelbaren Kontakt über geeignete Medien durchzuführen.</p> <p>Die behandelnde Vertragsärztin/der behandelnde Vertragsarzt sollte im Einzelfall entscheiden können, welche Möglichkeiten (technisch, gesundheitlich, persönlich) in Abhängigkeit vom jeweiligen Störungsbild geeignet sind.</p> <p>Auch eine Verordnung nach telefonischer Konsultation sollte im Einzelfall möglich sein</p>		
24.	bpa	<b>HKP-RL</b>	<p>Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der <b>Fernbehandlung/Videosprechstunde</b> erfolgen, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.</p> <p>Der bpa schließt sich der DKG, PatV und KBV an und befürwortet den Begriff der „Fernbehandlung“.</p> <p>Die Begrifflichkeit des GKV-SV ist missverständlich, da bei einer „Videosprechstunde“ der Eindruck einer allgemeinen „offenen Sprechstunde“ entstehen kann.</p> <p>Das hier die gezielte Verordnung für einen spezifischen Patienten im Mittelpunkt steht (der / die dem Verordner / der Verordnerin zudem unmittelbar persönlich bekannt ist), bringt der Begriff „Fernbehandlung“ deutlicher zum Ausdruck.</p> <p>Des Weiteren teilt der bpa die Einschätzung (vgl. Tragende Gründe), dass eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung grundsätzlich per Video erfolgt, in bestimmten Fällen aber auch nach telefonischer Konsultation möglich sein muss, um auch älteren und anderen Personen, die in der Nutzung der digitalen Technik eingeschränkt sind, einen erleichterten Zugang zum Arzt zu ermöglichen, um Verordnungen zu erhalten.</p> <p>Sofern seitens des Verordners / der Verordnerin Zweifel vorliegen steht es ihm / ihr frei, einen Austausch per Video oder die persönliche Vorstellung des Patienten in der Praxis zu</p>	Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
			verlangen. Insofern ist sichergestellt, dass die Patienten hinreichend durch den Verordner / die Verordnerin in den Blick genommen und der aktuelle Gesundheitszustand überprüft wird.		
25.	Paritätischer	<b>HKP-RL</b>	<p>Zu dem Begriff [A:] Fernbehandlung - KBV, DKG, PatV / [B:] Videosprechstunde - GKV-SV</p> <p>Aus Sicht des Paritätischen soll und kann eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung grundsätzlich per Videosprechstunde erfolgen und soll in bestimmten Fällen auch nach telefonischer Konsultation möglich sein. Wir folgen insoweit der KBV, DKG, PatV.</p> <p>Das bei der Wahl des Mediums zu beachten ist, dass die Fernbehandlung nach telefonischer Konsultation im Gegensatz zur Videosprechstunde weiteren Einschränkungen unterliegt, da insbesondere visuelle Eindrücke fehlen, ist aus unserer Sicht ausreichend, um auch Fernbehandlung grundsätzlich zu ermöglichen.</p>	Siehe Würdigung in lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4
26.	DRK	<b>HKP-RL</b>	<p>„In § 3 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:</p> <p>Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: <b>Fernbehandlung</b>/GKV-SV: <del>Videosprechstunde</del>] erfolgen, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.“</p> <p>Das DRK teilt die Position der DKG, PatV, KBV.</p> <p>Es verweist auf die Ausführungen von DKG, PatV in den tragenden Gründen, wonach Patienten auch Verordnungen erhalten können, wenn für sie im Rahmen der Fernbehandlung Unterlagen ärztlicher Kollegen vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Befunde von einer anderen behandelnden Fachärztin oder einem anderen behandelnden Facharzt oder</li> <li>• einen Entlassbrief des Krankenhauses erhalten hat, ohne dass die Patientin oder der Patient hierfür unmittelbar persönlich vorstellig werden muss.“</li> <li>• In einer Ärztegemeinschaft, der Rückgriff auf die Behandlungsdokumentation nicht persönlich bekannter Patienten.</li> </ul>	Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen Würdigung in lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
			Ein Einbezug dieser Erkenntnisse vermeidet unnötige Belastungen für die betroffenen Patienten (Transportwege) und erhöht damit die Wirtschaftlichkeit der Versorgung.		
27.	BAG-SAPV	<b>HKP-RL</b>	<p>Zu den Begriffen: [A:] <b>Fernbehandlung</b> / [B:] <b>Videosprechstunde</b>  Die BAG-SAPV stimmt der Formulierung der DKG/PatV/KBV zu.</p> <p>Kompetenzen zur Nutzung (wie z.B. ausreichendes Wissen und/oder kognitive und körperliche Fähigkeiten) für den Umgang für Hardware und Software als auch technische Voraussetzungen, um eine Videosprechstunde wahrnehmen zu können, müssen bei den Versicherten vorhanden sein. Dies ist z.B. bei älteren Patienten als auch bei deren Angehörigen nicht unbedingt vorauszusetzen.</p> <p>Ob eine Verordnung mittels telefonischen Kontaktes ausreichend valide ausgestellt werden kann, liegt in der Verantwortlichkeit des verordneten Arztes bzw. der verordneten Ärztin.</p>	Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen Würdigung in lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4
28.	DGP	<b>HKP-RL</b>	<p>Auch hier schließt sich die DGP dem Votum von PatV, DKG, KBV an  Begründung: s.o. [lfd. Nr. 9]</p>	Siehe Würdigung in lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4
29.	DHPV	<b>HKP-RL</b>	<p>Die Verordnung sollte mittelbar persönlich im Rahmen einer Fernbehandlung ermöglicht werden.</p> <p>Der DHPV stimmt insofern in § 3 Abs. 1a S. 1 der Formulierung der DKG/PatV/KBV zu.</p> <p>Eine Videosprechstunde ist sehr spezifisch und zudem an kompliziertere technische Voraussetzungen geknüpft, die möglicherweise bei älteren Patient*innen nicht vorhanden sind bzw. nicht ohne Weiteres bedient werden können.</p> <p>Die Verantwortung, ob die Verordnung mittels Fernbehandlung ausreichend ist, obliegt dem verordnenden Arzt bzw. der verordnenden Ärztin.</p>	Siehe Würdigung in lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4
30.	CaSu	<b>Reha-RL</b>	<p>§ 1b Satz 1 und 2 Fernbehandlung / Videosprechstunde</p> <p>Der Begriff der Fernbehandlung ist weiter gefasst als der der Videosprechstunde. Sie schließt auch eine telefonische Verordnung nicht aus. Dies sollte allerdings nur ergänzend möglich sein, wenn zuvor ein unmittelbarer Kontakt oder Kontakt per Videosprechstunde stattgefunden hat, aber noch Detailinformationen für die Verordnung gefehlt haben.</p>	Dem Vorschlag wird bzgl. des Begriffes der Fernbehandlung nicht gefolgt. Siehe im Übrigen Würdigung in der lfd. Nummer 16 (zur Reha-RL) sowie die daraus folgenden Änderungen am BE.	Siehe lfd. Nummer 16

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
			Wir begrüßen die formulierte Voraussetzung des Satz 2 zu einer mittelbar persönlich erfolgten Verordnung im Rahmen einer Fernbehandlung / Videosprechstunde, die eine persönliche Bekanntheit zwischen Verordnerin / Verordner und der Patientin oder dem Patienten voraussetzt.	Kenntnisnahme der Zustimmung	
31.	DEGEMED	<b>Reha-RL</b>	<p>§ 1b Verordnungen im Rahmen der Fernbehandlung</p> <p>Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der Fernbehandlung erfolgen, wenn dies aus ärztlicher Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.</p> <p>Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte und die ordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen ordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt sind und ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der ordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.</p> <p>Die DEGEMED schließt sich in der Begründung der vorliegenden Stellungnahme der DKG an.</p>	Kenntnisnahme. Ablehnung. Die Voraussetzung der Kenntnis der Diagnose und der Kenntnis der Erkrankung stellen eine Doppelung dar.	Nein
32.	DHS	<b>Reha-RL</b>	<p>§ 1b Satz 1 und 2 Fernbehandlung / Videosprechstunde</p> <p>Der Begriff der Fernbehandlung ist weiter gefasst als der der Videosprechstunde. Sie schließt auch eine telefonische Verordnung nicht aus. Dies sollte allerdings nur ergänzend möglich sein, wenn zuvor ein unmittelbarer oder Kontakt per Videosprechstunde stattgefunden hat, aber noch Detailinformationen für die Verordnung gefehlt haben.</p> <p>Wir begrüßen die formulierte Voraussetzung des Satz 2 zu einer mittelbar persönlich erfolgten Verordnung im Rahmen einer Fernbehandlung / Videosprechstunde, die eine persönliche Bekanntheit zwischen Verordnerin / Verordner und der Patientin oder dem Patienten voraussetzt.</p>	<p>Siehe im Übrigen Würdigung in der lfd. Nummer 16 (zur Reha-RL) und die daraus folgende Änderung am BE.</p> <p>Kenntnisnahme der Zustimmung</p>	Siehe lfd. Nr. 16

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
33.	DRV Bund	Reha-RL	<p>Eine Verordnung von medizinischen Rehabilitationen sollte nur per Fernbehandlung/Videosprechstunde erfolgen, falls der Patient dem Behandler bereits persönlich bekannt ist.</p> <p>Die Rentenversicherung teilt die Auffassung, dass die Verordnung bzw. der Befundbericht für eine medizinische Rehabilitation nicht ausschließlich auf der Grundlage einer Fernbehandlung erfolgen sollte. Die Verordnenden müssen sich von dem Vorliegen der sozialmedizinischen Voraussetzungen persönlich überzeugt haben bzw. die Versicherten aus der laufenden Behandlung kennen und insoweit auch unmittelbar persönliche Kontakte mit Verordnenden oder Angehörigen derselben Berufsausübungsgemeinschaft stattgefunden haben. Zudem sieht die gegebene Rechtslage die Nutzung digitaler Techniken entsprechend dem DVG im Bereich der Rentenversicherung nicht vor, so dass Befundberichte der Krankenkassen, die auf einer ausschließlichen Fernbehandlung beruhen, von den RV-Trägern jedenfalls derzeit wohl nicht akzeptiert werden könnten.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Anpassung der RL-Regelung aufgrund dieser Stellungnahme: Streichung des Satzes 3, da eine telefonische Konsultation bei der Verordnung einer medizinischen Reha aus sozialmedizinischer Sicht nicht geeignet ist. Siehe auch lfd. Nummer 13.</p>	Ja, Streichung des Satzes 3

b) Zu Satz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
34.	BPtK	HeilM-RL HKP-RL Reha-RL	<p>Voraussetzungen für die Verordnungen im Rahmen einer Fernbehandlung:</p> <p>Die BPtK schließt sich der Position des GKV-SV und der KBV an, die als Voraussetzung einer Verordnung im Rahmen einer Fernbehandlung festlegt, dass nicht nur die Versicherte*, sondern auch die <b>spezifische Diagnose</b> der Verordner*in <b>unmittelbar persönlich bekannt sein müssen</b>.</p> <p>Die Muster-Berufsordnung (MBO) der Psychotherapeut*innen sieht vor, dass Behandlungen über Kommunikationsmedien unter besonderer Beachtung der Vorschriften der Berufsordnung, insbesondere der Sorgfaltspflichten, zulässig sind. Dazu gehört, dass Eingangsdagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung die Anwesenheit der Patient*in erfordern. Entsprechend dieser Regelung, die den fachlichen Standard in der</p>	<p><b>GKV-SV, KBV:</b> Kenntnisnahme der Zustimmung</p> <p><b>PatV/DKG:</b> stimmt der Verwendung des Begriffes Diagnose zu</p> <p><b>Zu HeilM-RL / HKP-RL:</b> PatV: Zugleich wird als abweichende Position ein neuer Satz 5 in die BE der PatV zur HeilM-RL</p>	siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL bzw. HeilM-RL



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
			<p>psychotherapeutischen Versorgung widerspiegelt, erscheint es aus Sicht der BPTK erforderlich, dass eine der Verordnung zugrundeliegende Diagnose vorab im unmittelbaren persönlichen Kontakt gestellt werden muss, bevor im weiteren Verlauf der Behandlung eine Verordnung dazu im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen kann. Fachlicher Standard und MBO sehen zudem eine Indikationsstellung im unmittelbaren persönlichen Kontakt vor. Entsprechend erscheint es erforderlich, wie von GKV-SV und KBV in Satz 3 vorgesehen, dass die erstmalige Verordnung nicht lediglich mittelbar persönlich im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen kann.</p>	<p>und zur HKP-RL eingefügt (siehe Darstellung Abschnitt 6.2).</p> <p><b>PatV:</b></p> <p>Es ist eine Regelung erforderlich, die sich auf den Fall bezieht, dass der Patient/die Patientin dem Verordner/der Verordnerin aus der laufenden Behandlung persönlich bekannt ist und sich ein Behandlungsbedarf nach einer Krankenhausbehandlung oder auf Grund eines eingeholten fachärztlichen Befundes ergibt. Wenn im Krankenhausentlassungsbericht oder im fachärztlichen Bericht ausdrücklich die Notwendigkeit einer Verordnung von Heilmitteln bzw. HKP benannt ist oder ein Heilmittel bzw. HKP im Rahmen des Entlassmanagements für kurze Zeit verordnet wurde und ein kurzfristiger Termin zur persönlichen Untersuchung beim Hausarzt oder Facharzt weder als Hausbesuch noch als Vorstellungstermin in der Praxis nicht möglich ist - ein Fall, der in der Praxis häufig vorkommt - soll es möglich sein, nach Videosprechstunde oder nach telefonischer Konsultation eine Verordnung auszustellen, um eine zeitnahe Behandlung oder die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen. Eine frühe Aufnahme der Behandlung ist häufig zwingend erforderlich, Diese Verordnung sollte mit einer Vereinbarung eines sehr zeitnahen Vorstellungstermins verbunden werden.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
				(siehe BE: Satz 5 und Satz 8; Darstellung in Abschnitt 6.2 HKP-RL bzw. HeilM-RL)	
35.	BPTK	<b>HeilM-RL (zusätzlich)</b>	[...] und die erstmalige Verordnung nicht im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen kann. Fachlicher Standard und MBO sehen zudem eine Indikationsstellung im unmittelbaren persönlichen Kontakt vor. Entsprechend erscheint es erforderlich, wie von GKV-SV und KBV in Satz 3 vorgesehen, dass die erstmalige Verordnung nicht lediglich mittelbar persönlich im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen kann.	<b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Kenntnisnahme der Zustimmung <b>PatV:</b> Kenntnisnahme, keine Änderung der Position (siehe hierzu auch Ausführungen in den Tragenden Gründen; siehe auch Würdigung zu Nr. 34).	Nein
36.	SHV	<b>HeilM-RL</b>	Der SHV unterstützt hier den Vorschlag von DKG und PatV. Wenn eine Person den Verordnenden unmittelbar persönlich bekannt ist, kann vorausgesetzt werden, dass Diagnose/n und Beeinträchtigungen bekannt bzw. in der Patientenakte dokumentiert sind.	<b>PatV:</b> Kenntnisnahme der Zustimmung. <b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Keine Zustimmung. Die Prüfung der Voraussetzungen einer HeilM-VO und die dazu gehörige Diagnostik kann nur im unmittelbaren persönlichen Kontakt erfolgen. Die verordnungsrelevante Diagnose muss aus einem unmittelbar persönlichen Kontakt bekannt sein. Wenn bloß die Person den Verordnenden unmittelbar persönlich bekannt ist, kann eben nicht vorausgesetzt werden, dass Diagnose/n und Beeinträchtigungen bekannt bzw. in der Patientenakte dokumentiert sind. <b>PatV:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 34  (siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HeilM-RL)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
37.	dba	HeilM-RL	<p><u>Entwurf DKG und PatV wird abgelehnt:</u>  dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung <u>Kenntnis</u> hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt</p> <p>Die Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 3 HeilM-RL für die Verordnung von Heilmitteln gehen über die bloße <u>Kenntnis</u> von der verordnungsrelevanten Erkrankung hinaus:  Danach kann eine Verordnung nur erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt und diesen dokumentiert hat.  Gemäß § 3 Absatz 5 HeilM-RL sind für die Indikation neben der Diagnostik auch die Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren einzubeziehen. Auch das erfordert den unmittelbaren und persönlichen Kontakt, was ebenso Satz 4/5 des Beschlusentwurfs deutlich benennt: „die <u>ingeschränkten</u> Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung.“</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b>  Kenntnisnahme der Zustimmung</p> <p><b>PatV:</b>  Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34 und die daraus folgende Änderung am BE.</p>	<p>Ja, siehe Spalte links  (siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HeilM-RL)</p>
38.	BED	HeilM-RL	<p>Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt <b>ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.</b></p> <p>Wir folgen hier der Argumentation der DKG und der PatV aber auch der Argumentation des GKV-SV und der KBV, mit der nachfolgenden Begründung:  Grundsätzlich stimmen wir zu, dass die erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall unmittelbar persönlich erfolgen sollte.</p> <p>Die Möglichkeit der Verordnung von Heilmitteln über die Fernbehandlung bietet aber auch die Chance, in strukturschwachen ländlichen Gebieten, in denen sich die Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung zunehmend schwieriger darstellt, die Heilmittelversorgung ergänzend zur unmittelbaren persönlichen Konsultation sicherzustellen.</p> <p>Diese Chance der Versorgungssicherung in begründbaren Fällen würden wir ungern durch eine generelle Regelung unterbinden. Wir sehen ausreichend Kompetenz bei den</p>	<p>Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34 und die daraus folgende Änderung am BE.</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 34</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
			<p>Verordnerinnen und Verordnern individuell im jeweiligen Fall zu entscheiden, ob ein unmittelbarer persönlicher Kontakt erforderlich ist.</p> <p>Wenn die oder der Versicherte der Verordner*in persönlich bekannt ist, so ist es in der Versorgungslogik ebenso schlüssig, dass die Kenntnis über die verordnungsrelevante Erkrankung auch über fachärztliche oder stationäre Befunde mittelbar persönlich vorliegen kann.</p> <p>Hier wäre als Beispiel eine radiologische Abklärung zu nennen, die dann den Verordnungsbedarf konkretisiert oder sogar erst auslöst. Dies wäre ein denkbarer Fall, dem mit der Kombination mit dem nachfolgenden Vorschlag zu § 3 Abs. 3a Satz 3 Rechnung getragen werden kann.</p>		
39.	AWO	<b>HKP-RL</b> <b>Reha-RL</b>	<p>Der AWO Bundesverband spricht sich für die Formulierung von DKG und PatV aus.</p> <p>Beide Formulierungen führen die erforderlichen Voraussetzungen aus. Sie unterscheiden sich geringfügig in der Wortwahl und in der Satzkonstruktion.</p> <p>Im Rahmen der besseren Lesbarkeit im textlichen Gesamtzusammenhang spricht sich der AWO Bundesverband für den Vorschlag von DKG und PatV aus.</p>	Formulierungen wurden insgesamt angepasst (siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL bzw. Reha-RL).	siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL bzw. Reha-RL
40.	Caritas	<b>HKP-RL</b>	<p>Wir befürworten die Verwendung der Formulierung von DKG, PatV.</p> <p>Satz 2 soll lauten:</p> <p>„Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung sowie von Einschränkungen, die zu einem Fremdhilfebedarf führen, Kenntnis hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.“</p> <p>Inhaltlich sind die Formulierungsvorschläge von GKV-SV, KBV einerseits und DKG, PatV andererseits nahezu identisch. Wir halten den Formulierungsvorschlag von DKG, PatV in der Abfolge der einzelnen Voraussetzungen für besser geeignet bzw. sprachlich besser nachvollziehbar.</p> <p>Ebenso ziehen wir die Formulierung von DKG, PatV „Einschränkungen, die zu einem Fremdhilfebedarf führen“ gegenüber der Formulierung von GKV-SV „Beeinträchtigungen</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Es ist zwingend erforderlich, dass die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft mindestens einmal unmittelbar persönlich bekannt geworden sind.</p> <p><b>PatV:</b></p>	(siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
			<p>der Funktionsfähigkeit, die zu einem Fremdhilfebedarf führen“ vor. Die Berücksichtigung einer „Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit“ ist eher mit der Einschätzung physischer/motorischer Fähigkeiten assoziiert und lässt damit ggf. andere Einschränkungen, die zu einem Fremdhilfebedarf führen können, unberücksichtigt</p>	<p>Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34 und die daraus folgende Änderung am BE.</p> <p><b>Zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit:</b></p> <p>Teil 1 der Klassifikation der ICF umfasst Funktionsfähigkeit und Behinderung mit den Komponenten Körperfunktionen und -strukturen und Aktivitäten und Teilhabe. Bei Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit sind somit sowohl funktionelle/ strukturelle Schädigungen als auch Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe berücksichtigt, damit auch somatische und mentale Beeinträchtigungen.</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 34</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
41.	Caritas	Reha-RL	<p>Übernahme Position DKG/PatV</p> <p>Die verordnungsrelevante Diagnose für eine Rehabilitation wird häufig im Krankenhaus gestellt und ist im Entlassbrief dokumentiert. Da die Verordnerin oder der Verordner die Rehabilitationsbedürftigkeit der Patientin oder den Patienten im Rahmen der Fernbehandlung im unmittelbaren visuellen Kontakt einschätzen muss, ist es ausreichend, wenn die diagnoserelevanten Befunde schriftlich dokumentiert vorliegen. Dies senkt für den Patienten oder die Patientin die Hürden und beschleunigt den Zugang zur Leistung.</p>	<p>Keine Zustimmung.</p> <p>Im Vordergrund stehen Verordnungen aus dem ambulanten vertragsärztlichen Bereich und nicht die Einleitung einer Anschlussrehabilitation im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung, Sich hier nur auf einen Entlassbericht zu beziehen, ohne sich im unmittelbaren persönlichen Kontakt von dem Vorliegen einer Indikation zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation der oder des Versicherten zu überzeugen wird auch der Intention des SGB IX i.S. der individuellen und umfassenden Bedarfsermittlung nicht gerecht.</p>	nein
42.	dbs	HeilM-RL	<p>Die Kenntnis der Diagnose und der Funktionsfähigkeit muss ausreichend sein, um eine Praktikabilität für Patient*innen sicher zu stellen, denen der Gang in die Praxis schwerfällt oder unmöglich ist.</p> <p>Hat die Verordnerin/der Verordner Kenntnis von der verordnungsrelevanten Erkrankung, z.B. durch Berichte zu vorausgehenden Verordnungen oder durch Entlassberichte, dann muss die Verordnungsmöglichkeit auf telemedizinischem Wege möglich sein, um insbesondere im Anschluss an Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements oder bei einer erneuten (Folge-) Verordnung das Aufsuchen der Praxisräume nicht nötig werden zu lassen.</p> <p>Nur so sind die Vorteile gerade für die Patient*innen gegeben, denen der Weg zur Praxis besonders schwer fällt.</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Es ist zwingend erforderlich, dass die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft mindestens einmal unmittelbar persönlich bekannt geworden sind. Sich hier nur auf einen Bericht zu beziehen, ohne sich im unmittelbaren persönlichen Kontakt von dem Vorliegen einer Indikation zu einer</p>	siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HeilM-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
				Heilmittelverordnung zu überzeugen, ist nicht sachgerecht. <b>PatV:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 34
43.	bpa	<b>HKP-RL</b>	<p>Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung sowie von Einschränkungen, die zu einem Fremdhilfebedarf führen, Kenntnis hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.</p> <p>Der bpa schließt sich der Position der DKG und PatV an.</p> <p>Gemäß den Tragenden Gründen entscheidet die Verordnerin/der Verordner unter Beachtung ihrer/seiner ärztlichen oder psychotherapeutischen Sorgfaltspflicht. Die Verordnerin/der Verordner hat dabei die Grenzen des Beratungs- und Behandlungsgeschehens verantwortungsbewusst zu setzen. Es bedarf einer umsichtigen Abwägungsentscheidung darüber, ob die Schilderungen des Patienten im Rahmen der ärztlichen oder psychotherapeutischen Befundung insgesamt ausreichend sind für eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung.</p> <p>Maßgeblich für diese Abwägungsentscheidung ist insbesondere, ob der Verordnerin/dem Verordner der Zustand der Patientin oder des Patienten aus einer bereits laufenden Behandlung ausreichend bekannt ist, d. h. ob es bereits einen unmittelbar persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt gab, aufgrund dessen die Verordnerin oder der Verordner Kenntnisse zu den wesentlichen Vorbefunden, dem sozialen Umfeld sowie Informationen über den Krankheitsverlauf hat. Weitere Kriterien können die spezifische Symptomatik der Patientin oder des Patienten sowie die Art und Schwere der Beschwerden darstellen.</p> <p>Die Position des GKV-SV, Erstverordnungen im Zuge der Fernbehandlung vollständig auszuschließen lehnt der bpa ab. Es muss im Ermessen der Verordnerin/des Verordners liegen, welche Verordnungen sie/er im Rahmen einer Videobehandlung oder eines telefonischen Arzt-Patienten-Kontaktes ausstellt, da sie/er hierfür die abschließende Verantwortung trägt. Ausschlaggebendes Kriterium kann hierfür nicht die Unterscheidung</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV/GKV-SV/DKG:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 36</p> <p><b>PatV:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34 und die daraus folgende Änderung am BE.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Ausschluss von Erstverordnungen im Rahmen der Fernbehandlung ist sachgerecht, da die Notwendigkeit einer HKP (insbesondere die Feststellung, ob die im Leistungsverzeichnis jeweils</p>	Siehe lfd. Nummer 34 siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
			nach Erst- und Folgeverordnung sein. Die Folgeverordnung ist genauso zu gewichten, wie eine Erstverordnung, da der aktuelle Gesundheitszustand betrachtet wird und die Verordnungsentscheidung auf dieser Ist-Aufnahme beruht.	aufgeführten Einschränkungen tatsächlich vorhanden sind und die jeweilige Maßnahme indiziert ist) einmal persönlich festgestellt werden muss.	
44.	Diakonie	<b>HKP-RL</b>	Wir befürworten die Verwendung der Formulierung von DKG, PatV. Satz 2 lautet somit: „Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung sowie von Einschränkungen, die zu einem Fremdhilfebedarf führen, Kenntnis hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.“ Inhaltlich sind die Formulierungsvorschläge von GKV-SV, KBV einerseits und DKG, PatV andererseits nahezu identisch. Wir halten den Formulierungsvorschlag von DKG, PatV in der Abfolge der einzelnen Voraussetzungen für besser geeignet bzw. sprachlich besser nachvollziehbar. Ebenso ziehen wir die Formulierung von DKG, PatV „Einschränkungen, die zu einem Fremdhilfebedarf führen“ gegenüber der Formulierung von GKV-SV „Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, die zu einem Fremdhilfebedarf führen“ vor. Die Berücksichtigung einer „Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit“ ist eher mit der Einschätzung physischer/motorischer Fähigkeiten assoziiert und lässt damit ggf. andere Einschränkungen, die zu einem Fremdhilfebedarf führen können, unberücksichtigt.	<b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme <b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34 und 36 und 43 sowie die hieraus folgenden Änderungen im BE <b>PatV:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34 und die daraus folgende Änderung am BE.	siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL  Siehe lfd. Nummer 34
45.	BAG-SAPV	<b>HKP-RL</b>	Die BAG-SAPV stimmt der Formulierung der DKG/PatV zu.	Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34, 36 und 43	Siehe lfd. Nummer 34



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlusentwurf?
46.	DGP	<b>HKP-RL</b>	Die DGP schließt sich der PatV und der DKG an Die Verordnung kann mittels Fernbehandlung erfolgen, wenn die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat. Diese Kenntnis kann auch mittelbar persönlich vorliegen, d.h. dass die Verordnerin oder der Verordner beispielsweise Befunde von einer anderen behandelnden Fachärztin oder einem anderen behandelnden Facharzt oder einen Entlassbrief des Krankenhauses erhalten hat, ohne dass die Versicherte / der Versicherte hierfür unmittelbar persönlich vorstellig werden muss. Darüber hinaus muss die oder der Versicherte der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 33 Absatz 2 und 3 Ärzte-ZV aufgrund früherer Behandlung unmittelbar persönlich bekannt sein, so dass beispielsweise auf die Dokumentation dieser Behandlungen zurückgegriffen werden kann.	<b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme <b>KBV, DKG:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 36 <b>GKV-SV:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 36 und 43 <b>PatV:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34 und die daraus folgende Änderung am BE.	siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL  Siehe lfd. Nummer 34
47.	DGP	<b>HKP-RL</b>	Die DGP schließt sich der PatV und der DKG an Sowohl Erst- als auch Folgeverordnungen können mittels Fernbehandlung ausgestellt werden, sofern der Versicherte/die Versicherte der Verordnerin/dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 33 Absatz 2 und 3 Ärzte-ZV aufgrund früherer Behandlung unmittelbar persönlich bekannt ist, so dass beispielsweise auf die Dokumentation dieser Behandlungen zurückgegriffen werden kann.  Ist eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungs-voraussetzungen im Rahmen der Fernbehandlung nicht möglich, ist von einer Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner vorzunehmen.	<b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme <b>KBV, DKG:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 36 <b>GKV-SV:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 36 und 43 <b>PatV:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34 und die daraus folgende Änderung am BE.	siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL  Siehe lfd. Nummer 34
48.	DHPV	<b>HKP-RL</b>	Hinsichtlich § 3 Abs. 1a S. 2 stimmt der DHPV der Formulierung der DKG/PatV zu.	<b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme <b>KBV, DKG:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 36 <b>GKV-SV:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 36 und 43	siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL  Siehe lfd. Nummer 34

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
				<p><b>PatV, DKG:</b>                      Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34 und die daraus folgende Änderung am BE.</p>	

c) Zu Satz 3 HeilM-RL [GKV-SV, KBV]

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
49.	dbs	HeilM-RL	<p>Es ist nicht ersichtlich, warum die <b>erstmalige Verordnung</b> in einem Verordnungsfall nicht mittelbar persönlich stattfinden kann.</p> <p>Sind die o.g. Voraussetzungen gegeben, dann sollte dies auch z.B. bei einem Wechsel der Diagnosegruppe möglich sein. Auch im Falle eines Wechsels der Verordnerin/des Verordners, der einen neuen Verordnungsfall auslöst, aber eine laufende Heilmittelbehandlung fortführt, ist eine Verordnung im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung zu befürworten.</p> <p>Ein genereller Ausschluss führt zu einer unangemessenen Benachteiligung gerade der Patient*innen, denen der Weg in die Praxis besonders schwer fällt.</p>	<p><b>PatV:</b>                      Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b>                      GKV-SV: Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34, 36, 43 und 50                      Siehe auch Würdigung in lfd. Nummer 43</p> <p>Der Ausschluss von Erstverordnungen im Rahmen der Fernbehandlung ist sachgerecht, da die Notwendigkeit eines Heilmittels (Einschätzung zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen und erforderliche Kenntnisse über alltagsrelevante Einschränkungen der Aktivitäten sowie person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren gemäß § 3 Absatz 5 HeilM-RL) unmittelbar persönlich festgestellt werden muss.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
50.	dba	HeilM-RL	<p><u>Satz 3 wird zugestimmt.</u></p> <p>Gemäß § 6a HeilM-RL ist vor der erstmaligen Verordnung die Diagnostik durch die Verordnerin oder den Verordner notwendig. In § 3 Absatz 3a Satz 4/5 des Beschlussentwurfs wird deutlich darauf hingewiesen, dass der Kontakt per Video nur „eingeschränkte Möglichkeiten“ zulässt.</p> <p><u>Fazit:</u></p> <p>Dem entsprechend erfordert eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln im Sinne § 1 Absatz 1 HeilM-RL zumindest für die erstmalige Verordnung eines Verordnungsfalls im Sinne § 7 Absatz 1 HeilM-RL den unmittelbaren Kontakt von Verordnerin oder Verordner mit Patientin oder Patient im Rahmen einer Sprechstunde in Präsenz.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>PatV:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 34</p>	<p><b>PatV, DKG:</b> ja, siehe lfd. Nr. 34</p> <p><b>GKV-SV, KBV:</b> Nein (siehe aber Darstellung der Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL)</p>
51.	BED	HeilM-RL	<p>Änderungsvorschlag: „Die erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall kann abweichend vom Grundsatz der unmittelbaren persönlichen Konsultation in begründbaren Fällen auch mittelbar persönlich im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen.“</p> <p>Begründung für die Fernbehandlung siehe <u>§ 3 Abs. 3a Satz 1.</u></p> <p>Grundsätzlich halten wir die unmittelbare persönliche Befunderhebung und Diagnostik bei der Erstverordnung für sinnvoll.</p> <p>Ausnahmen im täglichen Versorgungsgeschehen sind ebenso denkbar und sollten nicht durch einen generellen Ausschluss zu restriktiv unterbunden werden.</p> <p><u>Wie zuvor beschrieben, halten wir die von uns vorgeschlagene Kombination der Sätze 2 und 3 für geeignet, alle relevanten Fälle zu regeln.</u></p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme zum Inhalt</p> <p><b>KBV, GKV-SV, DKG:</b> Ablehnung, siehe Würdigung in lfd. Nummer 34, 36, 43 und 50</p> <p>Der Ausschluss von Erstverordnungen im Rahmen der Fernbehandlung ist sachgerecht, da die Notwendigkeit eines Heilmittels (Einschätzung zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen und erforderliche Kenntnisse über alltagsrelevante Einschränkungen der Aktivitäten sowie person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren gemäß § 3 Absatz 5 HeilM-RL) persönlich festgestellt werden muss.</p>	<p>Nein (siehe aber Darstellung der Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL)</p>

a) Zu Satz 3 HKP-RL [GKV-SV]

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
52.	AWO	<b>HKP-RL</b>	Der AWO Bundesverband lehnt die ausschließliche Möglichkeit der Videosprechstunde als Form der Fernbehandlung bei Folgeverordnungen, wie es der GKV-SV vorschlägt, ab.  Aus Sicht des AWO Bundesverbandes liegt es in der Verantwortung der Verordnerin/ des Verordners zu entscheiden, ob die erforderlichen Verordnungsvoraussetzungen bestehen oder nicht. Dies gilt gleichermaßen für Erst- und Folgeverordnungen. Eine Differenzierung ist daher aus Sicht des AWO Bundesverbandes nicht erforderlich.	<b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme <b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 43	(siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL)
53.	Caritas	<b>HKP-RL</b>	Eine Begrenzung von Videosprechstunden ausschließlich auf Folgeverordnungen lehnen wir ab.  Von KBV, DKG, PatV wurde in den Tragenden Gründen bei ihren Ausführungen zum Begriff „Fernbehandlung“ umfassend dargelegt, bei welchen Konstellationen eine telefonische Konsultation sinnvoll sein kann und möglich sein sollte. Dieser Begründung schließen wir uns vollumfänglich an.	<b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme <b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 43	(siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL)
54.	Paritätischer	<b>HKP-RL</b>	GKV-SV: Eine Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde ist nur bei Folge-Verordnungen möglich. Aus Sicht des Paritätischen muss dies auch für Erst- oder Zusatz-Verordnungen möglich sein. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn in Folge von interkurrenten Erkrankungen oder vorübergehendem Ausfall der im Haushalt lebenden Person/Angehörigen, die normalerweise Behandlungspflegerische Maßnahmen übernimmt, schnelle ärztliche Verordnungen zur Übernahme durch den Pflegedienst erforderlich sind.	<b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme <b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 43	siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
55.	DRK	<b>HKP-RL</b>	<p>GKV-SV: „Eine Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde ist nur bei Folgeverordnungen möglich.“</p> <p>Der GKV-Position wird nicht gefolgt.</p> <p>Bei bekannten Patienten mit Fremdhilfebedarf spricht sich das DRK für die <u>Ermöglichung der Ausstellung einer Erstverordnung</u> aus, wenn der behandelnde Arzt Kenntnis vom Hilfebedarf des Patienten hat und eine Fernbehandlung im konkreten Behandlungsfall vertreten kann. Dies sollte als sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Angebot gesehen werden.</p> <p>Besonders im Akutfall können belastende und oftmals nur mit zeitlicher Verzögerung erfolgende Hausbesuche bzw. der Besuch der Arztpraxis vermieden werden und eine nahtlose Versorgung durch beispielsweise ambulante Pflegedienste ermöglicht werden.</p> <p>Momentan bestehen oft Versorgungslücken z.B. nach Krankenhausentlassung. Hier wäre für alle Beteiligten sinnvoll, eine ununterbrochene Weiterbehandlung unbürokratisch, also telefonisch, zu ermöglichen. Die persönliche Vorstellung beim behandelnden (Haus-)Arzt kann dann terminlich freier erfolgen und für Patienten bzw. Angehörige/ Pflegekräfte werden unnötige Wege und Wartezeiten vermieden.</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, KBV; DKG:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 43</p>	siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL
56.	Diakonie	<b>HKP-RL</b>	<p>GKV-SV: Eine Begrenzung von Videosprechstunden ausschließlich auf Folgeverordnungen lehnen wir ab. Der Satz 3 ist ersatzlos zu streichen.</p> <p>Von KBV, DKG, PatV wurde in den Tragenden Gründen bei ihren Ausführungen zum Begriff „Fernbehandlung“ umfassend dargelegt, bei welchen Konstellationen eine telefonische Konsultation sinnvoll sein kann und möglich sein sollte. Dieser Begründung schließen wir uns vollumfänglich an.</p> <p>Des Weiteren halten wir eine Begrenzung der Fernbehandlungen auf Folgeverordnungen nicht für sachgerecht.</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, KBV; DKG:</b> Siehe Würdigung in lfd. Nummer 43</p>	(siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL)
57.	DGP	<b>HKP-RL</b>	<p>Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der [A:] <b>Fernbehandlung</b> /<del>[B:] Videosprechstunde</del> nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der [A:] <b>Fernbehandlung</b> /<del>[B:] Videosprechstunde</del> abzusehen und</p>	<p>Siehe hierzu Würdigung unter lfd. Nr. 4 und die daraus folgende Änderung am BE.</p>	Siehe lfd. Nummer 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
			auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen. Begründung s.o. ,1. Begriff		

d) Zu Satz 3 Reha-RL [GKV-SV]

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
58.	AWO	Reha-RL	Der AWO Bundesverband lehnt die ausschließliche Möglichkeit der Videosprechstunde als Form der Fernbehandlung bei Folgeverordnungen, wie es der GKV-SV vorschlägt, ab. Entsprechend unserer Positionierung zu Satz 1 erübrigt sich eine Ergänzung zum telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt, da diese bei der Formulierung „Fernbehandlung“ mit inbegriffen ist.	Kenntnisnahme. Ausführungen in der Stellungnahme für die Rehabilitations-Richtlinie nicht relevant.	Nein

e) Zu den Sätzen 3/4, 4/5 und 5/6 [„Sofern die Verordnerin...“]

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
59.	BÄK	HeiIM-RL	<sup>3,4</sup> Sofern die Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen einer <b>Fernbehandlung</b> nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen. <sup>4,5</sup> Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der <b>Fernbehandlung</b> über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im	Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
			<p>Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> aufzuklären. <sup>5,6</sup>Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> besteht nicht.</p> <p>Eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung erfolgt grundsätzlich per Videosprechstunde und ist in bestimmten Fällen auch bei telefonischer Konsultation möglich.</p> <p>Nicht nur ältere Menschen, sondern auch Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen mit gleichbleibender Funktionsstörung wie Hemiparese, Post Polio-Syndrom u.v.a. können keine Videosprechstunde wahrnehmen. Insbesondere für diese Patienten kann sich die Möglichkeit von Verordnungen nach telefonischer Konsultation bei folgenden Konstellationen ergeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Es handelt sich um Erkrankungen, bei denen von vornherein mehrere Verordnungen in Folge im ärztlichen Behandlungsplan vorgesehen sind und eine zwischenzeitliche unmittelbar persönliche Kontrolle nicht erforderlich ist.</li> <li>– Die Beförderung in die Praxis zur persönlichen Vorstellung ist mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden oder ist aus gesundheitlichen Gründen oder wegen Verhaltensauffälligkeiten (vorliegende Behinderung, Demenz etc.) nicht oder nur unter hohem Aufwand (kostenintensive Krankenbeförderung) möglich, so dass die unmittelbar persönlichen Vorstellungen begrenzt sind und so gering wie möglich gehalten werden sollen.</li> <li>– Eine unmittelbar persönliche Behandlung ist wegen einer zusätzlichen interkurrent-en Erkrankung der Patientin oder des Patienten nicht möglich.</li> </ul>		
60.	SHV	<b>HeilM-RL</b>	Der SHV unterstützt hier die von DKG, PatV und KBV vorgebrachte Formulierung Fernbehandlung. Begründung, siehe unter Satz 1.	Siehe hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 16 und Nummer 4
61.	BED	<b>HeilM-RL</b>	Der BED unterstützt hier die von DKG, PatV und KBV vorgebrachte Formulierung Fernbehandlung. Begründung, siehe unter Satz 1.	Siehe hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 16 und Nummer 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
62.	AWO	<b>HKP-RL</b> <b>Reha-RL</b>	Der AWO Bundesverband spricht sich für die Formulierung von DKG, PatV, KBV: mit der Verwendung des Begriffes „Fernbehandlung“ aus.  Entsprechend unserer Positionierung zu Satz 1 spricht sich der AWO Bundesverband auch bei den weiteren Ausführungen für den Begriff der Fernbehandlung aus.	Siehe hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 16 und Nummer 4
63.	Caritas	<b>Reha-RL</b>	§ 1b Sätze 3/4 und 5/6 Fernbehandlung vs. Videosprechstunde Übernahme Position DKG/PatV/KBV s. Begründung zu § 1b Satz 1	Siehe hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 16 und Nummer 4
64.	CaSu	<b>Reha-RL</b>	Fernbehandlung / Videosprechstunde s. Begründung zu § 1b Satz 1 [lfd. Nr. 30] Wir unterstützen die Formulierung in Satz 3 / 4 sowie 5 / 6, die den Rahmen einer sicheren Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen einer Fernbehandlung / Videosprechstunde, deutlich macht.	Siehe hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 16 und Nummer 4
65.	bpa	<b>HKP-RL</b>	Sofern der Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen.  s.o. (Ausführungen zur Begrifflichkeit), der bpa teilt die Position von DKG, PatV und KBV. Der Hinweis darauf, dass die Verordnerin / der Verordner die Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nur vornehmen kann, wenn sie/ er die Verordnungsvoraussetzungen sicher beurteilen kann, ist sachgerecht. In Zweifelsfällen ist eine unmittelbar persönliche Untersuchung durchzuführen.	Siehe hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 16 und Nummer 4



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
66.	bpa	<b>HKP-RL</b>	Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der <b>Fernbehandlung</b> über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> aufzuklären. s.o. (Ausführungen zur Begrifflichkeit), der bpa teilt die Position von DKG, PatV und KBV. Der Hinweis ist sachgerecht und aufgrund der Aufklärungsverpflichtung der Ärzte zwingend. Der Patient muss den Unterschied zwischen der unmittelbar persönlichen Untersuchung und der Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung kennen und der eingeschränkten Befunderhebung zustimmen.	Siehe hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 16 und Nummer 4
67.	bpa	<b>HKP-RL</b>	Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> besteht nicht. s.o. (Ausführungen zur Begrifflichkeit), der bpa teilt die Position von DKG, PatV und KBV. Der Hinweis ist sachgerecht. In Zweifelsfällen bedarf es einer unmittelbar persönlichen Untersuchung des Gesundheitszustandes. Aus der Teilnahme an der Fernbehandlung leitet sich kein Anspruch auf eine Verordnung ab. Diese liegt abschließend im Ermessen und in der Verantwortung der Verordnerin / des Verordners.	Siehe hierzu Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 16 und Nummer 4
68.	DBfK	<b>HKP-RL</b>	Zum neuen § 3 Absatz 1a: Satz 5/6 Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] 1. Ergänzung: <b>oder eine Verpflichtung zur Teilnahme besteht nicht.</b> 2. Ergänzung: <b>Es besteht keine Verpflichtung des ambulanten Pflegedienstes, an Videosprechstunden teilzunehmen und / oder den Versicherten dafür die benötigte Technik zur Verfügung zu stellen und / oder die Abholung der Verordnungen bei den Verordnern zu gewährleisten.</b> Aus Sicht des DBfK wird mit der 1. Ergänzung sichergestellt, dass das Recht des Patienten auf einen Hausbesuch seines behandelnden (Haus-)Arztes durch die neue Regelung des § 3 Absatz 1a nicht beschnitten werden darf. Es dürfen dem Patienten keine Nachteile daraus erwachsen, wenn er die Technik nicht hat oder nicht bedienen kann. Aus Sicht des DBfK wird mit der 2. Ergänzung sichergestellt, dass durch die neue Regelung des § 3 Absatz 1a keine Verpflichtungen für ambulante Pflegedienste entstehen, <ul style="list-style-type: none"> <li>den Videosprechstunden beizuwohnen,</li> </ul>	Eine Ergänzung ist nicht notwendig, da aus der HKP-RL weder abgeleitet werden kann, dass der Pflegedienst verpflichtet ist die Versicherten in die Arztpraxis zu begleiten noch, dass der Pflegedienst an der Videosprechstunde teilnehmen muss.  Siehe im Übrigen Würdigung in lfd. Nummer 5 und 8  Zusätzlich PatV: Die PatV weist ergänzend darauf hin, dass Patienten mit Pflegebedürftigkeit sehr häufig Unterstützung bei der Nutzung der	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
			<ul style="list-style-type: none"> <li>dafür die Technik zur Verfügung zu stellen und</li> <li>anschließend beim Verordner die Verordnung abzuholen.</li> </ul> <p>Aus Sicht des DBfK ist zu regeln, dass für den Fall, dass der ambulante Pflegedienst an der Videosprechstunde teilnehmen muss, die aufgewendete Arbeitszeit refinanziert werden muss.</p>	Videotechnologie benötigen, einschl. der Anschaffung und Einrichtung (WebCam), da sie die notwendige sog Medienkompetenz nicht besitzen und nicht ohne weiteres erwerben können. Es gibt häufig Konstellationen, in denen das An- und Zugehörige nicht übernehmen können. Das gilt z.T. auch für das Abholen ausgestellter Verordnungen. .	
69.	Paritätischer	<b>HKP-RL</b>	<p>Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] besteht nicht.</p> <p>Aus Sicht des Paritätischen bedarf es hier einer Ergänzung, dass weder der Versicherte/Patient noch der Pflegedienst verpflichtet werden können.</p> <p>Ergänzung:  Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] <b>oder eine Verpflichtung zur Teilnahme besteht nicht. Es besteht keine Verpflichtung des ambulanten Pflegedienstes an Videosprechstunden teilzunehmen und/ oder im Anschluss die Abholung der Verordnungen bei den Verordnern zu gewährleisten.</b></p>	Siehe Würdigung in lfd. Nummer 5, 8 und 68	Nein
70.	Diakonie	<b>HKP-RL</b>	<p>Die Diakonie Deutschland spricht sich für die Regelung einer „Fernbehandlung“ aus.</p> <p>Aus Sicht der Diakonie Deutschland soll und kann eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung grundsätzlich per Videosprechstunde erfolgen und soll in bestimmten Fällen auch nach telefonischer Konsultation möglich sein. Wir folgen insoweit dem Vorschlag von KBV, DKG, PatV und lehnen die Engführung auf Videosprechstunden ab.</p> <p>Der Begriff der Fernbehandlung ist weiter gefasst als der der Videosprechstunde. Mit der nun getroffenen Regelung zur „Fernbehandlung“ greift der G-BA die in der MBO-Ä sowie MBO-PT neu normierte Vorgabe für die Behandlung via elektronischen Kommunikationsmedien auf und normiert sie auch in der HKP-Richtlinie. Die</p>	siehe Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
			Fernbehandlung schließt eine telefonische Verordnung mit ein; deshalb spricht sich die Diakonie Deutschland für die Verwendung des Begriffes „Fernbehandlung“ aus.		
71.	BAG-SAPV	<b>HKP-RL</b>	Die BAG-SAPV stimmt der Formulierung der DKG/PatV und KBV zu.	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4
72.	DGP	<b>HKP-RL</b>	Zu Satz 4 [DKG, KBV und PatV] bzw. Satz 5 [GKV-SV]: Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der [A:] <b>Fernbehandlung</b> / <del>[B:] Videosprechstunde</del> über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der [A:] <b>Fernbehandlung</b> / <del>[B:] Videosprechstunde</del> aufzuklären. Begründung s.o., 1. Begriff	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4
73.	DGP	<b>HKP-RL</b>	Zu Satz 5/6 stellt klar, dass Versicherte keinen Anspruch auf die Verordnung aufgrund einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Untersuchung im Rahmen einer [A:] <b>Fernbehandlung</b> / <del>[B:] Videosprechstunde</del> haben.	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4
74.	DHPV	<b>HKP-RL</b>	Hinsichtlich § 3 S. 3 und 4 stimmt der DHPV der Formulierung der DKG/PatV und KBV zu.	Siehe Würdigung unter lfd. 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4
75.	DEGEMED	<b>Reha-RL</b>	Sofern der Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der Fernbehandlung nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen. Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der Fernbehandlung über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung aufzuklären. Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung besteht nicht. Die DEGEMED schließt sich in der Begründung der vorliegenden Stellungnahme der DKG an.	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4 und 16
76.	DHS	<b>Reha-RL</b>	§ 1b Sätze 3/4 und 5/6 Fernbehandlung / Videosprechstunde	Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
			<p>s. Begründung zu § 1b Satz 1</p> <p>Wir unterstützen die Formulierung in Satz 3/4 sowie 5/6, die den Rahmen einer sicheren Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen einer Fernbehandlung / Videosprechstunde, deutlich macht.</p>		

f) Zu Satz 7 (HKP-RL + HeilM-RL) / Satz 3 (Reha-RL)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
77.	BPtK	HeilM-RL Reha-RL HKP-RL	<p>Die BPtK spricht sich gegen den vom GKV-SV vorgeschlagenen ergänzenden Satz 7 zu § 3 Absatz 1a bzw. 3a [HKP-RL/HeilM-RL] bzw. Satz 3 [Re-RL] aus, in dem die Möglichkeit der Ausstellung einer Verordnung nach einem telefonischen Kontakt geregelt werden soll.</p> <p>Die BPtK begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen eine Folgeverordnung auch im Anschluss an eine telefonische Konsultation auszustellen. Diese Möglichkeit muss jedoch nicht gesondert definiert werden, wenn zuvor bereits einheitlich der Begriff der Fernbehandlung anstatt des Begriffs der Videobehandlung gewählt wurde.</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme bzw. Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, DKG, KBV:</b> Kenntnisnahme bzw. zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.</p> <p><b>Reha-RL:</b> Ablehnung. <b>Zur Streichung Möglichkeit der telefonischen VO:</b> siehe lfd. Nummer 33</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 4 und Nummer 16</p> <p>siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL HeilM-RL, bzw. Reha-RL</p>
78.	BPtK	HeilM-RL HKP-RL	<p>Die vorgeschlagene Ergänzung in Satz 7 lässt außerdem offen, ob die in den Sätzen 3/4 und 4/5 definierten grundsätzlichen Anforderungen an das Ausstellen von Verordnungen, sofern sie nicht im unmittelbaren Kontakt erbracht werden, auch für den Fall der telefonischen Konsultation gelten. Die BPtK begrüßt dagegen die einheitliche Definition von Anforderungen an das Ausstellen von Verordnungen, wenn diese nicht im</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, DKG, KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 4 und Nummer 16</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
			unmittelbaren Kontakt erfolgen, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine Kommunikation per Video oder per Telefon handelt.	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HKP-RL bzw. HeilM-RL
79.	dbS	<b>HeilM-RL</b>	<p>Es wird befürwortet, dass die Verordnung im Einzelfall auch nach einem vorherigen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt möglich sein soll.</p> <p>Dies ist besonders für erneute (Folge-)Verordnungen und auch für die Versorgung von Patient*innen in Alten- und Pflegeeinrichtungen hilfreich, um eine unterbrechungsfreie Heilmittelversorgung sicher zu stellen.</p> <p>Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Möglichkeit des Eintrags „spätester Behandlungsbeginn bis“ mit der HeilM-RL 2021 entfallen ist, der gerade in der Versorgung von Patient*innen in Pflegeheimen oft genutzt wurde, wenn die Verordnerin/der Verordner bei Hausbesuchen im Heim frühzeitig eine neue Verordnung ausgestellt hat</p>	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4 und Nummer 16 siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HeilM-RL
80.	dba	<b>HeilM-RL</b>	<p><u>Satz 7 wird zugestimmt.</u></p> <p>Das trifft insbesondere auf fortlaufende Verordnungen für Dauerpatientinnen oder Dauerpatienten zu, die der Verordnerin oder dem Verordner bereits hinlänglich - zum Teil über Jahre - bekannt sind.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, KBV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme, dies wird auch über den Vorschlag KBV, DKG und PatV ermöglicht. Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.</p>	Siehe lfd. Nummer 4 und Nummer 16 siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HeilM-RL
81.	BED	<b>HeilM-RL</b>	<p>Streichung.</p> <p>Aus unserer Sicht ist Satz 7 (GKV-SV) überflüssig, da Satz 1 mit dem Bezug auf die berufsrechtlichen Regelungen den Sachverhalt bereits eindeutig regelt.</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, DKG, KBV:</b></p>	Siehe lfd. Nummer 4 und Nummer 16

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
				Kenntnisnahme, keine Zustimmung zur Streichung. Siehe aber Würdigung unter lfd. Nummer 16 sowie entsprechend unter Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	siehe Darstellung der geänderten Formulierungen unter Abschnitt 6.2 HeilM-RL
82.	AWO	<b>HKP-RL</b>	Der AWO Bundesverband lehnt die Ergänzung ab. Entsprechend unserer Positionierung zu Satz 1 erübrigt sich eine Ergänzung zum telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt, da diese bei der Formulierung „Fernbehandlung“ mit inbegriffen ist.	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4
83.	Caritas	<b>HKP-RL</b>	Die Ausnahmeregelung zur Ausstellung von Folgeverordnungen nach vorherigem telefonischem Kontakt lehnen wir ab. Die Ausnahmeregelung (Satz 7 GKV-SV) erübrigt sich bei einer Fernbehandlung, die auch einen telefonischen Kontakt vorsehen kann. Abgesehen davon sind die hier formulierten Bedingungen für die Zulässigkeit einer telefonischen Verordnung „im Einzelfall“ aus unserer Sicht nicht angemessen: Es ist liegt im Verantwortungsbereich des Arztes/der Ärztin zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen eine Fernbehandlung mittels telefonischen Kontaktes erfolgen kann oder ob eine persönliche Konsultation / ein Kontakt per Video erforderlich ist. Dazu gehört auch zu prüfen, ob weitere verordnungsrelevante Informationen benötigt werden und auf welche Weise diese gewonnen werden können.	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4
84.	DRK	<b>HKP-RL</b>	GKV-SV: „Die Ausstellung von Folgeverordnungen nach einem vorherigen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt ist ausnahmsweise zulässig, wenn die Verordnerin oder der Verordner den aktuellen Gesundheitszustand bereits im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung verordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist.“ Der GKV-Position wird nicht gefolgt.	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
			<p>Eine Ausstellung von Folgeverordnungen bei bekannten Patienten <u>sollte generell zulässig sein</u>.</p> <p>Eine Fernbehandlung ersetzt zwar nicht den persönlichen Arzt- Patientenkontakt, aber ermöglicht vor allem (zeitweise) immobilen Patienten eine schnellere und lückenlose ambulante Weiterbehandlung und sorgt für eine Reduktion unnötiger, belastender und zeitintensiver Wege/Patiententransporte, die in diesem Fall von Angehörigen und Sorgenden übernommen werden müssen.</p>		
85.	Diakonie	<b>HKP-RL</b>	<p>(GKV-SV) Die Ausnahmeregelung zur Ausstellung von Folgeverordnungen nach vorherigem telefonischem Kontakt lehnen wir ab.</p> <p>Die Ausnahmeregelung (Satz 7 GKV-SV) erübrigt sich bei einer Fernbehandlung, die auch einen telefonischen Kontakt vorsehen kann.</p> <p>Abgesehen davon sind die hier formulierten Bedingungen für die Zulässigkeit einer telefonischen Verordnung „im Einzelfall“ aus unserer Sicht nicht angemessen: Es ist liegt im Verantwortungsbereich der Ärztin/des Arztes zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen eine Fernbehandlung mittels telefonischen Kontaktes erfolgen kann oder ob eine persönliche Konsultation/ein Kontakt per Video erforderlich ist. Dazu gehört auch zu prüfen, ob weitere ordnungsrelevante Informationen benötigt werden und auf welche Weise diese gewonnen werden können.</p>	Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4
86.	BAG-SAPV	<b>HKP-RL</b>	<p>Die BAG-SAPV stimmt der Formulierung des GKV-SV zu und schlägt folgende Ergänzung vor:</p> <p><b>„und sofern es mindestens 1x/Quartal einen persönlichen Kontakt zwischen Verordnerin/Verordner gibt“</b></p> <p>Die BAG-SAPV ist der Auffassung, dass in regelmäßigen Abständen (mind. 1x im Quartal) ein persönliches Bild von dem Versicherten/der Versicherten an dessen Aufenthaltsort/Wohnort durch die Verordnerin/dem Verordner erforderlich ist, um eine Verordnung ergänzend durch Fernbehandlung valide ausstellen zu können.</p>	Kenntnisnahme. Der Ergänzung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Die persönliche Einbestellung der oder des Versicherten bei Folgeverordnungen ist im Vorschlag des GKV-SV der Ärztin oder dem Arzt überlassen und richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls.	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
87.	BAG-SAPV	HKP-RL	<p>Weiterer Ergänzungsvorschlag § 3 Abs. 1a Satz 7:</p> <p><b>Die Verordnung von Leistungen der Nr. 24a des HKP-Leistungsverzeichnisses (Symptomkontrolle) sind nicht im Rahmen einer Fernbehandlung möglich</b></p> <p>Die Verordnung der Leistung der Nr. 24a des HKP-Leistungsverzeichnisses setzt eine persönlich vorzunehmende Einschätzung der aktuellen Krankheitsphase und Symptomatik sowie der prognostizierten Krankheits- und Symptomentwicklung voraus. Da diese sich rasch verändern können, ist auch bei einer Folgeverordnung die persönlich vorzunehmende Einschätzung erforderlich. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob weitergehende Hilfen (z.B. ambulante Hospizdienste) erforderlich sind und ob ein Rechtsanspruch auf SAPV vorliegt, dem mit einer SAPV-Verordnung Rechnung zu tragen ist. Hierzu gehören auch die Information des Versicherten zur aktuellen Einschätzung der Krankheitsphase nach persönlicher Inaugenscheinnahme, die entsprechende Aufklärung unter Einbeziehung seiner Angehörigen und Zugehörigen sowie die Einwilligungserklärung des Versicherten.</p> <p>Die BAG-SAPV ist daher der Auffassung, dass Erst- und Folgeverordnungen der Leistungen nach Nr. 24a des HKP-Leistungsverzeichnisses nicht im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen sollten.</p>	<p>Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Grundsätzlich wird der BAG SAPV zugestimmt, da es gerade in der Palliativversorgung und insbesondere bei der Ziffer 24a darauf ankommt, dass ein persönlicher Kontakt zur Ärztin oder zum Arzt vorhanden ist und die Ärztin oder der Arzt sich persönlich ein Bild von der Situation macht. Mit Blick auf die Handhabbarkeit der Regelungen im Praxisalltag wurde jedoch bewusst darauf verzichtet, einen Positivkatalog an Leistungen zu erstellen, die im Rahmen einer Videosprechstunde verordnet werden können.</p>	Nein
88.	DGP	HKP-RL	<p>GKV-SV: Die Ausstellung einer Folgeverordnung nach einem diesbezüglich vorherigen telefonischen Kontakt zwischen der oder dem Versicherten sowie der Verordnerin oder dem Verordner ist <del>im Einzelfall</del> zulässig, wenn die Verordnerin oder der Verordner den aktuellen Gesundheitszustand der oder des Versicherten im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder aus einer Fernbehandlung erhoben hat und keine weitere Ermittlung verordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist.</p> <p>Hier bitten wir einzufügen: „<b>und sofern es mindestens 1x/Quartal einen persönlichen Kontakt zwischen Verordnerin/Verordner gibt</b>“</p> <p>Die Verordnerin/der Verordner muss sich in Abständen ein persönliches Bild von dem Versicherten/der Versicherten machen, um eine Verordnung auch durch Fernbehandlung valide ausstellen zu können</p>	<p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Das Wort „Einzelfall“ bringt zum Ausdruck, dass Ausstellungen von Folgeverordnungen nach einem Telefonat nicht der regelhafte Anwendungsfall sein sollen.</p>	Siehe lfd. Nummer 4



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
				Siehe im Übrigen lfd. Nummer 86 sowie Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	
89.	DHPV	<b>HKP-RL</b>	Der DHPV stimmt hier der Formulierung des GKV-SV zu.	<b>GKV-SV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme <b>KBV, DKG, PatV:</b> Kenntnisnahme Siehe Würdigung unter lfd. Nummer 4 und die daraus folgende Änderung am BE.	Siehe lfd. Nummer 4

g) **Stellungnahmen zu § 6 Absatz 1 Reha-RL**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschlussentwurf?
90.	BAR	<b>Reha-RL</b>	<p>Die vorgesehene Ergänzung der Richtlinie um neue Bestimmungen zur Ermöglichung von Verordnungen „in elektronischer Form“ – in Umsetzung des Digitale-Versorgung-Gesetz – und von Verordnungen „im Rahmen der Fernbehandlung“ sehen wir grundsätzlich sachgerecht.</p> <p>Sofern der Weg von Verordnungen von Leistungen in elektronischer Form bzw. im Rahmen der „Fernbehandlung“ (Videosprechstunde) gewählt werden sollte, halten wir es aber in sowohl partizipativer als auch datenschutzrechtlicher Hinsicht für entscheidend, hier noch zu ergänzen, dass auch bei einem solchen Verfahren dies die Zustimmung des/der Versicherten voraussetzt.</p> <p>Dementsprechend schlagen wir folgenden ergänzenden letzten Satz in § 6 (hier sowohl in Abs. 1 als auch Abs. 1a) Reha-RiLi vor:</p> <p><b>„Bei vorgesehener Nutzung der Möglichkeit der Verordnung im Rahmen einer Videosprechstunde bedarf es der Zustimmung des/der Versicherten.“</b></p>	<p>Kenntnisnahme Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt.</p> <p>Im Übrigen wird auf Würdigung in lfd. Nr. 8 verwiesen.</p>	Nein

h) Stellungnahmen, die nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Betroffene Richtlinie	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Änderung Beschluss-entwurf?
91.	AWO	<b>HKP-RL</b>	<p>Erweiterung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL um die Leistungen der Assistenz und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen</p> <p>Da nicht alle Haushalte von Pflegebedürftigen über das notwendige Equipment bzw. aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen über die Möglichkeiten verfügen, eine telemedizinische Leistung in Anspruch zu nehmen, ist aus unserer Sicht eine Ergänzung der HKP-Richtlinie um folgende Punkte erforderlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenz bei der Inanspruchnahme von telemedizinischen Diensten, insbesondere Videosprechstunden. Die Leistung umfasst u.a. die Assistenz zur Herstellung der technischen Verbindung.</li> <li>- Pflegefachliche Unterstützung des Versicherten während der Videosprechstunde und Umsetzung der aus der Konferenz resultierenden Maßnahmen vor Ort, z.B. Dokumentation der ärztlichen Verordnungen, z.B. Medikation.</li> </ul> <p>Dabei ist es wichtig hervorzuheben, dass weder ein Anspruch auf Fernbehandlung besteht, noch eine Verpflichtung zur Teilnahme seitens des Versicherten besteht. Es handelt sich um eine Alternative zur persönlichen Inaugenscheinnahme vor Ort in der Praxis des Arztes oder im Zusammenhang mit einem Hausbesuch. Des Weiteren darf durch die Möglichkeit der Fernbehandlung nicht das Recht des Versicherten auf einen Hausbesuch seines behandelnden (Haus-)Arztes beschnitten werden. Aus Sicht des AWO Bundesverbandes dürfen dem Versicherten keine Nachteile daraus erwachsen, wenn er die Technik nicht hat, nicht bedienen kann oder nicht nutzen will.</p> <p>Mit der Aufnahme der Leistung besteht für ambulante Pflegedienste die Möglichkeit, vergütungsrelevant eine neue Leistung Patient*innen anzubieten, um den kontinuierlichen ärztlichen Behandlungsplan – der nicht unmittelbar persönliche Vorstellungen erfordert – zu sichern.</p>	Siehe Würdigung in lfd. Nummer 5 und 68	Nein
92.	Diakonie	<b>HKP-RL</b>	<p><u>Vorab/Grundsätzliches:</u> Die Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung ist immer eine Entscheidung der verordnenden Vertragsärztin/des verordnenden Vertragsarztes.</p>	Kenntnisnahme. Siehe Würdigung in lfd. Nummer 5 und 68	Nein

			<p>Neben der Aufnahme der Möglichkeit der Verordnung im Rahmen einer ärztlichen Fernbehandlung ist nach Auffassung der Diakonie Deutschland auch eine Erweiterung des Leistungsverzeichnisses um die Leistung der Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen erforderlich.</p> <p>Vorab möchten wir darauf hinweisen, dass es im konkreten Fall und auch während des gesamten Behandlungsverlaufes immer Entscheidung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes bleibt, ob sie/er eine persönliche Konsultation für erforderlich hält oder den Einsatz audiovisueller Kommunikationstechnologien ermöglicht.</p> <p>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bzw. die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut kann eine Fernbehandlung nur vornehmen, wenn dies vertretbar ist. Die Prüfung liegt damit in der Verantwortung der Verordnerin bzw. des Verordners. Zu beachten ist, dass die technischen Voraussetzungen sowie die Nutzungskompetenzen für eine Videosprechstunde sowohl bei der Verordnerin oder dem Verordner als auch bei den Patientinnen und Patienten vorhanden sein müssen. (siehe Tragende Gründe, Seite 3, Spalte „KBV, DKG, PatV“)</p> <p>Wenn die Nutzungskompetenz für eine Fernbehandlung, insbesondere für eine Videosprechstunde nicht vorhanden ist, muss es auch die Möglichkeit geben, dass die Verordnerin bzw. der Verordner eine Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen verordnet.</p> <p>Wir schlagen deshalb die Erweiterung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL um die Leistung „Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen“ vor.</p>		
93.	Diakonie	<b>HKP-RL</b>	<p><u>Erweiterung des Leistungsverzeichnisses</u></p> <p>Die Diakonie Deutschland schlägt die Erweiterung des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie um die Leistung „Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen“ vor.</p> <p>Fernbehandlungen sind eine sinnvolle Ergänzung im ärztlichen Versorgungsgeschehen...Gerade die Zeit der Corona-Pandemie hat gezeigt, dass auch für die ambulante ärztliche Versorgung technische Möglichkeiten sinnvolle Ergänzungen bieten.</p> <p>Die Teilnahme des ambulanten Pflegedienstes an der Fernbehandlung erfordert eine ärztliche Verordnung zu „Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen.“ Dazu bedarf es der Erweiterung des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL, auch in Analogie zu den in den MBO-Ä sowie MBO-PT normierten Vorgaben.</p>	Siehe Würdigung in lfd. Nummer 5 und 68	Nein

			<p>Grundsätzliche Bedingung/Voraussetzung ist, dass der Patient und dessen Gesundheitszustand der behandelten Vertragsärztin/dem behandelnden Arzt bekannt sind. Dann kann aufgrund dieser Informationen eine Beurteilung zur Notwendigkeit eines persönlichen, fernmündlichen oder videogestützten Kontakts eingeschätzt werden und die ggf. erforderliche Notwendigkeit der Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen durch die ambulanten Pflegedienste verordnet werden.</p> <p>Im Rahmen der Verordnung kann die Begleitung und Unterstützung bei der ärztlichen Fernbehandlung (FB) sowohl per Videosprechstunde als auch per Telefon erfolgen.</p> <p>Hierbei wird auch das Ziel der Verbesserung der ärztlichen Begleitung und Therapien für den Patienten verfolgt. Ein persönliches Erscheinen kann deutlich reduziert werden. Die Anwendung moderner Techniken ermöglicht eine Entlastung des Patienten und seiner Angehörigen. Durch die Begleitung durch eine Pflegekraft, die den Patienten unterstützt, kann seine Teilnahme bei fehlenden oder reduzierten Nutzungskompetenzen ermöglicht und erleichtert werden. Der Aufwand für den behandelnden Arzt, den Pflegedienst, insbesondere für den Patienten und seine Angehörigen wird auf ein möglichst geringes Maß beschränkt. Gleichzeitig wird die medizinische Versorgung ressourcensparend sichergestellt.</p> <p>Jeder behandelnde Vertragsarzt kann dem Patienten die Fernbehandlung (FB) verordnen. Der Patient erhält so die Möglichkeit, gesundheitliche Fragen und Beschwerden mit dem behandelnden Arzt zu erörtern. Wird die Fernbehandlung durch eine Pflegekraft begleitet, zählt eine evtl. erforderliche Vor- und Nachbereitung zum Leistungsumfang.</p> <p>Zur Nachbereitung kann u. a. die Vereinbarung von Terminen, der Einbezug von weiteren Fachbereichen wie zum Beispiel Physiotherapie und die Besorgung von Medikamenten oder anderen zur Therapie erforderlichen Hilfsmitteln gehören.</p> <p>Die Leistung wird vom Pflegedienst dokumentiert.</p> <p>Die Leistung „Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Fernbehandlungen“ sollte unserer Ansicht nach die folgenden Punkte enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachliche Unterstützung des Versicherten während der Videosprechstunde/der Fernbehandlung und Umsetzung der aus der Konferenz resultierenden Maßnahmen vor Ort. Dokumentation der ärztlichen Anordnungen – z. B. Veränderung der Medikation.</li> <li>• Assistenz bei der Inanspruchnahme der Fernbehandlung, insbesondere bei Videosprechstunden. Die Leistung umfasst die Hilfe zur Herstellung der Verbindung, aber nicht die Zurverfügungstellung der notwendigen Technik oder Datenleitung.</li> </ul>		
--	--	--	---	--	--

			Zu beachten ist, dass die technischen Voraussetzungen sowie die Nutzungskompetenzen für eine Videosprechstunde sowohl bei der Verordnerin oder beim Verordner, bei den Patientinnen und Patienten als auch beim ambulanten Pflegedienst vorhanden sein müssen.		
94.	DHPV	<b>HKP-RL</b>	<p>Die Verordnung von Leistungen nach Nr. 24a des Leistungsverzeichnisses (Symptomkontrolle) sind nicht im Rahmen einer Fernbehandlung/Videosprechstunde möglich.</p> <p>Der DHPV ist der Auffassung, dass Erst- und Folgeverordnungen der Leistungen nach Nr. 24a (Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Patienten) nicht im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen sollte. Diese Leistung setzt eine persönlich vorzunehmende Einschätzung der Symptomlage und deren weiterer Entwicklung voraus. Da die Symptomlage sich rasch verändern kann, ist auch bei einer Folgeverordnung die persönlich vorzunehmende Einschätzung erforderlich. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob weitergehende Hilfen (z.B. ambulante Hospizarbeit) erforderlich ist und ob insbesondere ein Rechtsanspruch auf SAPV gegeben ist, dem mit einer SAPV-Verordnung Rechnung zu tragen ist. Hierzu gehört auch das Gespräch mit dem Versicherten (Aufklärung und Einwilligung des Versicherten, Rückseite von Muster 63).</p>	Siehe Würdigung in lfd. Nummer 5 und 68	Nein
95.	BV Geriatrie	<b>Reha-RL</b>	<p>Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt die nahezu wortidentischen Positionen von KBV, DKG, Patientenvertretern und GKV-SV hinsichtlich der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 15 Reha-RL und der Feststellung, dass einige der darin geforderten Funktionstests „ausschließlich im unmittelbar persönlichen Kontakt (Präsenzbehandlung) durchführbar“ sind und die diesen Positionen zugrundeliegenden Vorbehalte gegenüber der Fernbehandlung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten.</p> <p>Für die Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 15 Reha-RL hat die Durchführung geriatriespezifischer und auf typische Einschränkungen und Beeinträchtigungen geriatrischer Patientinnen und Patienten fokussierender Funktionstests grundsätzliche und rehabilitationsbegründende Bedeutung.</p> <p>Diese Funktionstests sind einschlägig und dienen dem Nachweis der aus den rehabilitationsbegründenden, weiteren rehabilitationsrelevanten oder geriatrietypischen Diagnosen resultierenden Schädigungen. Durch Anwendung dieser Abschätzungsinstrumente werden neben der Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation auch die weiterhin erforderlichen Indikationskriterien (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziele und positive Rehabilitationsprognose) aufgezeigt.</p>	Zustimmende Kenntnisnahme zu den inhaltlichen Ausführungen in der Stellungnahme.	Nein

			<p>Dabei sind funktionelle Tests und Assessmentverfahren, die in der Geriatrie Anwendung finden, seit Jahren etabliert, evaluiert und auf motorisch-funktionelle wie auch kognitive Einschränkungen und Erkrankungen sowie die geriatritypische Multimorbidität und damit einhergehende Diagnosen der Patientinnen und Patienten abgestimmt. Die in Anlage II der Rehabilitations-Richtlinie aufgeführten geeigneten Funktionstests für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation nach der Systematik der ICF-Kapitel belegen die Bedeutung dieser Funktionstests. Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. muss die Durchführung von Funktionstests im Zuge einer Fernbehandlung bei multimorbiden geriatrischen Patientinnen und Patienten an deren kognitive und funktionelle Fähigkeiten entsprechend angepasst sein.</p>		
96.	BV Geriatrie	<b>Reha-RL</b>	<p>Zugleich weist der Bundesverband Geriatrie e.V. darauf hin, dass die Formulierung „einige dieser Funktionstests“ zu unspezifisch ist und Konkretisierungen bedarf.</p> <p>Der im Zuge der Umsetzung des Intensivpflege und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) unlängst neu formulierte § 15 der Rehabilitations-Richtlinie verlangt das Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatritypischen Diagnosen.</p> <p>Anlage II Funktionstests im Rahmen der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation im Muster 6 der Reha-RL definiert vier Schädigungsbereiche (Mentale Funktionen, Sinnesfunktionen und Schmerz, Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems und Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen), denen grundverschiedene Diagnosen und Einschränkungen zugrunde liegen können.</p> <p>Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. sind die aufgeführten Schädigungsbereiche wie auch die diesen zugeordneten Funktionstests grundsätzlich nicht geeignet, im Zuge der Fernbehandlung bei multimorbiden geriatrischen Patientinnen und Patienten durchgeführt zu werden. Vorstellbar ist aus Sicht des Verbandes allenfalls die Durchführung der Funktionstests zum Schädigungsbereich „Mentale Funktionen“ in Form einer Fernbehandlung mit visuellem Kontakt.</p>	<p>Zustimmende Kenntnisnahme zu den inhaltlichen Ausführungen in der Stellungnahme.</p> <p>GKV-SV nimmt Konkretisierung in ihrer Position in den Tragenden Gründen zur Änderung der Reha-RL vor.</p>	Nein
97.	BV Geriatrie	<b>Reha-RL</b>	<p>Aus der nach Anlage II der Reha-RL erforderlichen Kombination von mindestens zwei Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen folgt daher, dass diese obligatorische Verknüpfung von Funktionstest der Option zur Fernbehandlung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten widerspricht.</p>	<p>Zustimmende Kenntnisnahme zu den inhaltlichen Ausführungen in der Stellungnahme.</p>	Nein

			<p>Für die gemäß § 15 Absatz 2 durchzuführenden Funktionstests gilt laut Anlage II der Reha-RL, dass die aus den Diagnosen resultierenden Schädigungen mit mindestens zwei Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen sind.</p> <p>Daraus folgt aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V., dass der Arzt-Patienten-Kontakt zur Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 15 der Reha-RL ohnehin in Form einer Präsenzbehandlung stattfinden muss. Sind die ausschließlich telefonische Abklärung medizinischer Einzelfragen bei regelmäßigem persönlichen Kontakt zwischen Arzt und geriatrischem Patienten und die Durchführung der Funktionstests zum Schädigungsbereich „Mentale Funktionen“ in Form eines mittelbaren visuellen Kontaktes noch vorstellbar, so gilt dies nicht für die Durchführung der Funktionstests der anderen drei Schädigungsbereiche. Daraus folgt, dass eine Präsenzbehandlung für die Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 15 Reha-RL unumgänglich ist.</p> <p>Mit Blick auf die praktische Umsetzung der Funktionstests kommt hinzu, dass vom Vertragsarzt laut Anlage II der Reha-RL diejenigen Funktionstests gewählt werden sollen, die die Schädigungen medizinisch am besten abbilden. Eine dahingehende Wahlfreiheit des Vertragsarztes, diejenigen Funktionstests auszuwählen, deren praktische Anwendbarkeit im Zuge eines digitalen Kontaktes möglich oder begünstigt ist, ist somit nicht vorgesehen.</p>		
98.	BV Geriatrie	<b>Reha-RL</b>	<p>Der Bundesverband Geriatrie e.V. stimmt der Position des GKV-SV ausdrücklich zu, dass es nicht möglich ist „diese Funktionstests über ausschließlich auditive Telefonkontakte zu erheben.“</p> <p>Insbesondere auditive Telefonkontakte ohne visuellen Kontakt sind nicht geeignet, die in der Anlage II der Rehabilitations-Richtlinie aufgeführten Funktionstests für multimorbide geriatrische Patientinnen und Patienten sachgerecht und im Patientensinne durchzuführen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG, PatV, KBV:</b> Kenntnisnahme.</p>	Nein

[...]

## B-6.2 Darstellung der aufgrund der Stellungnahmen vorgenommenen Änderungen

Im nachfolgenden Dokument sind in blauer Farbe die Änderungen im Beschlussentwurf dargestellt, die sich aufgrund der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen ergeben haben.

Stand: 03.01.2023



# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im

GKV-SV   KBV   DKG	PatV
Rahmen der <del>ärztlichen</del> Fernbehandlung	Zusammenhang mit einer Videosprechstunde

Vom 19. Januar 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2023 beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie in der Fassung 20. Januar 2011/19. Mai 2011 (BAnz. S. 2247), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom TT. Monat Jahr (BAnz AT TT.MM.JJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. ~~In § 2a Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.~~

2. Nach § 3 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„<sup>1</sup>Die nach § 3 erforderlichen Feststellungen sind

GKV-SV   KBV   DKG	PatV
	, soweit diese nicht schon aus der laufenden Behandlung bekannt sind,

im Rahmen einer unmittelbar persönlichen oder mittelbar persönlichen Konsultation möglich. <sup>2</sup>Eine Verordnung kann mittelbar persönliche Konsultation kann nur per im Rahmen der ~~{DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde}~~ erfolgen. <sup>3</sup>Die mittelbar persönliche Konsultation ist zulässig, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.

GKV-SV   KBV   DKG	DKG, PatV
<sup>2</sup> Voraussetzung hierfür ist	
<sup>4</sup> Dies	<sup>4</sup> Eine Verordnung im Zusammenhang mit einer Videosprechstunde
setzt insbesondere voraus, dass	
1. die oder der Versicherte <del>{GKV-SV, KBV:}</del> und die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit <del>der</del> Verordnerin oder dem	



GKV-SV   KBV   DKG	DKG, PatV
Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt sind <del>{GKV-SV, KBV: sind und dass}</del>	
,	und
2. die Erkrankung	
eine Verordnung im Rahmen der <del>{KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde}</del>	<del>ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat und dass die Erkrankung eine Verordnung</del>  die erforderlichen Feststellungen (nach § 3) im <del>Rahmen</del> Zusammenhang mit einer <del>der</del> Fernbehandlung Videosprechstunde
nicht ausschließt	
und	.
3. es sich nicht um eine erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall handelt.	
<del>{GKV-SV, KBV: <sup>3</sup>Die erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall kann nicht unmittelbar persönlich im Rahmen einer {GKV-SV: Videosprechstunde/KBV: Fernbehandlung} erfolgen.}</del>	
	<sup>5</sup> Von einer unmittelbaren persönlichen Bekanntheit der aktuell verordnungsrelevanten Diagnose sowie der Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kann im Einzelfall dann abgesehen werden, wenn die Voraussetzungen für eine Verordnung hinreichend geprüft werden können.

<sup>53/4</sup>{GKV-SV, KBV, DKG: Sofern der Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der ~~{DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde}~~ nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der ~~{DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde}~~ abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen.} <sup>4/56</sup>Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der ~~{DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde}~~ über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung ~~[PatV: im Zusammenhang mit einer Videosprechstunde auch]~~ zum Zweck der Verordnung ~~[GKV-SV, KBV DKG: im Rahmen der /~~

PatV: Zusammenhang mit einer] [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] aufzuklären.<sup>5/6/7</sup> Ein Anspruch auf die Verordnung im [GKV-SV, KBV, DKG: Rahmen der / PatV: Zusammenhang mit einer] [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] besteht nicht.

GKV-SV   KBV   DKG	PatV
<del>[GKV-SV: 87]</del> Die Ausstellung von	
weiteren Verordnungen gemäß § 6a Absatz 2 Satz 1	Verordnungen
nach einem vorherigen	
telefonischen	<del>telefonischen</del>
<del>Arzt-Patienten</del> -Kontakt zwischen der Verordnerin oder dem Verordner und der oder dem Versicherten	
	per Telefon oder anderen Kommunikationsmedien
ist <del>abweichend von Satz 2</del>	
ausnahmsweise	<del>ausnahmsweise</del>
zulässig, wenn die Verordnerin oder der Verordner den aktuellen Gesundheitszustand bereits im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung verordnungsrelevanter Informationen	
	nach dieser Richtlinie
erforderlich ist.“	

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 19. Januar 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**B-7 Mündliche Stellungnahmen**

**B-7.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten**

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 24. August 2022 eingeladen. Die Anhörung wurde gleichzeitig für die Änderung der Heilmittel-Richtlinie, der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie sowie der Rehabilitations-Richtlinie durchgeführt.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 24. August 2022 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs)	Frau Kirsten Weiffen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.	Frau Bettina Simon	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	Herr Martin Schotte	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Frau Frauke Kern	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaforst-Andersen e.V. (dba)	Frau Marion Malzahn	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
LOGO Deutschland e.V. Selbstständige in der Logopädie	Frau Diethild Remmert	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Frau Christiane Sautter-Müller	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.	Herr Volker Brünger	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

**Frage 1: Anstellungsverhältnisse**

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

**Frage 2: Beratungsverhältnisse**

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

**Frage 3: Honorare**

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

**Frage 4: Drittmittel**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

**Frage 5: Sonstige Unterstützung**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

### **Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile**

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

### **B-7.2 Mündliche Stellungnahmen**

# **Wortprotokoll**



## **einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Häusliche Krankenpflege- Richtlinie, der Heilmittel-Richtlinie sowie der Rehabilitations-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung**

vom 24. August 2022

<b>Vorsitzende:</b>	Frau Dr. Lelgemann
<b>Beginn:</b>	10:43 Uhr
<b>Ende:</b>	11:20 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

**Teilnehmer der Anhörung**

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)  
Herr Dr. Oliver Stegemann

Deutscher Caritasverband e.V. (Caritas):  
Frau Nora Roßner

Diakonie Deutschland e.V. (Diakonie):  
Frau Erika Stempfle

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP):  
Herr Dr. Ulrich Grabenhorst

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):  
Herr Dr. Thomas Stähler

Deutsche Rentenversicherung Bund:  
Herr Christoph Gensch

Kneipp-Bund e.V.:  
Herr Dr. Hans-Georg Eisenlauer  
Frau Caroline Geiser

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs)  
Frau Kirsten Weiffen

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV):  
Frau Bettina Simon

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl):  
Herr Martin Schotte  
Frau Frauke Kern

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung  
Schlafforst-Andersen e. V. (dba):  
Frau Marion Malzahn

LOGO Deutschland e. V.:  
Frau Diethild Remmert  
Frau Christiane Sautter-Müller

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED):  
Herr Volker Brünger

Beginn der Anhörung: 10:43 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmerinnen/Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Vorsitzende Frau Dr. Leigemann:** Ich begrüße Sie hier beim Unterausschusses Veranlasste Leistungen. Es geht um unsere Änderungen in der HKP-Richtlinie, Heilmittel-Richtlinie und Reha-Richtlinie, und wir haben eine große Zahl angemeldeter Teilnehmer an unserer mündlichen Anhörung. Ich stelle nun die Anwesenheit der angemeldeten Teilnehmer fest. – Frau Fix hat sich abgemeldet. Alle anderen sind anwesend. – Herr Dr. Grabenhorst? – Er kann uns nicht hören.

Wir haben heute Morgen hier eine umfangreiche Anhörung, zu der ich Sie herzlich begrüßen möchte, und zwar haben wir drei Richtlinien im Zuständigkeitsbereich des Unterausschusses Veranlasste Leistungen, und es geht jeweils um Verordnungen im Rahmen von ärztlicher Fernbehandlung/Videosprechstunde, und zwar für die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, für die Rehabilitations-Richtlinie und die Heilmittel-Richtlinie.

Für die Heilmittel-Richtlinie haben wir darüber hinaus die Besonderheit, dass es noch um weitere Änderungen geht.

Ich würde zur Organisation der Anhörung vorschlagen und das auch so moderieren wollen, dass wir uns zunächst für alle drei Richtlinien auf den Bereich der Fernbehandlung/Videobehandlung konzentrieren und ich Sie dann in einer weiteren Runde noch zu den weiteren Änderungen der Heilmittel-Richtlinie fragen werde. Ich glaube, das ist für unsere eigene Sortierung hier hilfreich, wenn wir so verfahren.

Mir ist berichtet worden, dass alle AGs einverstanden sind, dass wir ansonsten, weil alles doch weitgehend vergleichbar ist, diese Anhörung gemeinsam durchführen, sodass ich jetzt auch nicht zwischen den einzelnen Richtlinien trennen werde, um es nicht noch komplizierter zu machen. Sind damit alle einverstanden? – Gut. Vielen Dank dafür.

Dann noch der kurze technische Hinweis: Ich bitte Sie alle, Ihre Mikrofone auszuschalten, wenn Sie nicht sprechen.

Unsere zugeschalteten Teilnehmer der Anhörung bitte ich, wenn Sie eine Wortmeldung haben, mir dies im Chat zur Kenntnis zu geben, weil ich Sie nicht alle auf einem Bildschirm sehen kann respektive das so klein ist, dass ich das nicht erkennen kann. Dann habe ich Sie hier auf der Rednerliste.

Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass wir von dieser Anhörung eine Aufzeichnung erstellen, um hinterher ein Wortprotokoll zu erzeugen, welches dann auch Bestandteil der sogenannten Zusammenfassenden Dokumentation wird und damit auch öffentlich zur Verfügung steht.

Dann bleibt mir nur noch, mich zu bedanken, dass Sie erstens Stellungnahmen abgegeben haben und zweitens heute von der Möglichkeit Gebrauch machen, hier an der mündlichen Anhörung teilzunehmen.

Sie wissen – die meisten von Ihnen haben ja schon an solchen Anhörungen teilgenommen: Wir kennen Ihre Stellungnahmen. Wir haben sie gelesen und ausgewertet. Von daher – salopp gesprochen, in der Kürze liegt die Würze: Beschränken Sie sich bitte auf die wesentlichen Punkte! – Dann können wir anfangen, und ich tue das gemäß der mir vorliegenden Liste.

Ich beginne mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, mit Herrn Dr. Stegmann. Bitte, Sie haben das Wort.

**Herr Dr. Stegemann (bpa):** Danke schön. – Von meiner Seite kann ich das sehr kurz machen, weil ich in dem Bezug auf die Stellungnahme verweise und da jetzt auch nichts wiederholen möchte. Insofern habe ich jetzt nichts zusätzlich mündlich einzubringen.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Ganz herzlichen Dank. – Dann gebe ich weiter an Frau Roßner vom Deutschen Caritasverband.

**Frau Roßner (Caritas):** Vielen Dank. – Ich kann es ähnlich kurz machen wie Herr Stegemann. Wir haben zur HKP-Richtlinie und zur Reha-Richtlinie Stellungnahmen abgegeben, und ich denke, alles Wesentliche steht in den Stellungnahmen. Ich müsste das jetzt nicht wiederholen. – Danke.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank, Frau Roßner. – Dann Frau Stempfle, Diakonie Deutschland.

**Frau Stempfle (Diakonie):** Ich traue mich trotzdem, jetzt etwas aus der Stellungnahme vorzustellen. Wir haben einerseits Stellung zur Verordnung im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung bezogen, denken aber, dass, wenn diese ärztliche Fernbehandlung wirksam werden soll, es auch gegebenenfalls eine Unterstützung der Patientinnen und Patienten geben muss, und schlagen eine Erweiterung des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie um Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei der ärztlichen Fernbehandlung vor. Das will ich hier einbringen.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank, Frau Stempfle. – Dann versuche ich es noch einmal mit Herrn Dr. Grabenhorst für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. – Wir können Sie nun hören! Sie haben das Wort.

**Herr Dr. Grabenhorst (DGP):** Ich möchte es auch in zwei Sätzen zusammenfassen: Bei der persönlichen Kenntnis über den Menschen, bei dem man die Fernbehandlung macht, würden wir ergänzen wollen, dass auch ein persönlicher Kontakt durch einen Behandler aus der gleichen Berufsausübungsgemeinschaft reichen müsste. Denn in einer Gemeinschaftspraxis – der eine kennt ihn, der andere ist gerade im Urlaub oder krank und deswegen weg – wäre es einfach hilfreich.

Das Zweite ist, dass wir schon für die Fernbehandlung plädieren würden, denn viele der älteren Menschen haben doch erhebliche Schwierigkeiten, ein Videotelefonat zu führen. Häufig ist es so, dass Mitarbeiterinnen dann am Telefon erklären, wo man überall draufdrücken muss, damit das Videotelefonat klappt. Deswegen ist das Telefon schon wichtig. Nichtsdestotrotz würden wir sagen, dass einmal im Quartal ein persönlicher Vis-à-vis-Kontakt notwendig wäre, um im Bedarfsfall auch die Fernbehandlung in einer angemessenen Zeit umsetzen zu können.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank, Herr Dr. Grabenhorst. – Dann übergebe ich an Herrn Dr. Stähler von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

**Herr Dr. Stähler (BAR):** Auch ich kann mich kurz fassen: Uns allen ist klar, es gilt der Grundsatz „Der Mensch im Mittelpunkt!“. Insofern haben wir in unserer Stellungnahme – bei grundsätzlicher Begrüßung des Ansatzes, das Digitale-Versorgungs-Gesetz in der Form zur Reha-Richtlinie, die ja von uns kommentiert worden ist, umzusetzen - darauf hingewiesen, dass es hierbei aber auch immer entscheidend ist, dass man auf die Zustimmung des respektive der Versicherten achtet. Insofern haben wir hierzu in zweierlei Hinsicht partizipativ erst einmal das Stichwort und zum Zweiten in datenschutzrechtlicher Hinsicht einen Vorschlag unterbreitet, der Ihnen ja vorliegt.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank, Herr Stähler. – Dann wäre ich beim Kneipp-Bund e. V. Herr Dr. Eisenlauer oder Frau Geiser.

**Herr Dr. Eisenlauer (Kneipp-Bund e.V.):** Es liegt keine weitere Stellungnahme vor. – Danke schön.



**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Wir haben Sie nicht gehört; irgendwie hat das nicht geklappt. Herr Eisenlauer oder Frau Geiser, können Sie uns hören?

**Frau Geiser (Kneipp-Bund e.V.):** Ich übernehme mal das Wort, Entschuldigung, Frau Dr. Lelgemann.

Wir haben auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet und hören uns hier heute die einzelnen Positionen sehr interessiert an und werden das dann auch unseren Mitgliedern entsprechend weitervermitteln.

Als Verband haben wir keine Stellungnahme abgegeben.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Okay – ganz neue Variante. – Dann der Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie. Frau Weiffen.

**Frau Weiffen (dbs):** Von unserer Seite ganz kurz zwei Punkte, die uns sehr wichtig sind: Das eine ist die Möglichkeit der Verordnung auch nach einem telefonischen Kontakt. Das ist für uns ein sehr wichtiger Punkt gerade in der Versorgung von Menschen in Alten- und Pflegeeinrichtungen, wo es oftmals schwierig ist, rechtzeitig eine Anschlussverordnung zu erhalten. Dort wäre es sehr hilfreich, wenn im Einzelfall auch eine Verordnungsmöglichkeit nach telefonischer Kontaktaufnahme denkbar wäre, wenn es der Situation angemessen erscheint.

Der zweite Punkt, der uns für die Versorgungssicherheit auch sehr wichtig ist, ist eine Klarstellung bzw. auch eine Festlegung – gerade in der Diagnoseliste soll ja die Spezifikation nicht mehr bindend sein –, dass hier auch klar ist, welche Spezifikationen gemeint sind. Und hier sind es gerade die Alterseinschränkungen, die oftmals zu Schwierigkeiten führen. Beispielsweise in der dysphagischen Patientenversorgung ist hier die feste Grenze von 70 Jahren angegeben. Die ist festgezurr. Wenn die entfallen würde, wäre das sehr hilfreich. Das ergibt sich aus dem Richtlinientext bisher nicht eindeutig.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Gut. Das war aber jetzt zu dem anderen Teil, wo ich ja gesagt hatte, das machen wir nachher. Die Mitarbeiterinnen sind gestern schon in der Vorbesprechung mit mir verzweifelt: Ich schaffe das intellektuell sonst nicht.

**Frau Weiffen (dbs):** Entschuldigen Sie bitte! Ich hatte das auf die weitere Anhörung am heutigen Tage bezogen. Ich nehme das dann zurück.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Wir machen jetzt erst einmal Fernbehandlung und Videotherapie, und dann machen wir den Rest. Ich hoffe, das ist in Ordnung?

**Frau Weiffen (dbs):** Selbstverständlich. Danke.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Prima. – Dann bin ich jetzt, wenn ich das richtig sehe, beim Spitzenverband der Heilmittelverbände. Frau Simon!

**Frau Simon (SHV):** Vielen Dank. – Wir hatten eine Stellungnahme eingereicht, und ich würde zur Fernbehandlung bzw. zur Videosprechstunde gern noch etwas erläutern. Im Grunde gab es dazu schon einige Argumente, nämlich zum einen, dass wir davon ausgehen, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten so gut persönlich kennen, dass sie entscheiden können, ob es auch ohne eine Videosprechstunde eine Fernbehandlung geben kann, also in dem Sinne eine digitale Übertragung zum Beispiel auch über ein Telefonat.

Zweitens möchten wir darauf hinweisen, dass es sich da meist um Patientinnen und Patienten handelt, die nicht so mobil sind, die deswegen nicht in der Praxis erscheinen, aber eventuell auch nicht über die Medienkompetenz oder auch die Ausstattung in Hardware verfügen. Aber ein Festnetztelefon hat in der Regel jeder. Daher plädieren wir dafür, dass die Formulierung „Fernbehandlung“ benutzt wird.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank. Vielen Dank auch für die sehr präzise Stellungnahme, Frau Simon. – Dann würde ich jetzt weitergeben an den Deutschen Bundesverband für Logopädie, Herr Schotte oder/und Frau Kern.

**Herr Schotte (dbl):** Der dbl hat der schriftlichen Stellungnahme nichts hinzuzufügen. – Danke.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank. – Dann gehe ich davon aus, dass Sie auch keine Ergänzungen haben, Frau Kern?

**Frau Kern (dbl):** Nein, wir haben an der Stelle keine Ergänzungen.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Okay, herzlichen Dank. – Dann übergebe ich an Frau Malzahn für den Bundesverband Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen.

**Frau Malzahn (dba):** Vielleicht noch fürs Protokoll: Die korrekte Bezeichnung ist Deutscher Bundesverband **der** Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen – nicht „für“.

Wir haben unserer Stellungnahme nichts hinzuzufügen, weil wir keine neuen Erkenntnisse seitdem haben.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank. Auch hier werden wir uns natürlich bemühen, das in Zukunft korrekt aufzuschreiben. Vielen Dank, Frau Malzahn.

Dann gebe ich weiter an Frau Remmert oder Frau Sautter-Müller für LOGO Deutschland e. V.

**Frau Sautter-Müller (LOGO Deutschland e. V.):** Für den Bereich der ärztlichen Fernbehandlung haben wir tatsächlich keine Stellungnahme abgegeben.

Ich würde mich aber den Ausführungen des SHV vollinhaltlich anschließen. Eigene Stellungnahmen haben wir erst im Bereich der Heilmittel-Richtlinie. – Danke schön.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank. Ich sage gleich noch etwas zu den diversen Stellungnahmen.

Dann für den Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. Herr Brünger. Haben Sie eine Stellungnahme zur Fernbehandlung respektive Videotherapie/-behandlung abgegeben?

**Herr Brünger (BED):** Ja, wir haben eine Stellungnahme abgegeben. Auf die verweise ich auch und habe keine weiteren Anmerkungen.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Okay, ganz herzlichen Dank.

Dann wollte ich eine Klarstellung bringen. Wir waren ja alle etwas irritiert und haben uns gefragt: Geht das überhaupt, weil im Namen des Kneipp-Bundes Herr Dr. Eisenlauer bzw. Frau Geiser gesagt haben, dass sie keine Stellungnahme abgegeben haben. Das ist teilkorrekt, würde ich sagen. Es ist eine Stellungnahme von Ihnen eingegangen, die die Aussage beinhaltete, Sie hätten keine Einwände. Das lässt uns natürlich bei einem dissidenten Beschlussentwurf, den wir vorgelegt haben, mit gewissen Rätseln zurück. Aber damit Rechtssicherheit herrscht und hier keine Beunruhigung entsteht: Von daher sind Sie berechtigt, an dieser mündlichen Anhörung teilzunehmen.

Nun hatten alle Teilnehmenden das Wort.

**Herr Gensch (Deutsche Rentenversicherung Bund):** Entschuldigung, Sie hatten die Deutsche Rentenversicherung noch nicht aufgerufen. – Nur der Form halber. Wir hatten ja die Stellungnahme zur Fernbehandlung abgegeben, und darauf würde ich Bezug nehmen.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Oh, Entschuldigung, Herr Gensch. Alles klar, vielen Dank.

**Herr Gensch (Deutsche Rentenversicherung Bund):** Ich nehme sowieso auf die Stellungnahme Bezug.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Okay. – Habe ich sonst jemanden übersehen? – Das scheint nicht der Fall zu sein. Das war ja alles sehr kurz, da Sie sich immer auf Ihre Stellungnahmen bezogen haben. Deshalb jetzt die Frage an die Mitglieder des Unterausschusses, ob es Fragen an die zugeschalteten Teilnehmerinnen und Teilnehmer gibt. – Ja. die Patientenvertretung („PatV“).

**PatV.:** Vielen Dank. – Ich habe eine Frage an Frau Roßner vom Deutschen Caritasverband. Sie hatten sich in Ihrer Eingangsstellungnahme sehr knapp gefasst, deshalb die Nachfrage: Für den Fall, dass ein Patient dem Arzt bekannt ist, der Arzt den Patienten aber länger nicht gesehen hat, dann aber zum Beispiel einen Entlassbrief im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus vorliegt oder eine fachärztliche Behandlung mit einem Arztbericht, einem Arztbrief: Welche grundsätzliche Position vertreten Sie dort? Dass nur die Videosprechstunde möglich ist oder auch die telefonische Behandlung – und vor allen Dingen auch, wenn der Arzt den Patienten länger nicht gesehen hat?

**Frau Roßner (Caritas):** Darf ich direkt darauf antworten? – Wir vertreten grundsätzlich die Position, dass es Entscheidung des behandelnden Arztes bzw. der Ärztin sein muss, wie in diesem Fall verfahren wird.

Ich denke, es ist immer eine Einzelfallentscheidung. Es hängt also auch davon ab: Wie ist die allgemeine Versorgungssituation? Es kann ja auch sein, dass jemand chronisch erkrankt ist, immer wieder Krankenhausaufenthalte hat, sich an den Verordnungen aber grundsätzlich nichts ändert.

Ich weiß nicht, ob ich Ihre Frage jetzt richtig verstanden habe: Video- und/oder telefonischer Kontakt? Oder nur Videokontakt in dem Fall? Oder ging es Ihnen darum – das wäre jetzt die dritte Frage –, dass dann eine persönliche Vorstellung erfolgen sollte?

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Ich gebe der PatV die Möglichkeit zur Klarstellung.

**PatV.:** Uns interessiert Ihre Haltung, ob es nur Video sein darf oder ob auch Telefon möglich ist.

**Frau Roßner (Caritas):** Natürlich ist auch Telefon möglich. Das ist das, was ich eingangs sagte: Es ist eine Einzelfallentscheidung. Der Arzt kann entscheiden, ob aus seiner Sicht eine persönliche Konsultation erforderlich ist, ob Video möglich ist oder ob Telefon möglich ist. Aber das ist, wie gesagt, im einzelnen Fall dann zu entscheiden.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank. – PatV, Frage ausreichend beantwortet?

**PatV.:** Vielen Dank.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Okay. – Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Das ist nicht der Fall, sodass wir jetzt zu dem zweiten Teil kommen, und zwar gibt es einige zusätzliche Änderungen bei der Heilmittel-Richtlinie.

Jetzt sind gefragt, wenn ich es richtig sehe, Frau Weiffen für den Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie, Frau Simon für den Spitzenverband der Heilmittelverbände, Herr Schotte bzw. Frau Kern für den Deutschen Bundesverband für Logopädie, Frau Malzahn für den Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-innen sowie Frau Remmert bzw. Frau Sautter-Müller für LOGO Deutschland e. V. und Herr Brünner für den Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland.

Ich beginne mit dem Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie, Frau Weiffen.

**Frau Weiffen (dbs):** Entschuldigung, ich bin da vorhin vorgeprescht; ich hatte das missverstanden. Aber gern möchte ich die beiden Punkte, die uns hier besonders wichtig sind, kurz hervorheben:

Das ist einmal die Verordnungsmöglichkeit ausnahmsweise auch nach einem telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt, der im Entwurf als Option vorgeschlagen ist. Das halten wir für eine sehr wichtige Möglichkeit gerade in der Versorgung von Patienten in Pflege- und Altenheimen, wo es oft sehr schwierig ist, eine zeitnahe und fristgerechte Anschlussverordnung zu bekommen, insbesondere durch die starren Fristen der Heilmittel-Richtlinie, die ja den Beginn einer Therapie nach 28 Tagen festzurren. Ein späterer Behandlungsbeginn, der eingetragen werden kann, wie es früher der Fall war, ist nicht mehr möglich. Daher ist es oftmals schwierig, dass nahtlos die Versorgung stattfinden kann. Von daher würden wir es sehr begrüßen, wenn es hier auch in Ausnahmefällen, wenn es der Arzt für sinnvoll erachtet, eine Verordnung auch nach telefonischem Kontakt möglich sein soll.

Der zweite Punkt, der uns sehr wichtig ist, ist, dass die Diagnoseliste ja angepasst werden soll, und zwar, dass die Kriterien und Spezifikationen, die die Diagnoseliste enthält, nicht mehr als bindend angesehen werden. Es geht jetzt zum einen darum, ein Jahr nach Akutereignis, beispielsweise nach einem Schlaganfall, was entfallen soll, aber auch die Altersvorgaben, die gerade bei Schluckpatienten dort enthalten sind. Hier ist zum einen im Verordnungstext selbst nicht ganz klar, was entfallen soll. Es ist ganz wichtig, dass das für alle eindeutig ist, damit es keine Missverständnisse gibt.

Auf der anderen Seite wäre es uns auch sehr wichtig, dass diese Altersangaben als nicht bindend angesehen werden – weil gerade die feste Altersvorgabe 70 Jahre bei Schluckpatienten, Dysphagiepatienten oftmals willkürlich erscheint und auch nicht hilfreich in der Patientenversorgung ist. Wir würden uns wünschen, dass das als nicht bindend angesehen würde.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank, Frau Weiffen. – Dann übergebe ich an den Spitzenverband der Heilmittelverbände, Frau Simon.

**Frau Simon (SHV):** Vielen Dank. – Was ich vorhin im Grunde auch schon gesagt hatte zur Fernbehandlung bzw. Videosprechstunde, ist jetzt im Grunde noch einmal zu wiederholen. Wir sehen es so, dass, wenn die Ärzte ihre – –

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Nein, nein, ich will das für alle eben klarstellen: Es ist nicht nötig, das für diese Richtlinie jetzt zu wiederholen. Es geht uns jetzt um die weiteren Änderungen in der Heilmittel-Richtlinie und Ihre Kommentare dazu. Das andere haben wir natürlich sehr wohl zur Kenntnis genommen. Entschuldigen Sie den Hinweis.

**Frau Simon (SHV):** Gut. Dann ist unserer Stellungnahme nichts hinzuzufügen.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank. – Dann übergebe ich an den Deutschen Bundesverband für Logopädie, Herrn Schotte oder Frau Kern, und es geht um die weiteren Änderungen in der Heilmittel-Richtlinie.

**Herr Schotte (dbl):** Uns, dem dbl, geht es primär um die weitere Klarstellung in der Heilmittel-Richtlinie. Das haben wir ja dazu auch schon ausgeführt. Insofern kann ich mich auch durchaus den Ausführungen von Frau Weiffen anschließen.

Auch das Thema Altersbeschränkungen sollte Gegenstand der Änderung der Heilmittel-Richtlinie sein, und insbesondere klarstellende Fragen zum Thema Zeitpunkt der Altersbestimmung. Auch dazu hatte ich ja schon etwas in der Stellungnahme ausgeführt und möchte dem jetzt nichts hinzufügen.

Auch im Hinblick auf den § 12 hatten wir ja einen alternativen Formulierungsvorschlag unterbreitet. Ich möchte diesen auch noch einmal herausstellen, da wir der Ansicht sind, dass die

bestehende Formulierung hier keine hinreichende Klarheit bringt im Hinblick auf § 12 Satz 1. – Das war es eigentlich schon, was ich dazu ergänzen wollte.

**Vorsitzende Frau Dr. Leigemann:** Vielen Dank, Herr Schotte. – Dann übergebe ich an Frau Malzahn, Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen.

**Frau Malzahn (dba):** Vielen Dank. Unserer Stellungnahme und dem, was bis jetzt gesagt wurde, ist nichts hinzuzufügen. – Danke.

**Vorsitzende Frau Dr. Leigemann:** Okay, vielen Dank, Frau Malzahn. – Dann hat Frau Remmert bzw. hat Frau Sautter-Müller die Chance einer Ergänzung für LOGO Deutschland e. V.

**Frau Sautter-Müller (LOGO Deutschland e. V.):** Wie Sie lesen konnten, haben wir uns vor allem mit § 7 beschäftigt, weil die Altersgrenzen und auch das Akutereignis Interpretationsspielraum lassen.

Wir haben im Moment die Erfahrung – auch mit Krankenkassen –, dass sehr formalistisch geprüft wird. Und im Rahmen dieses Interpretationsspielraums – wann beginnt denn die Altersgrenze, oder wie bekomme ich heraus, wann das Akutereignis war? – könnte eine Verordnung auch ungültig werden oder sein.

Wir haben das sehr genau beschrieben und auch einen alternativen Formulierungsvorschlag gemacht, dass die Grenzen jeweils zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Verordnung gelten. Also, eine erste Verordnung ist dann sozusagen mit dem Akutereignis gleichzusetzen, auch wenn das vielleicht schon drei Wochen her ist – der Schlaganfall beispielsweise – oder auch, wenn das Kind noch in der Altersgrenze für einen besonderen Verordnungsbedarf oder langfristigen Heilmittelbedarf liegt, dass dann die Verordnung mit Erreichen des Zeitpunkts, zum Beispiel dem 12. Geburtstag, eben nicht die Gültigkeit verliert. Es wäre uns sehr wichtig, wenn ein Bürokratieabbau erfolgte und auch eine Eineindeutigkeit der Formulierungen gefunden würde. Sie können dies der schriftlichen Stellungnahme entsprechend entnehmen. – Danke schön.

**Vorsitzende Frau Dr. Leigemann:** Vielen Dank. Vielen Dank auch noch einmal für die Präzisierung dessen, was Sie sich hier wünschen, Frau Sautter-Müller. – Haben Sie Ergänzungen, Frau Remmert? – Vielen Dank, okay. – Dann übergebe ich für den Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland an Herrn Brünger.

**Herr Brünger (BED):** Vielen Dank, ich kann es wieder kurz und einfach machen: Ich verweise wieder auf unsere Stellungnahme, zu der ich im Moment keine Ergänzung machen möchte.

**Vorsitzende Frau Dr. Leigemann:** Okay, vielen Dank, Herr Brünger. – Habe ich jemanden übersehen? – Das scheint nicht der Fall zu sein.

Dann eröffne ich die Runde für die Mitglieder des Unterausschusses für Fragen zu diesem zweiten Themenkomplex. –Patientenvertretung. Bitte, Sie haben das Wort.

**PatV.:** Vielen Dank. – Ich habe eine Frage an die logopädischen Kolleginnen und Kollegen im weiteren Sinne, nämlich, dass sie noch einmal genau sagen, warum sie das Kriterium der Altersgrenze entfallen lassen wollen, wie Sie das inhaltlich begründen. Was ist der Punkt, warum das Alter kein Kriterium sein sollte? Das ist noch ein bisschen unklar; vielleicht könnte jemand von Ihnen das noch genauer erläutern.

**Vorsitzende Frau Dr. Leigemann:** Vielen Dank. – Wer möchte antworten? – Frau Sautter-Müller, Sie haben das Wort.

**Frau Sautter-Müller (LOGO Deutschland e. V.):** Ich würde gern kurz antworten. Ich hoffe, die Kollegen ergänzen entsprechend.

Nehmen Sie bitte einfach das Beispiel eines geriatrischen Patienten mit Schluckstörungen. Das ist ab der Altersgrenze von 70 Jahren besonderer Ordnungsbedarf und damit sozusagen budgetneutral. Jetzt haben wir, sage ich mal, einen Patienten mit 69 Jahren und Schlaganfall oder multimorbid, der schon alle Kriterien eines geriatrischen Patienten erfüllt und eine Schluckstörung hat. – Dann ist diese Altersgrenze einfach sehr, sehr willkürlich.

Es gibt Patienten, die sind mit 75 nicht geriatrisch in ihrem gesamten Erscheinungsbild, nicht multimorbid betroffen. Das kann aber mit 69 oder 68 der Fall sein. Das heißt, diese Altersgrenzen sind willkürlich.

Ähnlich ist es im Bereich der Kindertherapien: Wenn wir schwer betroffene Kinder und Jugendliche haben, dann zieht sich das durchaus auch über ein Alter von 12 Jahren hinaus. Darüber, wann dann die Sprachentwicklung abgeschlossen ist, streiten sich die Experten. Man kann auf keinen Fall zum Beispiel sagen, mit 12 Jahren wäre eine Sprachentwicklung abgeschlossen. Dafür gibt es keine wissenschaftlichen Belege.

Ich würde die anderen logopädischen Kollegen und sprachtherapeutischen Kollegen bitten, zu ergänzen.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank, Frau Sauter-Müller. – Wer möchte ergänzen? – Gibt es überhaupt Ergänzungsbedarf?

**Herr Schotte (dbI):** Ja, ich möchte gern etwas hinzufügen: Die Altersbeschränkungen geben ja auch nicht wirklich Aufschluss darüber, zu welchem Zeitpunkt letzten Endes die maßgebliche Altersbestimmung überhaupt erfolgt. Gerade bei einer Heilmittelbehandlung ist es ja so, dass sie sich auch über einen längeren Zeitraum hinziehen kann.

Insbesondere bei der Höchstaltersbeschränkung herrscht da auch immer wieder Unklarheit, zu welchem Zeitpunkt eigentlich vom Alter des Patienten auszugehen ist. Frau Sauter-Müller hatte das Problem ja schon angesprochen: Was ist eigentlich zu tun, wenn das Kind im Laufe der Behandlung dann das zwölfte Lebensjahr erreicht? Gerade eine logopädische Behandlung kann bis zu 36 Therapieeinheiten beinhalten. Auch hier herrscht noch viel Unklarheit und das stellt letzten Endes die Frage nach dem Sinn und Zweck dieser Altersbeschränkung. Die drängt sich dadurch förmlich auf.

**Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann:** Vielen Dank für diese Ergänzung. – Gibt es weiteren Ergänzungsbedarf? – Ansonsten hat die KBV ergänzt [via chat-Funktion]: Obwohl 72 und damit von der Altersgrenze nicht betroffen, gebe ich für die KBV Frau Sautter in diesem Falle recht.

Gibt es weiteren Ergänzungsbedarf? – Gibt es weitere Fragen? – Ich sehe, das ist nicht der Fall, sodass ich mich ganz herzlich für die Teilnahme an unserer mündlichen Anhörung bedanke. Ich bedanke mich insbesondere bei Ihnen für die wirklich kurz gefassten Statements und die sehr präzisen Angaben. Ganz herzlichen Dank dafür.

Ich wünsche Ihnen ein guten Tag. Machen Sie es gut!

Schluss der Anhörung: 11:20 Uhr

### **B-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen**

Es wurden keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen, daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (s. 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 4 VerfO).

### **B-8 Würdigung der Stellungnahmen**

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in den Abschnitten B 1 bis B 5 dokumentiert. Aufgrund der schriftlichen Stellungnahmen haben sich Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Kapitel B 6.1) und in einem gesonderten Dokument vergleichend zum ursprünglichen Beschlussentwurf vor Stellungnahmeverfahren (vgl. Kapitel B 6.2) dargestellt sind.

**C Anhang 1 – Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen zur Heilmittel-Richtlinie**



**Stellungnahme  
der Bundesärztekammer**

gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL):

Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

Berlin, 30.06.2022

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin



Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL): Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

---

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 02.06.2022 zur Stellungnahme gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen gebeten.

### Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). Sie dient „der Gewähr einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln.“ Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nummer 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

Geregelt werden soll in dieser Richtlinie die Zulässigkeit von Heilmittelverordnungen im Rahmen von Fernbehandlungen, sowie dass Verordnungen nunmehr in elektronischer Form erfolgen können. Diese Anpassungen beziehen sich nur auf die Verordnung von Heilmitteln per Fernbehandlung und nicht auf die Erbringung von Fernbehandlungen durch niedergelassene Ärzte, insbesondere Fachärzte für Physikalische und rehabilitative Medizin, im Rahmen einer Fernbehandlung, wie beispielsweise Gruppenkrankengymnastik über zertifizierte Praxismitarbeiter.

### Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass mit der Anpassung dieser Richtlinie eine Verordnung mittelbar persönlich im Rahmen der Fernbehandlung erfolgen kann, wenn dies aus ärztlicher Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.

Die Bundesärztekammer empfiehlt, den Begriff „Fernbehandlung“ zu verwenden, da bei Verwendung dieses Begriffs die Nutzung von Video oder Telefon zulässig ist. Bestimmte Patientengruppen, wie z. B. Patienten im höheren Lebensalter oder Menschen mit Behinderungen, sind für eine Fernbehandlung auf einen telefonischen Patienten-Arzt-Kontakt angewiesen, wenn sie Angebote über Video nicht wahrnehmen können.

Im Folgenden wird auf die Formulierungsvorschläge der Heilmittel-Richtlinie eingegangen.

### Zu § 3:

Zu den Änderungen in § 3, hier Einfügung Absatz 3a nach Absatz 3 schlägt die Bundesärztekammer folgenden Text vor:

„Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der **Fernbehandlung** erfolgen, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Regelungen vertretbar ist.“

Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte und die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Verordnerin

Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL): Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

---

oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat, und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.

<sup>3,4</sup> Sofern die Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen einer **Fernbehandlung** nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der **Fernbehandlung** abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen. <sup>4,5</sup> Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der **Fernbehandlung** über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der **Fernbehandlung** aufzuklären. <sup>5,6</sup> Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der **Fernbehandlung** besteht nicht.

Eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung erfolgt grundsätzlich per Videosprechstunde und ist in bestimmten Fällen auch bei telefonischer Konsultation möglich.

Nicht nur ältere Menschen, sondern auch Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen mit gleichbleibender Funktionsstörung wie Hemiiparese, Post Polio-Syndrom u.v.a. können keine Videosprechstunde wahrnehmen. Insbesondere für diese Patienten kann sich die Möglichkeit von Verordnungen nach telefonischer Konsultation bei folgenden Konstellationen ergeben:

- Es handelt sich um Erkrankungen, bei denen von vornherein mehrere Verordnungen in Folge im ärztlichen Behandlungsplan vorgesehen sind und eine zwischenzeitliche unmittelbar persönliche Kontrolle nicht erforderlich ist.
- Die Beförderung in die Praxis zur persönlichen Vorstellung ist mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden oder ist aus gesundheitlichen Gründen oder wegen Verhaltensauffälligkeiten (vorliegende Behinderung, Demenz etc.) nicht oder nur unter hohem Aufwand (kostenintensive Krankentransporte) möglich, so dass die unmittelbar persönlichen Vorstellungen begrenzt sind und so gering wie möglich gehalten werden sollen.
- Eine unmittelbar persönliche Behandlung ist wegen einer zusätzlichen interkurrenten Erkrankung der Patientin oder des Patienten nicht möglich.



Stellungnahme

---

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:  
Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung  
und weitere Änderungen**

---

**20.06.2022**

BPTK  
Klosterstraße 64, 10179 Berlin  
Tel.: 030. 278 785 - 0  
Fax: 030. 278 785 - 44  
info@bptk.de  
www.bptk.de

Änderung HeilM-RL: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen  
Stellungnahme der BptK



**Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Begriff der Fernbehandlung/Videosprechstunde (§ 3 Absatz 3a)</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Voraussetzungen für die Verordnungen im Rahmen einer Fernbehandlung (§ 3 Absatz 3a Satz 2 und 3)</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Ausstellung von Folgeverordnungen nach telefonischem Kontakt</b> .....	<b>4</b>

Änderung HeilM-RL: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen  
Stellungnahme der BptK



## 1 Begriff der Fernbehandlung/Videosprechstunde (§ 3 Absatz 3a)

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) befürwortet den von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Patientenvertretung (PatV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gewählten Begriff der „Fernbehandlung“ gegenüber dem vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) gewählten Begriff der „Videosprechstunde“.

### **Begründung:**

Bei dem Begriff der Videobehandlung handelt es sich um im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) klar definierte Leistungen, die die Nutzung von telefonischer Kommunikation nicht beinhalten. Da im Entwurf zur Änderung der Richtlinie von allen Bänken die Möglichkeit vorgesehen ist, in begründeten Einzelfällen auch Verordnungen im Rahmen einer telefonischen Konsultation vorzunehmen, erscheint der Begriff der Fernbehandlung deutlich geeigneter, weil dieser sowohl die Kommunikation per Video als auch per Telefon umfasst. Aus diesem Grund sollte aus Sicht der BptK auch der vom GKV-SV vorgeschlagene Satz 7 entfallen (siehe Seite 4).

## 2 Voraussetzungen für die Verordnungen im Rahmen einer Fernbehandlung (§ 3 Absatz 3a Sätze 2 und 3)

Die BptK schließt sich der Position des GKV-SV und der KBV an, die als Voraussetzung einer Verordnung im Rahmen einer Fernbehandlung festlegt, dass nicht nur die Versicherte\*, sondern auch die spezifische Diagnose der Verordner\*in unmittelbar persönlich bekannt sein müssen und die erstmalige Verordnung nicht im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen kann.

### **Begründung:**

Die Muster-Berufsordnung (MBO) der Psychotherapeut\*innen sieht vor, dass Behandlungen über Kommunikationsmedien unter besonderer Beachtung der Vorschriften der Berufsordnung, insbesondere der Sorgfaltspflichten, zulässig sind. Dazu gehört, dass Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung die Anwesenheit der Patient\*in erfordern. Entsprechend dieser Regelung, die den fachlichen Standard in der psychotherapeutischen Versorgung widerspiegelt, erscheint es aus Sicht der BptK erforderlich, dass eine der Verordnung zugrunde liegende Diagnose vorab im unmittelbaren persönlichen Kontakt gestellt werden muss, bevor im weiteren Verlauf der Behandlung eine Verordnung dazu im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen kann. Fachlicher Standard und MBO sehen zudem eine Indikationsstellung im unmittelbaren persönlichen Kontakt vor. Entsprechend erscheint es erforderlich, wie von GKV-SV und KBV in Satz 3 vorgesehen,

Änderung HeilM-RL: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen  
Stellungnahme der BPTK



dass die erstmalige Verordnung nicht lediglich mittelbar persönlich im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen kann.

### 3 Ausstellung von Folgeverordnungen nach telefonischem Kontakt


Die BPTK spricht sich gegen den vom GKV-SV vorgeschlagenen ergänzenden Satz 7 zu § 3 Absatz 3a aus, in dem die Möglichkeit der Ausstellung einer Verordnung nach einem telefonischen Kontakt geregelt werden soll.

#### **Begründung:**

Die BPTK begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen eine Folgeverordnung auch im Anschluss an eine telefonische Konsultation auszustellen. Diese Möglichkeit muss jedoch nicht gesondert definiert werden, wenn zuvor bereits einheitlich der Begriff der Fernbehandlung anstatt des Begriffs der Videobehandlung gewählt wurde. Die vorgeschlagene Ergänzung in Satz 7 lässt außerdem offen, ob die in den Sätzen 3/4 und 4/5 definierten grundsätzlichen Anforderungen an das Ausstellen von Verordnungen, sofern sie nicht im unmittelbaren Kontakt erbracht werden, auch für den Fall der telefonischen Konsultation gelten. Die BPTK begrüßt dagegen die einheitliche Definition von Anforderungen an das Ausstellen von Verordnungen, wenn diese nicht im unmittelbaren Kontakt erfolgen, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine Kommunikation per Video oder per Telefon handelt.

## Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen


Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. Goethestraße 16 47441 Moers <a href="http://www.dbs-ev.de">www.dbs-ev.de</a>

Gerne nehmen wir zu den geplanten Änderungen wie folgt Stellung:

Stellungnahme des dbs		28. Juni 2022
HeilM-RL	Begründung	
	<p>Wir begrüßen die Intention des G-BA, die Verordnungsmöglichkeit im Rahmen einer Fernbehandlung zu schaffen.</p> <p>Die Corona-Sonderregelungen haben gezeigt, dass die Verordnungsmöglichkeiten nach telemedizinischer Behandlung zu einer Erleichterung für alle Beteiligten geführt haben.</p> <p>Eine Einführung dieser Möglichkeit in die Regelversorgung wird daher ausdrücklich befürwortet.</p>	
<b>§ 3 Abs. 3a (neu)</b> Begrifflichkeit Fernbehandlung, Video- sprechstunde	<p>In § 16b HeilM-RL ist bereits der Begriff der telemedizinischen Leistung geschaffen und in die HeilM-RL eingeführt worden.</p> <p>Diese Begrifflichkeit ist von den die HeilM-RL konkretisierenden und umsetzenden Verträgen nach § 125 SGB V aufgegriffen und in die Verträge als Begrifflichkeit eingeführt und übernommen worden.</p> <p>Es wird daher angeregt, eine einheitliche Begrifflichkeit in der Heilmittel-RL zu verwenden und nicht einen weiteren Begriff und eine weitere Definition zu schaffen.</p>	



Stellungnahme des dbs	28. Juni 2022
	<p>Der Begriff der telemedizinischen Leistung würde sich auch an dieser Stelle eignen, um eine Behandlung im mittelbaren Kontakt über geeignete Medien durchzuführen.</p> <p>Die behandelnde Vertragsärztin/der behandelnde Vertragsarzt sollte im Einzelfall entscheiden können, welche Möglichkeiten (technisch, gesundheitlich, persönlich) in Abhängigkeit vom jeweiligen Störungsbild geeignet sind.</p> <p>Auch eine Verordnung nach telefonischer Konsultation sollte im Einzelfall möglich sein.</p>
<p>§ 3 Abs. 3a (neu) S. 2</p> <p>S. 3</p>	<p>Die Kenntnis der Diagnose und der Funktionsfähigkeit muss ausreichend sein, um eine Praktikabilität für Patient*innen sicher zu stellen, denen der Gang in die Praxis schwer fällt oder unmöglich ist.</p> <p>Hat die Verordnerin/der Verordner Kenntnis von der verordnungsrelevanten Erkrankung, z.B. durch Berichte zu vorausgehenden Verordnungen oder durch Entlassberichte, dann muss die Verordnungsmöglichkeit auf telemedizinischem Wege möglich sein, um insbesondere im Anschluss an Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements oder bei einer erneuten (Folge-) Verordnung das Aufsuchen der Praxisräume nicht nötig werden zu lassen.</p> <p>Nur so sind die Vorteile gerade für die Patient*innen gegeben, denen der Weg zur Praxis besonders schwer fällt.</p> <p>Es ist nicht ersichtlich, warum die erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall nicht mittelbar persönlich stattfinden kann.</p> <p>Sind die o.g. Voraussetzungen gegeben, dann sollte dies auch z.B. bei einem Wechsel der Diagnosegruppe möglich sein. Auch im Falle eines Wechsels der Verordnerin/des Verordners, der einen neuen Verordnungsfall auslöst, aber eine laufende Heilmittelbehandlung fortführt, ist eine Verordnung im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung zu befürworten.</p>



Stellungnahme des dbs	28. Juni 2022
S. 7	<p>Ein genereller Ausschluss führt zu einer unangemessenen Benachteiligung gerade der Patient*innen, denen der Weg in die Praxis besonders schwer fällt.</p> <p>Es wird befürwortet, dass die Verordnung im Einzelfall auch nach einem vorherigen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt möglich sein soll.</p> <p>Dies ist besonders für erneute (Folge-)Verordnungen und auch für die Versorgung von Patient*innen in Alten- und Pflegeeinrichtungen hilfreich, um eine unterbrechungsfreie Heilmittelversorgung sicher zu stellen.</p> <p>Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Möglichkeit des Eintrags „spätester Behandlungsbeginn bis“ mit der Heilm-RL 2021 entfallen ist, der gerade in der Versorgung von Patient*innen in Pflegeheimen oft genutzt wurde, wenn die Verordnerin/der Verordner bei Hausbesuchen im Heim frühzeitig eine neue Verordnung ausgestellt hat.</p>
§ 7 Abs. 6 S. 2 (neu)	<p>„Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung ist nicht bindend“.</p> <p>Diese Klarstellung ist nicht erforderlich, denn durch die Verwendung des Wortes „Abweichend“ ist dies hinreichend konkretisiert.</p> <p>Es besteht Sorge, dass der Satz isoliert betrachtet wird und auch auf normale Verordnungen (kein langfristiger Heilmittelbedarf, kein besonderer Verordnungsbedarf) angewandt wird. Dadurch würde die Verordnungshöchstmenge überschritten und die Heilmittelerbringer*innen würden einem zusätzlichen Risiko von Verordnungsabsetzungen ausgesetzt.</p>
§ 7 Abs. 6 S. 5 (neu)	<p>Es wird begrüßt, dass die Kriterien Akutereignis und weitere Hinweise und Spezifikationen nicht bindend sind.</p>



Stellungnahme des dbs	28. Juni 2022
	<p>Insbesondere das Kriterium des Akutereignisses hat oft dazu geführt, dass dies als Kriterium für eine generelle Verordnungsmöglichkeit missverstanden wurde.</p> <p>So haben Patient*innen, bei denen das Akutereignis länger zurück lag, häufiger Schwierigkeiten eine neue Heilmittelverordnung zu erhalten, trotz medizinischer Notwendigkeit.</p> <p>Es wird daher begrüßt, dass es keine starre Festlegung mehr geben wird, die als Einschränkung gedeutet werden kann.</p> <p>Unverständlich und auch missverständlich ist jedoch, ob und warum dies für die Altersbeschränkungen bei Verordnungen, die einen besonderen Verordnungsbedarf begründen, weiter gelten soll.</p> <p>Auch die Altersangaben sind in der Diagnoseliste in der Spalte „Hinweise und Spezifikationen“ aufgeführt, so dass nach dem Wortlaut des neuen Satzes 5 nicht klar ist, ob diese bindend sind oder gerade nicht.</p> <p>Dass die Angaben von Mindest- oder Höchstalter wohl nicht erfasst sein sollen, wird erst durch die tragenden Gründe näher erläutert.</p> <p>Wir bitten, auch die Altersangaben als „nicht bindend“ anzusehen, denn auch dies wird häufig als Einschränkung der Verordnungsmöglichkeit missverstanden. Auch hier wäre ein Wegfall der Bindung hilfreich, um die Patientenversorgung zu optimieren.</p> <p>Hilfsweise bitten wir um Ergänzung, dass die Altersbeschränkungen lediglich den besonderen Verordnungsbedarf konkretisieren, normale Verordnungen aber auch außerhalb der Altersbeschränkungen möglich sind.</p> <p>Wir bitten um Veranlassung, dass die Vorgaben an die zertifizierte Arztsoftware, die die Heilmittelverordnungen erstellen, schnellstmöglich an die Änderungen angepasst werden, damit es keine Startschwierigkeiten mit der Neuregelung gibt.</p>



Stellungnahme des dbs		28. Juni 2022
HeilM-RL Zweiter Teil	Es wird auf die Abgabe einer inhaltlichen Stellungnahme zu diesen Änderungen verzichtet.  Die geplanten Änderungen betreffen nicht den Heilmittelbereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.	



dbs  
RA Volker Gerrlich  
Bundesgeschäftsführer



**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen**

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	
30.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§3a, Satz 1 Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> erfolgen, ...	Der SHV unterstützt hier die von DKG, PatV und KBV vorgebrachte Formulierung Fernbehandlung. Im Vergleich zu der vom GKV-SV vorgebrachte Formulierung Videosprechstunde lässt eine Fernbehandlung offen, welcher Weg einer digitalen Übertragung in der Situation gewählt wird, bzw. aus technischen Gründen in dieser Situation möglich ist.
§3a, Satz 2	Der SHV unterstützt hier den Vorschlag von DKG und PatV. Wenn eine Person den Verordnenden unmittelbar persönlich bekannt ist, kann vorausgesetzt werden, dass Diagnose/n und Beeinträchtigungen bekannt bzw. in der Patientenakte dokumentiert sind.
§3a, Sätze 3/4	Der SHV unterstützt hier die von DKG, PatV und KBV vorgebrachte Formulierung Fernbehandlung. Begründung, siehe unter Satz 1
§7	Den vorgeschlagenen Änderungen in §7 werden seitens des SHV zugestimmt. Die Änderungen sind als unterstützende Klarstellung für die Verordnenden anzusehen.
Mit den beabsichtigten Änderungen im Zweiten Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog, Abschnitt I, Maßnahmen der Physiotherapie, Nummer 1 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, Zeile CS, Spalte Diagnosegruppe sind wir ebenfalls einverstanden.	



**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen**

Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V. Augustinusstr. 11 a 50226 Frechen www.dbl-ev.de	 Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
--	--

**Gern nehmen wir zu den geplanten Änderungen wie folgt Stellung:**

Stellungnahme dbl		30.06.2022
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	
<b>Zu § 3 Absatz 3a</b>	Der dbl befürwortet es eine, im Sinne der Patientenversorgung möglichst niederschwellige, Heilmittelverordnung im Wege der Fernbehandlung/Videosprechstunde zu schaffen.	
<b>Zu § 7 Absatz 6</b>	<p>Der dbl begrüßt grundsätzlich die klarstellenden Änderungen in § 7 Absatz 6, die auch der bisherigen Rechtsauffassung des dbl entsprechen.</p> <p>Insbesondere die auf der BVB-Liste enthaltenen Befristungshinweise zum Akutereignis verunsichern die Leistungserbringer*innen (und führen zu zahlreichen Rückfragen an ihren Berufsverband), da die dort genannten Fristen in keiner Weise berechenbar und nachvollziehbar sind.</p> <p>Konsequenter und wirkungsvoller als eine Klarstellung via Heilmittelrichtlinie wäre indes eine Streichung der Befristungshinweise zum Akutereignis aus der BVB-Liste, die an dieser Stelle bei den Beteiligten, KBV und GKV-Spitzenverband, angeregt wird.</p> <p>Im Hinblick auf die Angaben zum Alter und insbesondere zum Höchstalter fehlt überdies eine klarstellende Angabe zu dem für die Altersbestimmung maßgeblichen Zeitpunkt. Da die Abgabe der verordneten Heilmittel sich regelmäßig über mehrere Monate erstreckt, kommt es nicht selten vor, das Patient*innen die Altersgrenze während der laufenden Therapie</p>	


	<p>überschreiten. Hier benötigen die Leistungserbringer Rechtssicherheit im Hinblick auf den Fortgang der Therapie.</p> <p>Nach Auffassung des dbl kann es sich bei dem für die Höchstaltersbestimmung maßgeblichen Zeitpunkt nur um das Verordnungsdatum handeln, sodass die Verordnung gültig bleibt und ordnungsgemäß abgeschlossen werden kann, falls die Patientin oder der Patient vor Behandlungsbeginn oder vor Abschluss der Heilmittelbehandlung die Altersgrenze erreicht.</p> <p>In diesem Zusammenhang drängt sich überdies auch die Frage nach dem Sinn und Zweck der Altersbegrenzungen auf. Evidente Gründe, die für die vorgenommenen Altersbeschränkungen sprechen, sind nicht ersichtlich.</p>
<p><b>Zu § 12 Absatz 6</b>  <b>Änderungsvorschlag: § 12 Absatz 6 Satz 3</b> der Entwurfsfassung wird wie folgt gefasst:          „Satz 1 gilt auch in Fällen, in denen eine Verordnungsmöglichkeit von 12 Wochen besteht (vergleiche § 7 Absatz 6).“</p>	<p>Der § 12 Absatz 6 Satz 3 wird der beabsichtigten Klarstellungsfunktion in der Entwurfsfassung nicht gerecht.</p> <p>Nach dem Wortlaut der Sätze 3 ff. kann die Rechtsnorm auch dahingehend verstanden werden, dass die Mengenbegrenzung von 12 Einheiten für ALLE 12-Wochen-Verordnungen, mithin also auch für die nicht unter § 18 Absatz 2 Nr. 1-6 fallenden, gilt.</p> <p>Verstärkt wird die Unklarheit überdies noch durch den in Klammern gesetzten Verweis auf § 7 Absatz 6.</p> <p>Denn dort wurde in der Entwurfsfassung des § 7 Abs. 6 Satz 3 die –in der Entwurfsfassung zu § 12 Abs. 6 Satz 3 fehlende– klarstellende Bezugnahme auf die vorangehenden Sätze („Die Sätze 1 und 2 gelten <del>hier</del> ebenso...“) neu eingefügt.</p> <p>Eine solche Bezugnahme fehlt hier indes.</p> <p>Bleibt es bei der Entwurfsfassung, ist zu befürchten, dass es aufgrund der „klarstellenden“ Neufassung bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Ordnungsbedarf und langfristigem Heilmittelbedarf zu einer Verunsicherung der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Bezug auf die ordnungsfähigen Mengen kommt und das Gegenteil der beabsichtigten Wirkung erzielt wird.</p>

*Kern*


Deutscher Bundesverband  
 für Logopädie e.V. (dbl)  
 Frauke Kern


Mitglied im Bundesvorstand,  
Interessenvertretung Freiberufler

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen**


 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.	
Holstenwall 12 20355 Hamburg www.dba-ev.de	
30.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>ERSTER TEIL</b> HeilM-RL	
<b>§ 3</b> <b>Absatz 3a</b> <b>Satz 1</b> <b>zu streichen:</b> Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: <b>Fernbehandlung</b> /GKV-SV: <b>Videosprechstunde</b> ] erfolgen, ...  <b>und zu ersetzen durch:</b> <b>Telemedizinische Sprechstunde (TMS)</b>	<p>Der Begriff <b>Fern-Behandlung</b> erweckt einen Eindruck, der nicht erfüllt werden soll/kann. Bei dem Kontakt per Video gemäß § 3 HeilM-RL handelt es sich nicht um eine Behandlung aus der Ferne wie zum Beispiel eine Fern-OP/Telechirurgie per Computersoftware, auch nicht um Diagnostik oder ärztliche bzw. psychotherapeutische Therapie, sondern ausschließlich um die Verordnung eines Heilmittels auf Grundlage der der Verordnerin oder dem Verordner unmittelbar persönlich und hinreichend bekannten Diagnose.</p> <p>Die in § 3a beschriebenen Leistungen weisen primär die Merkmale einer Sprechstunde auf und nicht die einer Behandlung. Die Behandlung gemäß HeilM-RL erfolgt dann durch die Heilmittelerbringerin oder den Heilmittelerbringer auf Grundlage dieser Verordnung.</p> <p>Um die unmittelbar persönliche und hinreichende ärztliche bzw. psychotherapeutische Diagnose gewährleisten zu können, muss die ärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlung jederzeit auch im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes in den Praxisräumen der Verordnerin oder des Verordners durchgeführt bzw. fortgeführt werden können. Das kann ein Kontakt über eine große räumliche Distanz, also aus der Ferne, nicht sicherstellen. Sollte der <b>persönliche Kontakt</b> aber notwendig sein/werden, würden Patientinnen oder Patienten dann vermutlich eher zur Ärztin oder zum Arzt bzw. zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten in der Nähe</p>




 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.	
Holstenwall 12 20355 Hamburg www.dba-ev.de	
30.06.2022	
	<p>gehen, was <b>Ärzt hopping</b>, wieder einen neuen Verordnungsfall <b>und Kostensteigerung</b> auslösen würde.</p> <p>Aus diesen Gründen sollte die in § 3 HeilM-RL beschriebene Möglichkeit des „mittelbaren“ Kontakts nicht zu hohe und unerfüllbare Erwartungen wecken bzw. nicht irreführend als Fern-Behandlung bezeichnet werden.</p> <p>Fazit:</p> <p>Es ist sinnvoll, den in der HeilM-RL bereits verwendeten Begriff „Telemedizinische Leistungen“ (TML) zu adaptieren und <b>Telemedizinische Sprechstunde (TMS)</b> zu verwenden.</p>
<p><b>§ 3 Absatz 3a Satz 2 Entwurf DKG und PatV wird abgelehnt:</b> dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung <b>Kenntnis</b> hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt</p>	<p>Die Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 3 HeilM-RL für die Verordnung von Heilmitteln gehen über die bloße <b>Kenntnis</b> von der verordnungsrelevanten Erkrankung hinaus:</p> <p>Danach kann eine Verordnung nur erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt und diesen dokumentiert hat. Gemäß § 3 Absatz 5 HeilM-RL sind für die Indikation neben der Diagnostik auch die Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren einzubeziehen. Auch das erfordert den unmittelbaren und persönlichen Kontakt, was ebenso Satz 4/5 des Beschlussentwurfs deutlich benennt: „die <b>eingeschränkten</b> Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung.“</p>
<p><b>§ 3 Absatz 3a Satz 3 wird zugestimmt</b></p>	<p>Gemäß § 6a HeilM-RL ist vor der erstmaligen Verordnung die Diagnostik durch die Verordnerin oder den Verordner notwendig. In § 3 Absatz 3a Satz 4/5 des Beschlussentwurfs wird deutlich darauf hingewiesen, dass der Kontakt per Video nur „eingeschränkte Möglichkeiten“ zulässt.</p> <p>Fazit:</p>

 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.	
Holstenwall 12 20355 Hamburg www.dba-ev.de	
30.06.2022	
	Dem entsprechend erfordert eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln im Sinne § 1 Absatz 1 HeilM-RL zumindest für die erstmalige Verordnung eines Verordnungsfalles im Sinne § 7 Absatz 1 HeilM-RL den unmittelbaren Kontakt von Verordnerin oder Verordner mit Patientin oder Patient im Rahmen einer Sprechstunde in Präsenz.
<b>§ 3</b> <b>Absatz 3a</b> <b>Satz 7</b> <b>wird zugestimmt</b>	Das trifft insbesondere auf fortlaufende Verordnungen für Dauerpatientinnen oder Dauerpatienten zu, die der Verordnerin oder dem Verordner bereits hinlänglich - zum Teil über Jahre - bekannt sind.
<b>§ 7</b> <b>Absatz 6</b> <b>Satz 2</b> <b>zu streichen:</b> Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung <b>ist nicht bindend.</b>  <b>und zu ersetzen durch:</b> Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung <b>bei langfristigen Heilmittelbedarf und besonderen Verordnungsbedarf darf überschritten werden.</b>	Der Vorschlag dient der Klarstellung, dass diese Vorgabe nicht auf alle Verordnungsarten zu übertragen ist. Denn es ist aus der Erfahrung heraus zu befürchten, dass im Praxisalltag das Satzfragment „Höchstmenge ist nicht bindend“ nur allzu leicht bei den normalen Verordnungen zu falschen Verordnungsmengen führen kann.
<b>ZWEITER TEIL</b> HeilM-RL	Auf die Abgabe einer inhaltlichen Stellungnahme wird verzichtet. Die geplanten Änderungen betreffen nicht den Heilmittelbereich der „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ (SSSST).


**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen**


 <small>Selbstständige in der Logopädie e.V.</small>	
30.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b><u>§ 7 (6) Satz 4:</u></b></p> <p>Sofern dieser einer Altersbeschränkung unterliegt, ist das Alter der Versicherten ebenfalls maßgeblich bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.</p>	<p>Diese Formulierung lässt Interpretationen zu, wann eine solche Verordnung gültig ist und/oder wie lange diese Gültigkeit hat.</p> <p>Damit erhöht sich der bürokratische Aufwand zur Prüfung für alle Beteiligten: Ärztinnen und Ärzte, Zugelassene Leistungserbringerinnen und -erbringer sowie Krankenkassen.</p> <p>Ziel sollte jedoch immer „Bürokratieabbau“ sein.</p>
<p><b><u>§ 7 (6) Satz 4 Änderungsvorschlag:</u></b></p> <p>Sofern dieser einer Altersbeschränkung unterliegt, ist das Alter der Versicherten <b>zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Verordnung</b> ebenfalls maßgeblich bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.</p>	<p>Die Festlegung des Alters der Versicherten „<b>zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Verordnung</b>“ gibt sowohl verordnenden Ärztinnen und Ärzten als auch den Leistungserbringenden im Heilmittelbereich Sicherheit für eine vertragsgerechte Leistungsabgabe.</p> <p>Prüfungen aller Beteiligten (Ärztinnen und Ärzte, Zugelassene Leistungserbringerinnen und -erbringer sowie Krankenkassen) können sich in diesem Punkt auf das Geburtsdatum der Versicherten beschränken.</p> <p>Das wäre unbürokratisch, leicht, klar und unmissverständlich.</p>
<p><b><u>§ 7 (6) Satz 5:</u></b></p> <p>Sieht die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V das Kriterium Akutereignis oder weitere Hinweise und</p>	<p>Dieser Satz ist für Lesende nur sehr schwer verständlich.</p> <p>Er sagt u.E. aus, dass, sofern der besondere Verordnungsbedarf z.B. an eine Altersgrenze oder an ein Akutereignis anknüpft, die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt nicht mehr für einen</p>


 Selbstständige in der Logopädie e.V.	
30.06.2022	
Spezifikationen vor, sind diese hingegen nicht bindend.	<p>zwölfwöchigen Zeitraum verordnen kann, wenn die Altersgrenze oder das Akutereignis in diesen Zeitraum fällt.</p> <p>Das würde bedeuten, dass Ärztinnen und Ärzte ab Woche 11 Tag 6 VOR diesem Datum (Geburtstag, Akutereignis) keine entsprechende Verordnung für einen 12-Wochen-Bedarf mehr ausstellen dürfen.</p> <p>Tun sie es dennoch, hat dies zwar keine unmittelbaren negativen Folgen für deren Praxis, aber ebensolche für Leistungserbringende und Versicherte:</p> <p>Zugelassene Leistungserbringerinnen und -erbringer müssen Verordnungen vor der Annahme auf Richtigkeit und Vollständigkeit prüfen. Die Prüfung wird aufwändig:</p> <p>Daten von Akutereignissen müssen korrekt recherchiert werden. Die Rückrechnung auf 12 Wochen vor dem Ereignis kostet ebenso Zeit wie die nachfolgenden, erforderlichen Verordnungskorrekturen seitens der Arztpraxen.</p> <p>Auch hier entsteht – anstatt eines Bürokratieabbaus – ein bürokratischer Mehraufwand für alle Beteiligten, am meisten aber zu Lasten der Heilmittelpraxen aufgrund der umfangreichen Prüfpflicht und der Korrekturerfordernisse aufgrund erhöhter Absatzrisiken.</p> <p>In der Folge wird es einfacher sein, ab 3 Monate vor dem Ablauf der Frist (z.B. 1 Jahr nach Akutereignis) oder einer Altersgrenze nur noch Heilmittelverordnungen mit einer Höchstmenge laut Heilmittelkatalog entgegenzunehmen, um eine aufwändige Prüfung der Richtigkeit der Verordnung, die am Ende dennoch erhöhte Absatzrisiken birgt, zu vermeiden.</p> <p>In der Folge stehen <u>mehrere</u> Verordnungen mit einer verordneten Menge laut Heilmittelkatalog <u>einer</u> Verordnung mit der für den 12-Wochenbedarf erforderlichen Anzahl entgegen.</p> <p>Für jede Verordnung, die mehr ausgestellt wird, entstehen allen Beteiligten (Arzt- und Heilmittelpraxen sowie den Versicherten) mehr Aufwand und höhere Kosten.</p>

 <small>Selbstständige in der Logopädie e.V.</small>	
30.06.2022	
	Betroffene Versicherte zahlen im wahrsten Sinne des Wortes einen weiteren Preis: Für sie erhöht sich die Zuzahlung durch eine häufiger anfallende Verordnungsblattgebühr.
<p>§ 7 (6) Satz 5  <u>Änderungsvorschlag:</u>  Für besondere Verordnungsbedarfe mit der Spezifikation „längstens (...) nach Akutereignis“ vor, ist das Verordnungsdatum der ersten Heilmittelverordnung zu diesem ICD-10-GM-Code maßgeblich;  sofern besondere Verordnungsbedarfe einer Altersbeschränkung unterliegen, ist das Alter der Versicherten zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Verordnung bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung maßgeblich.</p>	<p>Diese oder eine ähnliche Formulierung - im ersten Teil zurzeit so bei der KBV auf der Website im Dokument „DIAGNOSELISTE LANGFRISTIGER HEILMITTELBEDARF/BESONDERER VERORDNUNGSBEDARF, STAND: 1. JULI 2021“ zu finden, bringt Klarheit für alle am Prozess Beteiligten:  Sie sichert die Versorgung der Betroffenen und minimiert den Prüfungsaufwand mit allen Folgen (Änderungsbedarfe = Aufwand, Zeit, Kosten) für Versicherte, Arzt- und Heilmittelpraxen sowie für Krankenkassen.</p>


**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen**


 <p>Wir sind für Sie da!</p> <p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>	
27.06.2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Vorbemerkung	<p>Wir begrüßen die geplanten Änderungen im Hinblick auf die Modernisierung der Musterberufsordnung der Ärzte und die damit verbundene Sicherstellung der Versorgung von Patient*innen mit notwendigen Heilmitteln.</p> <p>Schon heute gibt es regionale Unterschiede in der Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung. Zukünftig ergeben sich vermutlich noch stärkere Probleme.</p> <p>Die Bertelsmann-Stiftung rechnet damit, dass bis zum Jahr 2035 75 Kreise hausärztlich unterversorgt sind und knapp 11.000 Hausarztsitze (VZÄ) unbesetzt bleiben.</p> <p>Die Verordnung von Heilmitteln praktikabel und möglichst barrierearm zu gestalten, ist vor diesem Hintergrund zu begrüßen.</p>
<p><b>§ 3 Abs. 3a Satz 1</b></p> <p>Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> erfolgen, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.</p>	<p>Die Ergänzungen in Satz 1 „<b>unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben</b>“ und „<b>vertretbar</b>“ weisen schon explizit auf die entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen hin, die vom Grundsatz der unmittelbar persönlichen Leistungserbringung ausgehen.</p> <p>Mithin gibt es keine erkennbaren Gründe dafür, den Verordnerinnen oder Verordnern die Entscheidungskompetenz abzusprechen, ob im jeweiligen Fall eine telefonische Konsultation zielführend ist.</p> <p>Ergänzend zu den Ausführungen von KBV, DKG und PatV in den tragenden Gründen möchten wir das Beispiel des Umzugs anführen.</p> <p>Wie in unserer Vorbemerkung erwähnt, gibt es bereits heute</p>

 <p>Wir sind für Sie da! Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>	
27.06.2022	
	<p>regional deutliche Unterschiede in der Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung, sodass im Fall eines <b>Umzugs</b> von Patient*innen die Verordnung mittels telefonischer Konsultation eine sehr niedrigrschwellige Möglichkeit darstellt, um in solchen Überbrückungsphasen eine bereits begonnene Heilmittelversorgung <b>lückenlos</b> weiterzuführen.</p> <p>Insofern stellen wir auch im Weiteren auf den Begriff der <b>Fernbehandlung</b> ab.</p>
<p><b>§ 3 Abs. 3a Satz 2</b></p> <p>Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt ist, dass die <b>Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.</b></p>	<p>Wir folgen hier der Argumentation der DKG und der PatV aber auch der Argumentation des GKV-SV und der KBV, mit der nachfolgenden Begründung:</p> <p>Grundsätzlich stimmen wir zu, dass die erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall unmittelbar persönlich erfolgen sollte.</p> <p>Die Möglichkeit der Verordnung von Heilmitteln über die Fernbehandlung bietet aber auch die Chance, in strukturschwachen ländlichen Gebieten, in denen sich die Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung zunehmend schwieriger darstellt, die Heilmittelversorgung ergänzend zur unmittelbaren persönlichen Konsultation sicherzustellen.</p> <p>Diese Chance der Versorgungssicherung in begründbaren Fällen würden wir ungern durch eine generelle Regelung unterbinden. Wir sehen ausreichend Kompetenz bei den Verordnerinnen und Verordnern individuell im jeweiligen Fall zu entscheiden, ob ein unmittelbarer persönlicher Kontakt erforderlich ist.</p> <p>Wenn die oder der Versicherte der Verordner*in persönlich bekannt ist, so ist es in der Versorgungslogik ebenso schlüssig, dass die Kenntnis über die verordnungsrelevante Erkrankung auch über fachärztliche oder stationäre Befunde mittelbar persönlich vorliegen kann.</p> <p>Hier wäre als Beispiel eine radiologische Abklärung zu nennen, die dann den Verordnungsbedarf konkretisiert oder sogar erst</p>

 <p>Wir sind für Sie da!</p> <p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>	
27.06.2022	
	auslöst. Dies wäre ein denkbarer Fall, dem mit der Kombination mit dem nachfolgenden Vorschlag zu § 3 Abs. 3a Satz 3 Rechnung getragen werden kann.
<p><b>§ 3 Abs. 3a Satz 3 (GKV-SV/KBV)</b></p> <p>Die erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall kann <b>abweichend vom Grundsatz der unmittelbaren persönlichen Konsultation in begründbaren Fällen auch mittelbar persönlich</b> im Rahmen einer <b>Fernbehandlung</b> erfolgen.</p>	<p>Begründung für die Fernbehandlung siehe <b>§ 3 Abs. 3a Satz 1</b>.</p> <p>Grundsätzlich halten wir die unmittelbare persönliche Befunderhebung und Diagnostik bei der Erstverordnung für sinnvoll.</p> <p>Ausnahmen im täglichen Versorgungsgeschehen sind ebenso denkbar und sollten nicht durch einen generellen Ausschluss zu restriktiv unterbunden werden.</p> <p><b>Wie zuvor beschrieben, halten wir die von uns vorgeschlagene Kombination der Sätze 2 und 3 für geeignet, alle relevanten Fälle zu regeln.</b></p>
<p><b>§ 3 Abs. 3a Satz 4</b></p> <p>Sofern der Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen.</p>	<p>Begründung für die Fernbehandlung siehe <b>§ 3 Abs. 3a Satz 1</b></p>



 <p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>	
27.06.2022	
<p><b>§ 3 Abs. 3a Satz 5</b></p> <p>Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der <b>Fernbehandlung</b> über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> aufzuklären.</p>	<p>Begründung für die Fernbehandlung siehe <b>§ 3 Abs. 3a Satz 1</b></p>
<p><b>§ 3 Abs. 3a Satz 6</b></p> <p>Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der <b>Fernbehandlung</b> besteht nicht.</p>	<p>Begründung für die Fernbehandlung siehe <b>§ 3 Abs. 3a Satz 1</b></p>
<p><b>§ 3 Abs. 3a Satz 7 (GKV-SV)</b></p> <p><b>Streichung</b></p>	<p>Aus unserer Sicht ist Satz 7 (GKV-SV) überflüssig, da Satz 1 mit dem Bezug auf die berufsrechtlichen Regelungen den Sachverhalt bereits eindeutig regelt.</p>
<p><b>§ 7 Abs.6 i.V.m. § 12 Absatz 6</b></p> <p><b>Querverweis in § 7 Abs. 6 Satz 3(neu)</b></p> <p><b>Für die „standardisierte Heilmittelkombination“ und Maßnahmen der Massagetherapie nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 bis 6 gilt weiterhin eine Begrenzung auf 12 Einheiten je Verordnungsfall entsprechend § 12 Abs. 6 Satz 3.</b></p>	<p>Die Änderung ist aus unserer Sicht die Ausnahme von der Ausnahme und müsste, sofern sie tatsächlich grundsätzlich notwendig ist, einen beiderseitigen Querverweis erhalten.</p> <p>Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob eine Massagetherapie oder eine standardisierte Heilmittelkombination über einen Zeitraum von 12 Wochen unter einer Begrenzung auf 12 Einheiten überhaupt eine denkbare therapeutische Zielerreichung ermöglicht.</p> <p>Da dies in den tragenden Gründen nicht ersichtlich ist, sondern nur auf den Umstand der generellen Begrenzung auf 12 Einheiten abgestellt wird, würden wir uns einen Hinweis in der zusammenfassenden Dokumentation wünschen.</p> <p>Wenn man einen therapeutischen Nutzen in dieser Fragestellung erkennt, – wie es der G-BA an dieser Stelle offensichtlich getan hat – und eine Klarstellung zur</p>

 <p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>	
27.06.2022	
	grundsätzlichen Regelung beabsichtigt, bleibt die Frage, ob die Umsetzung praktikabel gelungen ist. Hier können wir uns einen zusätzlichen Querverweis in § 7 Abs. 6 vorstellen.