

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

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

Brüssel, 02. August 2023

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

Stellungnahme der European Association of E-Pharmacies (EAEP) zum DigiG-Referentenentwurf

I. Zusammenfassung

Der Verband der European Association of E-Pharmacies (EAEP), der die politischen Interessen der europäischen Online-Apotheken vertritt, begrüßt die übergeordnete Intention des vorliegenden Referentenentwurfs, die digitale Transformation des Gesundheitswesens und der Pflege zu beschleunigen und konsequent weiterzuentwickeln. Die letzten Monate haben eindrücklich gezeigt, dass der jetzige Regelungsrahmen auf gesetzlicher und untergesetzlicher Ebene nicht hinreichend ausgestaltet ist, um auf technischer Ebene längst einsatzfähige Anwendungen der Telematikinfrastuktur wie das E-Rezept oder die elektronische Patientenakte flächendeckend im medizinischen Versorgungsalltag zu etablieren. Auch die gesetzlich noch etablierte Ungleichbehandlung zwischen dem physischen Arzt-Patienten-Kontakt und telemedizinischen Leistungsangeboten ist längst nicht mehr zeitgemäß.

Vor diesem Hintergrund unterstützt der EAEP insbesondere Maßnahmen, die zu einer höheren Verbindlichkeit der Anwendungsnutzung, einer besseren Information und Akzeptanz der PatientInnen sowie Leistungserbringer und einer gesteigerten Nutzerfreundlichkeit von digitalen Anwendungen und Prozessen im deutschen Gesundheitswesen beitragen. Hierzu gehören neben der verpflichtenden E-Rezept-Einführung zum 1. Januar 2024 gemäß § 360 Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Möglichkeit eines freiwilligen Identifizierungsverfahrens in der Arztpraxis gemäß § 336 Abs. 1 Satz 2 SGB V unter anderem auch die in § 360 Abs. 2 Sätze 6, 7 und 8 sowie in § 360 Abs. 17 zu verankernden, in Teilen sanktionsbewährten Nachweis-

und Berichtspflichten für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte sowie die sie vertretenden Körperschaften und Dachverbände. Gleichwohl lässt der Referentenentwurf aus Sicht des EAEP einen vergleichsweise großen Konkretisierungsbedarf erkennen, damit entsprechende Maßnahmen und Instrumente in der Versorgungspraxis auch ihre intendierte Wirkung entfalten können. Entsprechende Vorschläge unterbreitet unser Verband im zweiten Teil dieser Stellungnahme.

Konkreten Ergänzungsbedarf sieht der EAEP insbesondere hinsichtlich der Gewährleistung einer diskriminierungsfreien E-Rezept-Einführung in Deutschland, die dem Prinzip der freien Apothekenwahl nach § 31 Abs. 1 Satz 5 SGB V vollumfänglich Rechnung tragen muss. Der prognostizierbar dominierende Weg der Einlösung von elektronischen Rezepten in Deutschland mittels elektronischer Gesundheitskarte, die „eGK-Stecklösung“, sieht qua aktuellem Design und den zugrundeliegenden technischen Spezifikationen ausschließlich die Rezepteinlösung in Vor-Ort-Apotheken vor. Die Versicherten können damit gegenwärtig bei diesem Einlöseweg keine Versandapotheke nutzen. Vor diesem Hintergrund ist es geboten, im Zuge des laufenden Gesetzgebungsverfahrens die gesetzlichen Grundlagen für einen zusätzlichen volldigitalen Einlösungsweg zu schaffen, der ein mit der eGK-Stecklösung vergleichbares Niveau an Niedrigschwelligkeit und Anwenderfreundlichkeit aufweist. Eine Steuerung des Rezeptflusses eines wahrscheinlich beträchtlichen Anteils des gesamten E-Rezept-Volumens in Richtung der lokalen Apotheke durch technische und prozedurale Beschränkungen, wie sie aktuell vorliegen, diskriminiert Online-Apotheken und verstößt damit gegen geltendes europäisches und nationales Recht. Dieser weitreichende politische Eingriff in das Prinzip der freien Apothekenwahl ist vollkommen inakzeptabel - unsere Mitglieder setzen deshalb eine umgehende Korrektur im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens voraus.

II. Kommentierung im Detail

1. Zu § 87 Abs. 2a Sätze 30 bis 32 SGB V (Art. 1 Nr. 10 lit. a bb DigiG)

Telemedizin hat zweifelsohne das Potenzial, die medizinische Versorgung in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Gerade im ländlichen Raum kann sie einen entscheidenden Anteil dazu leisten, Versorgungsengpässe auszugleichen und den Zugang zur medizinischen Haus- und Facharztversorgung zu vereinfachen. Vor diesem Hintergrund begrüßt der EAEP die unbefristete Aufhebung der 30%-Mengenbegrenzung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die als Videosprechstunde erbrachten ärztlichen Leistungen. Gleichwohl sieht der EAEP die Notwendigkeit, damit einhergehend eine regulatorische Gleichstellung der telemedizinischen Leistungserbringung mit dem physischen Arzt-Patienten-Kontakt herzustellen.

2. Zu § 129 Abs. 5h SGB V (Art. 1 Nr. 13 DigiG)

Mit dem Ziel, Apotheken in die Bereitstellung des Zugangs zu einer flächendeckenden und leistungsfähigen telemedizinischen Versorgungsstruktur einzubeziehen und die Ärztinnen und Ärzte nachhaltig zu entlasten, plant die Bundesregierung, einen neuen Leistungsanspruch auf „assistierte Telemedizin“ einzuführen. Die entsprechenden von den Apotheken durchzuführenden Maßnahmen umfassen nach dem Referentenentwurf unter anderem die Beratung zu ambulanten telemedizinischen Leistungen, die Anleitung zu der Inanspruchnahme ambulanter telemedizinischer Leistungen sowie die Durchführung einfacher

medizinischer Routineaufgaben zur Unterstützung anlässlich einer ärztlichen telemedizinischen Leistung. Einzelheiten zu den räumlichen und technischen Voraussetzungen der Apotheken, zur Durchführung der Maßnahmen und zu deren Abrechnung sollen zwischen dem Deutschen Apothekerverband (DAV) und dem GKV-Spitzenverband vereinbart werden.

Der EAEP begrüßt die Einführung der assistierten Telemedizin und die dahinterstehende Intention der Bundesregierung, die Inanspruchnahme der telemedizinischen Versorgungsangebote zu fördern sowie die Chancengleichheit im Bereich der Patientenversorgung und den niedrigschwelligen Zugang zu (telemedizinischen) Versorgungsangeboten zu stärken. Gleichwohl muss rechtssicher gewährleistet werden, dass Beratungs- und Anleitungsleistungen durch die Apotheken auch auf Distanz, zum Beispiel telefonisch oder telepharmazeutisch, erbracht werden dürfen. Die Einführung von Maßnahmen der assistierten Telemedizin, die ausschließlich Vor-Ort-Apotheken erbringen können, würde eine (weitere) Diskriminierung von Online-Apotheken gegenüber den Vor-Ort-Apotheken bedeuten und die Wahlfreiheit der PatientInnen einschränken. Dieser nicht an den Betrieb einer Vor-Ort-Apotheke geknüpfte Anspruch auf assistierte Telemedizin sollte zwingend rechtssicher im SGB V verankert werden und obligatorischer Gegenstand der Vereinbarung zwischen DAV und GKV-Spitzenverband sein, d.h. nicht in das Ermessen der Vertragspartner gestellt werden.

Formulierung im Referentenentwurf (§ 129 Absatz 5h Sätze 3 und 4 SGB V)	Unsere Empfehlung (Ergänzung hervorgehoben)
<p>(...) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Maßnahmen nach den Sätzen 1 bis 3 sowie das Nähere insbesondere zu den räumlichen und technischen Voraussetzungen der Apotheken, zur Durchführung der Maßnahmen, zur Vergütung der erbrachten Maßnahmen und zu deren Abrechnung. Die Vereinbarung nach Satz 4 ist bis zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen. (...)</p>	<p>(...) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 sowie das Nähere insbesondere zu den räumlichen und technischen Voraussetzungen der Apotheken, zur Durchführung der Maßnahmen, zur Vergütung der erbrachten Maßnahmen und zu deren Abrechnung im Rahmenvertrag nach Absatz 2. <u>Von den Vertragspartnern nach Absatz 2 ist hierbei sicherzustellen, dass Beratungs- und Anleitungsleistungen der Apotheken auch telefonisch, schriftlich oder telepharmazeutisch erbracht werden können und dürfen.</u> Die Vereinbarung nach Sätze 3 und 4 ist bis zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen. (...)</p>

3. Zu § 291 Abs. 1 SGB V

Eine grundlegende Herausforderung beim Zugang zu Anwendungen der Telematikinfrastruktur besteht in den komplexen und zum Teil sehr bürokratischen Authentifizierungs- und Identifizierungsverfahren, die Versicherte bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse durchlaufen müssen. So ist die Beantragung einer PIN zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zum vollständigen Zugriff auf die E-Rezept-App der Gesellschaft für Telematik oder die individuelle Krankenkassen-App zum Aufruf der elektronischen Patientenakte gegenwärtig zwingend mit einem Identifizierungsverfahren verknüpft, das nach der Untersagung des Video-Ident-Verfahrens durch die Gesellschaft für Telematik (gematik) im August 2022 nur noch persönlich oder per Post-Ident-Verfahren durchzuführen ist.

Um diese Zugangshürde für Nutzerinnen und Nutzer von mit der Telematikinfrastruktur unmittelbar verknüpften digitalen Gesundheitsleistungen abzubauen, ist es aus Sicht des EAEP geboten, dass die Krankenkassen ein entsprechendes Identifizierungsverfahren zum frühestmöglichen Zeitpunkt der Krankenkassen-Versicherten-Kommunikation, also bereits bei der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte verpflichtend anbieten. Eine entsprechende Ergänzung von § 291 Abs. 1 SGB V sollte im vorliegenden Referentenentwurf erfolgen.

Formulierung in § 291 SGB V	Unsere Empfehlung (Ergänzung hervorgehoben)
(1) Die Krankenkasse stellt für jeden Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte aus.	(1) Die Krankenkasse stellt für jeden Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte aus. <u>Ab dem 1. Januar 2024 müssen die Krankenkassen im Vorfeld der Ausgabe jeder elektronischen Gesundheitskarte die eindeutige Identifizierung des Empfängers durch die Bereitstellung eines verpflichtenden Identifizierungsverfahrens gewährleisten.</u>

4. Zu § 312 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V

Bis heute gibt es kein volldigitales und niedrighschwelliges Verfahren, mit dem auch die europäischen Online-Apotheken diskriminierungsfreien Zugang zum Fachdienst für den Abruf von E-Rezepten erhalten könnten.

Die bislang vorgesehenen Einlöseoptionen errichten zu hohe Hürden, um eine breite Nutzerakzeptanz zu erlangen: Eine Einlösung über die E-Rezept-App der gematik ist nur sehr wenigen Versicherten möglich, da nur ein verschwindend geringer Teil der Gesamtbevölkerung (rund 1 %) über die benötigte PIN zur NFC-fähigen eGK verfügt. Dies spiegelt sich schon allein in den geringen Downloadzahlen der gematik-App wider. Auch für die im vorliegenden Referentenentwurf verankerte Möglichkeit der E-Rezept-Einlösung über die Apps der gesetzlichen Krankenkassen benötigt der Versicherte die mit seiner elektronischen Gesundheitskarte verknüpfte PIN – der Weg ist dementsprechend nicht niedrighschwelliger als die Nutzung der E-Rezept-App der Gesellschaft für Telematik. Der Einlöseweg über den Papierausdruck des Tokens findet keine Akzeptanz bei der Ärzteschaft, wie der Ausstieg der KVWL aus dem E-Rezept-Rollout im November 2022 beweist. Die nunmehr als zentraler Weg der Einlösung vorgesehene Option über die eGK („eGK-

Stecklösung“), welche seit dem 01.07.2023 flächendeckend und kontrolliert in Betrieb genommen wird, ermöglicht den Versicherten wiederum lediglich die Einlösung in der Vor-Ort-Apotheke und schließt die europäischen Online-Apotheken von der Belieferung entsprechend übermittelter E-Rezepte aus. Dieser Einlöseweg, über den nach Prognosen der Gesellschaft für Telematik mittelfristig 40% und langfristig 70% aller elektronischen Rezepte eingelöst werden, schränkt demnach schon durch das in den Spezifikationen festgelegte technische Design das Prinzip der freien Apothekenwahl nach § 31 Abs. 1 Satz 5 SGB V ein, solange kein alternativer ebenso niedrigschwelliger, volldigitaler Einlöseweg implementiert wird, der auch für die Übermittlung von elektronischen Rezepten an Online-Apotheken geeignet ist.

Aus diesen Gründen fordert der EAEP mit Nachdruck die zeitnahe Umsetzung eines vollständig digitalen Einlösewegs mittels elektronischer Gesundheitskarte ohne zusätzlich erforderliche PIN-Eingabe, der keine Apotheken oder Apothekenformen vom Empfang der E-Rezepte bzw. der E-Rezept-Zugangsdaten ausschließt. Eine umfassende Wiederherstellung des Prinzips der freien Apothekenwahl durch den Gesetzgeber hat für unsere Mitglieder höchste Priorität.

Die Bundesregierung sollte die Gesellschaft für Telematik mit der Prüfung und Umsetzung der notwendigen Schritte zur Implementierung dieses volldigitalen Einlöseweges beauftragen.

Formulierung in § 312 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V	Unsere Empfehlung (Ergänzungen hervorgehoben)
<p>Die Gesellschaft für Telematik hat im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 311 Absatz 1 Nummer 1 (...)</p> <p>6. bis zum 1. Dezember 2021 die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit zugriffsberechtigte Leistungserbringer mittels der elektronischen Gesundheitskarte sowie entsprechend den Zugriffsvoraussetzungen nach § 361 Absatz 2 auf elektronische Verordnungen zugreifen können, (...)</p>	<p>Die Gesellschaft für Telematik hat im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 311 Absatz 1 Nummer 1 (...)</p> <p>6. bis zum 1. <u>Januar 2024</u> die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit <u>alle</u> zugriffsberechtigten Leistungserbringer, <u>auch im Wege des Fernabsatzes</u>, mittels der elektronischen Gesundheitskarte sowie entsprechend den Zugriffsvoraussetzungen nach § 361 Absatz 2 auf elektronische Verordnungen zugreifen können, (...)</p>

5. Zu § 312 Abs. 1 Satz 1

Mit dem E-Rezept-Token-Papierausdruck ist es für Versicherte bereits heute möglich, die elektronischen Zugangsdaten für eine elektronische Verordnung über das E-Rezept-Frontend des Versicherten an eine Online- oder Vor-Ort-Apotheke digital zu übermitteln. Grundvoraussetzung hierfür ist immer die Erstellung des Papierausdrucks durch das Praxispersonal. Die Erfahrungen aus den vergangenen 18 Monaten haben jedoch gezeigt, dass der Ausdruck eines elektronischen Rezepts, der im Gegensatz zum Druck eines Muster 16-Formulars nicht von der GKV erstattet wird, bei der Ärzteschaft aufgrund der zeitlichen und finanziellen Mehrbelastungen auf Widerstände stößt und nicht akzeptiert wird. Der E-Rezept

Token-Papierausdruck ist daher nicht als gleichwertige Alternative zur eGK-Stecklösung anzusehen.

Vor diesem Hintergrund fordert der EAEP die Umsetzung eines digitalen, papierlosen Anzeigewegs des E-Rezept-Tokens unter Nutzung der bestehenden Praxisinfrastruktur innerhalb der Telematikinfrastruktur, d.h. der E-Health-Terminals. Im Rahmen mehrerer Praxistests konnte bereits nachgewiesen werden, dass die Übermittlung des Tokens vom Primärsystem des Arztes auf das E-Health-Terminal der Praxis sowie der abschließende Scan durch den Patienten technisch problemlos umsetzbar sind und im Vergleich zum klassischen Papierausdruck finanzielle und zeitliche Ressourcen einspart. Es ist deshalb mit guten Gründen anzunehmen, dass diese Lösung in der Ärzteschaft nicht auf den im Zusammenhang mit dem Papierausdruck erfahrenen Widerstand stößt.

Um eine flächendeckende Umsetzung innerhalb der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten und den Mehraufwand für die rund 140 verschiedenen Praxisverwaltungssysteme bzw. die entsprechenden Hersteller zu minimieren, bedarf es der Umsetzung der „Scan-Lösung“ via SICCT-Schnittstelle im Konnektor. Die Gesellschaft für Telematik sollte hiermit sowie mit der Anpassung der betroffenen Spezifikationen für die Konnektoren und E-Health-Terminals beauftragt werden. Zugleich ist es notwendig, die Primärsystemhersteller zur technischen Umsetzung und softwareseitigen Implementierung zu verpflichten.

Formulierung in § 312 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 bis 16 SGB V	Unsere Empfehlung (§ 312 Absatz 1 Satz 1 Nummer 17 (neu))
	<p>Die Gesellschaft für Telematik hat im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 311 Absatz 1 Nummer 1 (...)</p> <p><u>17. bis zum 1. März 2024 die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit den Versicherten die Informationen zur vertragsärztlichen Verordnung nach den Nummern 1 oder 2 am Ort der Verordnung maschinenlesbar zugänglich gemacht werden [...]</u></p>

6. Zu § 313 Abs. 1 Sätze 6 und 7 SGB V (Art. 1 Nr. 26 lit. a DigiG)

Der EAEP begrüßt die Möglichkeit für Leistungserbringer, organisatorische Einheiten von Leistungserbringern und alle anderen angeschlossenen Nutzer von Anwendungen und Diensten der Telematikinfrastruktur, die im Verzeichnisdienst hinterlegten Daten um weitere spezifische Daten zur besseren Information über die individuellen Leistungsangebote ergänzen zu können. Gleichwohl sehen wir es als notwendig an, die „weiteren spezifischen Daten“ mit Beispielen im Gesetzestext, mindestens aber in der Gesetzesbegründung zu hinterlegen, um etwaige Missverständnisse bei der zukünftigen Datenergänzung und -freigabe vollständig auszuschließen.

Formulierung im Referentenentwurf (§ 313 Absatz 1 Sätze 6 und 7 SGB V)	Unsere Empfehlung (Ergänzung hervorgehoben)
<p>Die in Satz 4 genannten Daten können von den in Satz 3 genannten Personen und Einheiten in eigener Verantwortung um weitere spezifische Daten zur besseren Information über die Eigenschaften und Leistungsangebote dieser Personen und Einheiten ergänzt werden. Die zusätzlichen Daten nach Satz 6 müssen den vom Verzeichnisdienst vorgegebenen Datenkategorien, Standards und Strukturen entsprechen.</p>	<p>Die in Satz 4 genannten Daten können von den in Satz 3 genannten Personen und Einheiten in eigener Verantwortung um weitere spezifische Daten zur besseren Information über die Eigenschaften und Leistungsangebote dieser Personen und Einheiten, <u>beispielsweise um Lieferoptionen, Notdienste oder Botendienst-PLZ-Gebiete,</u> ergänzt werden. Die zusätzlichen Daten nach Satz 6 müssen den vom Verzeichnisdienst vorgegebenen Datenkategorien, Standards und Strukturen entsprechen.</p>

7. Zu § 336 Abs. 1 Satz 2 SGB V (Art. 1 Nr. 34 lit. a DigiG)

Nachdem der Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes bereits Apotheken dazu berechtigt hat, auf freiwilliger Basis Verfahren zur Identifizierung der Versicherten für die elektronische Gesundheitskarte anzubieten, sollen entsprechende Verfahren künftig auch „bei einem Vertragsarzt oder einem Vertragszahnarzt“ zum Einsatz kommen dürfen. Der EAEP unterstützt diese gesetzliche Ergänzung ausdrücklich, da sie zu einem möglichst niedrighwelligen Zugang der Versicherten zur Telematikinfrastruktur beitragen kann. Zugleich ist es aus unserer Sicht sinnvoll, die Aufgabe der Identifizierung primär bei den gesetzlichen Krankenkassen, und zwar bereits im Zuge der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte anzusiedeln (vgl. Kommentierung zu § 291 Abs. 1 SGB V unter 3).

8. Zu § 360 Abs. 2, Sätze 1 bis 4 SGB V (Art. 1 Nr. 58 lit. a DigiG)

In den vergangenen 18 Monaten ist deutlich geworden, dass eine freiwillige flächendeckende Nutzung des E-Rezepts durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte trotz der vorhandenen technischen Möglichkeiten in den Praxen hierzulande aufgrund anderer Vorbehalte nicht realistisch ist. Daher unterstützt der EAEP ausdrücklich die gesetzliche Verankerung des neuen verpflichtenden Startdatums zum 1. Januar 2024 für die deutschlandweite E-Rezept-Umsetzung im SGB V. Eine gesetzliche Vorgabe allein ist aus unserer Sicht aber noch nicht ausreichend – der vorliegende Referentenentwurf lässt bedauerlicherweise weiterhin offen, ob und welche Maßnahmen ergriffen werden können, sofern einzelne Leistungserbringer die Pflicht zur E-Rezept-Nutzung missachten. Aus Sicht des EAEP ist es deshalb notwendig, die gegenwärtig als Empfehlung formulierte Pflicht zu einer „sanktionsbewehrten Pflicht“ weiterzuentwickeln, um die Massen Anwendung „E-Rezept“ nachhaltig im Versorgungsalltag zu etablieren.

Darüber hinaus sieht der EAEP Konkretisierungsbedarf hinsichtlich des Ausnahmetatbestands, dass E-Rezepte nicht ausgestellt werden müssen, wenn dies „aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.“ Diese im SGB V sehr weit gefasste Formulierung deckt neben Störungen der Telematikinfrastruktur oder des individuellen Internetzugangs auch technische Gründe ab, die auf eigenes Verschulden der Praxis

zurückzuführen sind. Darunter fallen zum Beispiel nicht-installierte, aber bereits verfügbare Updates des Primärsystems oder die ausbleibende Beantragung bzw. Freischaltung des arzteigenen elektronischen Heilberufsausweises (eHBA), der für die qualifizierte elektronische Signatur eines E-Rezepts notwendig ist. Um Rechtssicherheit zu schaffen und falschen Erwartungshaltungen auf Leistungserbringerseite vorzubeugen, ist es aus Sicht des EAEP deshalb notwendig, den Ausnahmetatbestand der „technischen Gründe“ durch Beispiele deutlich enger zu fassen. In der Begründung sollte klarstellend aufgenommen werden, dass der Ausnahmetatbestand nicht solche „technischen Gründe“ erfasst, die auf ein Verschulden der Praxis zurückzuführen sind, wie dies etwa bei verfügbaren, aber nicht-installierten Updates des Primärsystems oder der versäumten Beantragung bzw. Freischaltung des eHBA für die qualifizierte elektronische Signatur eines E-Rezepts der Fall ist.

Formulierung im Referentenentwurf (§ 360 Absatz 2 Sätze 1 bis 3 SGB V)	Unsere Empfehlung (Ergänzungen – Sätze 3 und 5 neu - hervorgehoben)
<p>Ab dem 1. Januar 2024 sind Ärzte und Zahnärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen tätig sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, verpflichtet, Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln elektronisch auszustellen und für die Übermittlung der Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln Dienste und Komponenten nach Absatz 1 zu nutzen. Für die elektronische Übermittlung von vertragsärztlichen Verordnungen von Betäubungsmitteln und von Arzneimitteln nach § 3a Absatz 1 Satz 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung gilt die Verpflichtung nach Satz 1 ab dem 1. Juli 2025. Die Verpflichtungen nach den Sätzen 1 und 2 gelten nicht, wenn die elektronische Ausstellung oder Übermittlung von Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln oder von Arzneimitteln nach § 3a Absatz 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist. (...)</p>	<p>Ab dem 1. Januar 2024 sind Ärzte und Zahnärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen tätig sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, verpflichtet, Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln elektronisch auszustellen und für die Übermittlung der Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln Dienste und Komponenten nach Absatz 1 zu nutzen. Für die elektronische Übermittlung von vertragsärztlichen Verordnungen von Betäubungsmitteln und von Arzneimitteln nach § 3a Absatz 1 Satz 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung gilt die Verpflichtung nach Satz 1 ab dem 1. Juli 2025. <u>Werden für die Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nicht die Dienste und Komponenten nach Absatz 1 genutzt, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent zu kürzen.</u> Die Verpflichtungen nach den Sätzen 1 und 2 gelten nicht, wenn die elektronische Ausstellung oder Übermittlung von Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln oder von Arzneimitteln nach § 3a Absatz 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung aus technischen Gründen im Einzelfall nicht</p>

	<p>möglich ist. <u>Entsprechende technische Gründe umfassen insbesondere vom Leistungserbringer nicht verschuldete, nachweisbare Störungen der Telematikinfrastuktur, des praxiseigenen Internetzugangs oder der in der Praxis eingesetzten informationstechnischen Systeme.</u> (...)</p>
--	--

9. Zu § 360 Abs. 2 Sätze 6, 7 und 8 SGB V (Art. 1 Nr. 58 lit. b DigiG)

Der Informations- und Aufklärungsbedarf auf der ärztlichen Leistungserbringerseite hinsichtlich der Möglichkeiten der E-Rezept-Nutzung ist immens. Vor diesem Hintergrund begrüßt der EAEP die vorgesehene Pflicht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Ärzte und Zahnärzte über die elektronischen Verordnungen nach Absatz 1 zu informieren und darauf hinzuwirken, dass ab dem 1. Januar 2024 standardmäßig die Dienste und Komponenten zur Ausstellung ärztlicher Verordnungen nach Absatz 1 zu nutzen sind.

Auch die Pflicht, ab dem 1. Januar 2024 zum Ende eines jeden Quartals über den Anteil der elektronischen Verordnungen an allen ärztlichen Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu informieren, findet die Unterstützung des EAEP. Gleichwohl gibt der Referentenentwurf weder Auskunft über die Empfängergruppen dieser Berichte, noch über die notwendige Qualität der zur Verfügung gestellten Daten. Um einen echten Mehrwert gegenüber dem „TI-Dashboard“ der Gesellschaft für Telematik zu schaffen, bedarf es aus unserer Sicht einer weiteren Konkretisierung dieser gesetzlichen Regelung. Um regionale Unterschiede hinsichtlich der E-Rezept-Nutzung herauszuarbeiten, sollten die entsprechenden Daten mindestens auf die 17 existierenden KV-Bezirke heruntergebrochen werden. Zudem sollte eine Aufschlüsselung der eingelösten E-Rezepte nach Art des Einlöseweges erfolgen, um evaluieren zu können, wie die verschiedenen Einlösewege von Verordnenden und PatientInnen genutzt und angenommen werden. Darüber hinaus sollten die Daten im Sinne der größtmöglichen Transparenz stets unverzüglich und barrierefrei der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Formulierung im Referentenentwurf (§ 360 Absatz 2 Sätze 6 bis 8 SGB V)	Unsere Empfehlung (Änderungen und Ergänzungen hervorgehoben)
<p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung informieren die Ärzte und Zahnärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen tätig sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, über die elektronischen Verordnungen nach Absatz 1 und wirken darauf hin, dass ab dem</p>	<p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung <u>stellen sicher, dass ihre Mitglieder, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen,</u> die Ärzte und Zahnärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen tätig sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, über</p>

<p>1. Januar 2024 für die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nach Satz 1 standardmäßig die Dienste und Komponenten nach Absatz 1 verwendet werden. Sie berichten ab dem 1. Januar 2024 zum Ende eines jeden Quartals über den Anteil der elektronischen Verordnungen an allen vertragsärztlichen beziehungsweise vertragszahnärztlichen Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Die dafür notwendigen Daten erhalten sie von Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der deutschen Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik.</p>	<p>die elektronischen Verordnungen nach Absatz 1 <u>informieren</u> und wirken <u>gemeinsam mit ihren Mitgliedern</u> darauf hin, dass ab dem 1. Januar 2024 für die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nach Satz 1 standardmäßig die Dienste und Komponenten nach Absatz 1 verwendet werden. Sie berichten ab dem 1. Januar 2024 zum Ende eines jeden Quartals <u>an das Bundesministerium für Gesundheit und die Gesellschaft für Telematik</u> über den Anteil der elektronischen Verordnungen an allen vertragsärztlichen beziehungsweise vertragszahnärztlichen Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln <u>sowie die Nutzungsquoten der zur Verfügung stehenden Übermittlungs- und Einlösewege für elektronische Verordnungen</u>. Die dafür notwendigen Daten erhalten sie von Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der deutschen Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik. Die Daten <u>müssen die regionale Verteilung der Anteile und Nutzungsquoten nach Satz 9 auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abbilden. Die Berichte nach Satz 9 sind im jeweils nächsten Quartal in einer übersichtlichen und für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen</u>.</p>
---	---

10. Zu § 360 Abs. 10 SGB V (Art. 1 Nr. 58 lit. e DigiG)

Grundsätzlich unterstützt der EAEP die Etablierung und Implementierung neuer digitaler Einlösungswege für das elektronische Rezept, solange diese diskriminierungsfrei ausgestaltet sind und die freie Apothekenwahl der Versicherten nicht beschränken oder gefährden. Dass die Versicherten zukünftig die Möglichkeit erhalten sollen, auch über andere Apps als die E-Rezept-App der Gesellschaft für Telematik ihre elektronischen Verordnungen einer Apotheke zuzuweisen, begrüßt der EAEP deshalb ausdrücklich. Gleichzeitig sehen wir keine Rechtfertigung dafür, dass entsprechende Apps mit unmittelbarem Zugriff auf den E-Rezept-Fachdienst zukünftig ausschließlich von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden dürfen. Aus Prozessperspektive sollte es Apotheken, die im Anschluss an den Abruf des E-Rezepts vom Fachdienst und die Einlösung für die Belieferung des E-Rezepts kraft Gesetzes verantwortlich sind, unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzerfordernungen sowie der Anforderungen an die Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit einer E-Rezept-App ebenfalls ermöglicht werden, offene, noch nicht eingelöste elektronische Verordnungen via KVNR unmittelbar und ohne Vorliegen der elektronischen Zugangsdaten

am Fachdienst abzurufen und auf Wunsch der Versicherten zu beliefern, sofern für die entsprechende E-Rezept-App ein nach Satz 6 durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestätigtes Sicherheitsgutachten vorliegt. Die exponierte Sonderstellung, die den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des E-Rezept-Einlöseprozesses zugesprochen werden soll, ist aus unserer Sicht nicht zu rechtfertigen.

11. Zu § 360 Abs. 14 SGB V (Art. 1 Nr. 58 lit. g DigiG)

Der EAEP begrüßt den Vorschlag, die Dispensierinformationen zu abgegebenen Arzneimitteln automatisch an die elektronische Patientenakte zu übermitteln und darin zu speichern, solange der Versicherte diesem Prozess nicht aktiv widerspricht. Eine (möglichst) vollständige Medikationshistorie des Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung für die umfassende und qualitativ hochwertige Beratung der Patientinnen und Patienten durch das pharmazeutische Fachpersonal. Die automatische Speicherung in der ePA hat deshalb aus unserer Sicht das Potenzial, die individuelle Arzneimitteltherapiesicherheit deutlich zu verbessern. Um die Verlässlichkeit der Dispensierinformationen als Grundlage für die pharmazeutische Beratung zu verbessern, ist es notwendig, dass Apotheken die von ihnen auf den E-Rezept-Fachdienst geschriebenen Dispensierinformationen zukünftig selbstständig aktualisieren dürfen.

Bezüglich der technischen Umsetzung der automatisierten Übermittlung und Speicherung lässt der Referentenentwurf noch viele Fragen unbeantwortet. Der EAEP setzt sich für eine prozedurale niedrigschwellige und vollautomatisierte Umsetzung ein, zum Beispiel mittels einer Schnittstelle zwischen dem ePA-Fachdienst und dem E-Rezept-Fachdienst, damit in der Konsequenz für Apotheken bei der Arzneimittelabgabe keinerlei Mehraufwände anfallen.

Da Dispensierinformationen im Versorgungsalltag einen deutlichen Mehrwert hinsichtlich ihrer Aussagekraft gegenüber den Medikationsdaten haben, erachten wir die [E-Rezept-Fachdienst-Schnittstellen Verordnung \(EFSVO\)](#), deren Referentenentwurf das Bundesministerium für Gesundheit am 12. Juni 2023 veröffentlicht hat, bei Verabschiedung von § 360 Abs. 14 im Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) als redundant. Die Daten, die im Rahmen der EFSVO übermittelt werden dürfen, haben weder für die PatientInnen noch für die Leistungserbringer einen Mehrwert gegenüber den automatisch in der ePA gespeicherten Dispensierinformationen.

12. Zu § 360 Abs. 16 SGB V (Art. 1 Nr. 58 lit. h DigiG)

Die Pläne der Bundesregierung, die Übertragung des E-Rezepts/E-Rezept-Tokens auch außerhalb der Telematikinfrastruktur zu ermöglichen, solange das bereitgestellte informationstechnische System dem Stand der Technik gemäß den Richtlinien des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik entspricht und das Sicherheitsniveau „Substantiell“ einhält, finden die Unterstützung des EAEP. Die Vielfalt der Übermittlungs- und Einlösungswege für die elektronischen Verordnungen und die elektronischen Zugangsdaten zu elektronischen Verordnungen ist mit Blick auf die heterogene Versichertengemeinschaft ein entscheidender Schlüssel für die erfolgreiche und für alle Versicherten gleichermaßen mehrwertstiftende, flächendeckende E-Rezept-Einführung in Deutschland. Diese gesetzliche Realität knüpft an die Erfahrungen aus der Versorgungsrealität an, die nahelegen, dass entsprechende Systeme, bereitgestellt zum Beispiel von Primärsystemherstellern, bei Leistungserbringern wie Patientinnen und Patienten auf positive Resonanz gestoßen und zum Teil schon im Praxisalltag etabliert sind. Der EAEP begrüßt mit Blick auf das Prinzip der freien

Apothekenwahl nach § 31 Abs. 1 Satz 5 SGB V ausdrücklich den Hinweis im Gesetzestext, dass keine Apotheken oder Gruppen von Apotheken beim finalen Zuweisungsprozess durch den Versicherten bevorzugt werden dürfen.

13. Zu § 360 Abs. 17 SGB V (Art. 1 Nr. 58 lit. h DigiG)

Der neu formulierte Absatz 17 sieht vor, dass alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung bis zu einem Stichtag nachweisen müssen, dass sie in der Lage sind, elektronische Rezepte auszustellen. Erbringt ein Arzt oder Zahnarzt einen solchen Nachweis nicht, wird die Vergütung der vertragsärztlichen Leistung pauschal um 1% gekürzt.

Der EAEP begrüßt grundsätzlich die Einführung einer solchen sanktionsbewehrten Pflicht, da sie die Leistungserbringer zur proaktiven Auseinandersetzung mit dem E-Rezept-Modul der in ihren Praxen eingesetzten Primärsystemen bewegt und die Auswertung der Nachweisdaten Aufschluss darüber geben könnte, welche technischen Gründe primär dafür verantwortlich sind, dass einzelne Leistungserbringer keine E-Rezepte ausstellen. Aus Sicht des EAEP ist ein einmaliger Nachweis jedoch nicht ausreichend, um eine dauerhafte Nutzung des E-Rezepts im Praxis- und Versorgungsalltag zu forcieren. Wir schlagen deshalb eine verpflichtende und fortlaufende Nachweiserbringung zu Beginn eines jeden Quartals bis zum Ende des Jahres 2025 vor. Um das ausgegebene Ziel einer flächendeckenden E-Rezept-Einführung zu erreichen, ist diese sanktionsbewehrte Nachweispflicht ein notwendiges, aber nicht hinreichendes Kriterium. Auch die tatsächliche Umsetzung bzw. Nicht-Umsetzung der verpflichtenden E-Rezept-Ausstellung ab 1. Januar 2024 gemäß § 360 Abs. 2 SGB V muss im Versorgungsalltag geprüft und in letzter Konsequenz sanktioniert werden (vgl. unseren Regelungsvorschlag unter 8).

Der Referentenentwurf lässt (auch in der Begründung) offen, wie der Arzt konkret nachweisen kann, dass er in der Lage ist, für die Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die elektronische Verordnung nach Absatz 2 zu verwenden. Wir sehen hier dringenden Konkretisierungsbedarf und plädieren dafür, dass für eine Nachweiserbringung die Ausstellung elektronischer Verordnungen für E-Rezept-fähige Rezepttypen im Primärverwaltungssystem als Default-Einstellung (Standard-Einstellung) hinterlegt sein muss. In Kombination mit der Streckung der Nachweispflicht über acht Quartale in den Jahren 2024 und 2025 kann so das Risiko minimiert werden, dass Leistungserbringer unmittelbar nach einmaliger Umstellung und Nachweiserbringung wieder zur Ausstellung von Muster 16-Formularen zurückkehren.

Formulierung im Referentenentwurf (§ 360 Absatz 17 SGB V)	Unsere Empfehlung (Ergänzungen hervorgehoben)
Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer haben gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass sie in der Lage sind für die Verordnungen von	Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer haben gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung <u>bis zum Ende des Jahres 2025 zu Beginn eines jeden Quartals</u> nachzuweisen, dass sie in

<p>verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die elektronische Verordnung nach Absatz 2 zu verwenden. Wird der Nachweis nicht bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] erbracht, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent zu kürzen; die Vergütung ist so lange zu kürzen, bis der Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht ist.“</p>	<p>der Lage sind für die Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die elektronische Verordnung nach Absatz 2 zu verwenden. Wird der <u>erstmalige</u> Nachweis nicht bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] erbracht, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent zu kürzen; die Vergütung ist so lange zu kürzen, bis der <u>erstmalige</u> Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht ist. Satz 3 gilt entsprechend für die weiteren quartalsweisen Nachweise. <u>Der Nachweis ist durch die Anzeige zu erbringen, dass die elektronische Verschreibung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln als Default-Einstellung im Primärverwaltungssystem hinterlegt ist.</u></p>
---	--

14. Zu § 370a SGB V (Art. 1 Nr. 63 DigiG)

Die Einrichtung einer Schnittstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Vermittlung telemedizinischer Leistungen wird vom EAEP im Grundsatz begrüßt. Bei der Umsetzung ist jedoch sicherzustellen, dass bestehende Anbieter vom Markt nicht ausgeschlossen werden (können). Vielmehr muss das von der KBV betriebene elektronische System allen Anbietern offenstehen, die bereits heute telemedizinische Services anbieten, und der Fokus auf die Förderung des Wettbewerbs zwischen den Anbietern telemedizinischer Leistungen liegen. Die geplante Schnittstelle sollte daher offen sein für einen Anschluss aller Anbieter, die mit ihren Plattformen und Services telemedizinische Leistungen vermitteln und die erforderlichen Funktionalitäten erfüllen. Die Verfahrensordnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sollte hierzu ein Antragsverfahren regeln, das die erforderliche Qualität und Integration der privat betriebenen Vermittlungsstellen in die Telematikinfrastruktur gewährleistet. Die Gebührenregelung nach Absatz 4 kann entsprechend gelten, soweit die privatbetriebene Vermittlungsstelle die nach Absatz 2 Satz 1 zur Verfügung gestellten Informationen nutzt.

Formulierung in § 370a SGB V	Unsere Empfehlung (§ 370a Absatz 3a (neu))
	<p><u>Dritte können auf der Grundlage der bereitgestellten Informationen nach Absatz 2 Satz 1 eine Vermittlungsstelle betreiben. Die Verfahrensordnung nach Absatz 3 Satz 1 regelt hierzu ein Antragsverfahren. Dem Antragsteller ist eine Genehmigung des Betriebs der Vermittlungsstelle zu erteilen, wenn die Funktionalitäten nach Absatz 1a erfüllt werden. Absatz 4 gilt entsprechend.</u></p>

15. Zu § 9 HWG

Im Zuge der Stärkung telemedizinischer Leistungsangebote und der rechtlichen Gleichstellung telemedizinischer Kontakte im Vergleich zum physischen Arzt-Patienten-Kontakt regt der EAEP eine Änderung der in § 9 Satz 2 HWG verankerten Ausnahme vom Werbeverbot an, um eine Information über telemedizinische Leistungen zu ermöglichen. Das Heilmittelwerbegesetz verbietet die Information über Telemedizin, soweit es sich nicht um eine Konstellation handelt, in der nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen nicht erforderlich ist, was zu einer signifikanten Benachteiligung hiervon nicht erfasster Angebote und Anbieter führt. Werbung für eine umfassende, nicht auf bestimmte Krankheiten oder Beschwerden beschränkte ärztliche Primärversorgung im Wege der Fernbehandlung ist demnach weiterhin unzulässig. Bei der Bestimmung der anerkannten fachlichen Standards können nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH I ZR 146/20) die Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §§ 92, 136 SGB V Berücksichtigung finden, selbst wenn, so der Bundesgerichtshof, aktuell nur in wenigen Fällen einschlägige Fernbehandlungsrichtlinien existieren dürften, die den Anforderungen an einen anerkannten fachlichen Standard entsprechen. Diese Beschränkungen für die Bewerbung der Fernbehandlung sind nicht nachvollziehbar.

Eine tatsächliche Förderung von Telemedizin setzt voraus, dass über diese Leistungen informiert werden darf. Aufgrund des Werbeverbots, wie es aktuell in § 9 HWG existiert, ist das jedoch nicht möglich. Stattdessen behindert dieses die flächendeckende Einführung der Telemedizin, weil es Haus- und FachärztInnen erschwert, über ihre telemedizinischen Angebote zu informieren. Das rechtssichere an bestimmte Anforderungen gebundene Informieren zu telemedizinischen Angeboten ist über eine Klarstellung in § 9 HWG zu ermöglichen.

Formulierung in § 9 HWG	Unsere Empfehlung (Änderungen und Ergänzungen hervorgehoben)
<p>Unzulässig ist eine Werbung für die Erkennung oder Behandlung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden, die nicht auf eigener Wahrnehmung an dem zu behandelnden Menschen oder Tier beruht (Fernbehandlung). Satz 1 ist nicht anzuwenden auf die Werbung für Fernbehandlungen, die unter Verwendung von Kommunikationsmedien erfolgen, wenn nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen nicht erforderlich ist.</p>	<p>Unzulässig ist eine Werbung für die Erkennung oder Behandlung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden, die nicht auf eigener Wahrnehmung an dem zu behandelnden Menschen oder Tier beruht (Fernbehandlung). Satz 1 ist nicht anzuwenden auf die Werbung für Fernbehandlungen <u>jeglicher Art</u>, die unter Verwendung von Kommunikationsmedien erfolgen, wenn nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen nicht erforderlich ist <u>es sei denn, sie ist irreführend, verleitet in unlauterer Weise zu Selbstdiagnose oder bezieht sich auf die Behandlung durch Personen, die</u></p>

	<u>nicht zur Erbringung von Heilkunde berechtigt sind.</u>
--	--