

# Ärztliche Vergütung

Bei Leistungen i.V.m. dem Einsatz einer DiGA

2. Juni 2022

Anisa Idris

Mitglieder des Vorstands SVDGV

# Ärztliche Leistungen und DiGA

## *Unterschiedliche Quellen der Vergütung in der Regelversorgung (nicht beachtet: Selektivversorgung)*

### EBM

Aufnahme neuer Leistungen durch den Bewertungsausschuss – entweder aufgrund gesetzlicher Vorgaben oder durch Initiative der Mitgliedsorganisationen (GKV-SV, KBV)

### GOÄ

Aufnahme aufgrund von Verhandlung durch die Vertragsparteien und nur anwendbar für Privatversicherte bzw. Selbstzahler

### Bundesmantel-vertrag

Aufnahme aufgrund von Verhandlung durch die Vertragsparteien (GKV-SV, KBV) siehe DiGA in Erprobung

# Der EBM – Einheitlicher Bewertungsmaßstab\*:

- Jede Aktivität wird für bestimmte Untergruppen (z.B. Kardiologen) bewertet
- Bewertung nach erforderlichem Zeitaufwand und Fachwissen
- Nur "neue" Aktivitäten werden berücksichtigt (d.h. wenn eine Aktivität bereits existiert, kann sie erweitert werden, aber nicht für eine andere Berufsgruppe neu geschaffen werden)
- Kontrolle der Budgetauswirkungen durch mehrere, differenzierte Begrenzungsmaßnahmen hinsichtlich Menge und Wert jeder Tätigkeit
- Entscheidungsgremium "Bewertungsausschuss" umfasst GKV-SV und ärztliche Dachverbände - Vorsitzender: Prof. Dr. Jürgen Wasem

*\*EBM: Name des Katalogs; GOP: benannte Einzelleistung*

# Der GOÄ – Gebührenordnung Ärzte\*:

- Es gibt allgemeine Ziffern und Ziffern wird für bestimmte Untergruppen (z.B. Kardiologen) bewertet
- Jeder Ziffer ist ein einfacher Gebührensatz (Punkte mit 0,0582873 €) und ein zulässiger Gebührensatz, der um den (ohne Begründung) zulässigen Faktor gesteigerte einfache Gebührensatz (Schwellwert). Reduzierende Faktoren für bestimmte Leistungen und Zuschläge sind rot gekennzeichnet.
- Entscheidungsgremium "GeKo" – Gemeinsame Kommission umfasst Bundesärztekammer (BÄK) und dem Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) – Novellierung der GOÄ haben einen jahrelangen Vorlauf

*\*GOÄ: Name des Katalogs; Ziffern: benannte Einzelleistung*

# Der BMV-Ä – Bundesmantelvertrag Ärzte\*:

- Der BMV-Ä regelt die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung. Sein Geltungsbereich erstreckt sich auf das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) – wichtige Inhalte:

- Anlage 1 - Psychotherapie-Vereinbarung
- Anlage 2 - Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung
- Anlage 2a - Blankoformularbedruckung
- Anlage 2b - digitale Vordrucke
- Anlage 3 - Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- Anlage 4 - Vereinbarung zur Krankenversichertenkarte
- Anlage 4a - Vereinbarung zur elektronischen Gesundheitskarte
- Anlage 4b - Vereinbarung Authentifizierung Fernbehandlung
- Anlage 5 - Vertrag über die hausärztliche Versorgung
- Anlage 6 - Vertrag über den Datenaustausch
- Anlage 7 - Onkologie-Vereinbarung
- Anlage 8 - Delegations-Vereinbarung
- Anlage 9.1 - Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten
- Anlage 9.2 - Versorgung durch Mammographie-Screening
- Anlage 24 - Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal
- Anlage 28 - Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen
- Anlage 29 - Anforderungen an Heilmittelverordnungssoftware
- Anlage 30 - Vereinbarung Palliativversorgung
- Anlage 31 - Telemedizinische Leistungen
- Anlage 31a - Vereinbarung Telekonsil
- Anlage 31b - Videosprechstunde
- Anlage 32 - Telematikinfrastruktur
- Anlage 33 - HIV-Präexpositionsprophylaxe
- Anlage 34 - Digitale Gesundheitsanwendungen
- Anlage 35 - Kryo-Vereinbarung
- Vereinbarung zur Ausstattung mit Schutzausrüstung
- Vereinbarung zur Verwendung der eGK während der Covid-19-Pandemie
- Vereinbarung zur Psychotherapie aufgrund von SARS-CoV-2

\*BMV: Name des Katalogs; Anlagen: Konkretisierung Einzelleistungen

Spitzenverband  
Digitale  
Gesundheitsversorgung

# Ärztliche Leistungen und der Einsatz von DiGA

- Handelt es sich um einen GKV-Versicherten oder einen PKV / Selbstzahler?
  - GKV: s.u.
  - PKV: GOÄ
- Ist die ärztliche Leistung im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) aufgenommen?
  - Ja: Abrechenbar via EBM oder GÖA
  - Nein: Sind die Voraussetzung für die Erstattung gegeben?
- Dauerhaft aufgenommene DiGA: Bewertungsausschuss sollte innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis entscheiden
- Aufgenommen zur Erprobung: Festlegung der Vergütung im Bundesmantelvertrag (BMV) ohne spezifiziertes Zeitfenster

# EBM: Festgelegte ärztliche Leistungen

| GOP   | Inhalt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Berechtigte Fachgruppen                                                                                                                                                                          | Punkte / Euro         |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 01470 | Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung aus dem DiGA-Verzeichnis / auch im Rahmen der Videosprechstunde berechnungsfähig / extrabudgetäre Vergütung für zwei Jahre<br>Hinweis: Die GOP 01470 ist mehrfach im Behandlungsfall berechnungsfähig, sofern dem Patienten unterschiedliche DiGA verordnet werden. In diesem Fall muss als Begründung die verordnete DiGA benannt werden. | Alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die Patienten ab 18 Jahren behandeln                                                                                                          | 18 Punkte / 2 Euro    |
| 01471 | Verlaufskontrolle und Auswertung Web-Anwendung „somnio“ / einmal im Behandlungsfall / auch im Rahmen der Videosprechstunde berechnungsfähig / extrabudgetäre Vergütung für zwei Jahre                                                                                                                                                                                                          | Hausärzte, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Kardiologen, Pneumologen, Internisten ohne Schwerpunkt sowie Fachärzte bzw. Psychotherapeuten, die nach Kapitel 16, 21, 22 und 23 Leistungen berechnen dürfen | 64 Punkte / 7,12 Euro |

## Aufnahme einer Zeile in den Anhang 1 zum EBM

| Spaltenbezeichnung |                                                                                                                    | VP                                                                    | GP                                                        | SG                                      |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                    | Legende                                                                                                            | Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grund-pauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
|                    | Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V | x                                                                     | x                                                         | x                                       |

## 5. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01471 in den Anhang 3 zum EBM

| GOP   | Kurzlegende                                      | Kalkulationszeit in Minuten | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------|--------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------|
| 01471 | Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio | KA                          | ./.                 | Keine Eignung        |

# BMV-Ä: vereinbarte ärztliche Leistungen (1/4)

*Gültig ab 1. Mai 2022*

## Im Fall der Verschreibung von:

1. Zanadio
2. Invirto - Die Therapie gegen Angst
3. Cankado Pro-React Onco
4. Mawendo
5. Oviva Direkt für Adipositas
6. Companion patella

## **Abschnitt 1.1: DiGA**

Die Allgemeine Leistung gemäß Abschnitt 1.2 ist ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung folgender Digitaler Gesundheitsanwendungen berechnungsfähig (siehe Liste).

Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die jeweilige DiGA festgelegten vertragsärztlichen Tätigkeiten vergleichbar sind und deshalb in einer Leistung abgebildet werden können. Die Leistung wird als Verlaufskontrolle bezeichnet. Dabei dient die Bezeichnung „Verlaufskontrolle“ als Sammelbegriff für die vom BfArM festgelegten ärztlichen Tätigkeiten (Kontrolluntersuchung, Begleitung, Auswertung, Beurteilung, Visite, Individualisierung und Überprüfung).

# BMV-Ä: vereinbarte ärztliche Leistungen (2/4)

*Gültig ab 1. Mai 2022*

86700 Pauschale für Leistungen im Zusammenhang mit der Anwendung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) gemäß Anhang 1 Absatz 1 Anlage 34 BMV-Ä

## **Obligater Leistungsinhalt**

- Verlaufskontrolle und Auswertung einer digitalen Gesundheitsanwendung

und/oder

- Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten einer digitalen Gesundheitsanwendung,

**einmal im Behandlungsfall 7,12 €**

Die Leistung 86700 ist je digitaler Gesundheitsanwendung im Krankheitsfall höchstens zwei-mal berechnungsfähig.

Die Berechnung nach der Leistung 86700 setzt die Angabe der Pharmazentralnummer (PZN) der digitalen Gesundheitsanwendung voraus.

Bei der Anwendung mehrerer digitaler Gesundheitsanwendungen je Versicherten im Behandlungsfall ist die Leistung 86700 entsprechend der Anzahl der digitalen Gesundheitsanwendungen mehrmals berechnungsfähig.

Die Leistung 86700 ist im Behandlungsfall nicht neben der Erstverordnung derselben digitalen Gesundheitsanwendung gemäß der Gebührenordnungsposition 01470 berechnungsfähig.

# Exkurs CANKADO PRO-React Onco

Die Tätigkeit unterteilt sich in zwei Prozesse:

- Prozess 1 - Einweisung (Einmalig): Die Patientinnen und Patienten müssen über die Bedeutung der Anwendung für den eigenen Therapieverlauf aufgeklärt werden. Zudem ist es wichtig sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten verstehen, dass die dokumentierten Beobachtungen in der Folge zur Visitenvorbereitung und während der Visite verwendet wird
- Prozess 2 - Visite (Wiederkehrend): Hauptanwendung für Ärztinnen und Ärzte ist die Einbindung der Dokumentationen in die Visitenvorbereitung und zur Besprechung während der Visite. Der Allgemeine Gesundheitszustand wird an rund 60% aller Tage dokumentiert und etwa alle 10 Tage werden im Mittel 3,3 Beschwerden erfasst (POSCA Study, Riese C., 2018). Bei einer Visitendichte von alle 6 Wochen sind dies 25 Dokumentationstage der Lebensqualität und ca. 14 erfasste Beschwerden, die zu sichten und zu besprechen sind.

# Exkurs Companion Patella

- Schritt 1 - Bei Verordnung: Motivierung der Patientinnen und Patienten, sich mit den Inhalten des Programms auseinanderzusetzen und die neugewonnenen Erkenntnisse und Hinweise sowie Trainingsinhalte praktisch und nachhaltig umzusetzen. Optional: Aufklärung über die Inhalte und Wirkungsweise von Bewegungstherapie beim entsprechenden Krankheitsbild.
- Schritt 2 - Monitoring (optional): Überprüfen des Therapieberichts über die Entwicklung des Vorderen Knieschmerzes sowie des Fortschritts im Programm. Evaluation des Therapieerfolgs und ggf. Einleitung weiterer Maßnahmen (z. B. zusätzliche Orthese, Kombination mit analoger Physiotherapie etc.) nach 45 Tagen.
- Schritt 3 – Auswertung: Überprüfen des Therapieberichts über die Entwicklung des Vorderen Knieschmerzes, sowie Evaluation des Therapieerfolgs und ggf. Einleitung weiterer Maßnahmen (z.B. zusätzliche Orthese oder Fortsetzung der Therapie bzw. Ergänzung durch Physiotherapie) nach 90 Tagen. Dauer: Befragung im Gespräch für jeweils etwa 8-15 Minuten

# Exkurs Invirto

- Invirto kann nach der Diagnostik einer Agoraphobie mit und ohne Panikstörung (F40.00, F40.01), einer Panikstörung (F41.0) oder einer sozialen Phobie (F40.1) von PsychotherapeutInnen oder ÄrztInnen verschrieben werden. Vor dem Start der Therapie muss außerdem eine körperliche Abklärung erfolgen (beispielsweise konsiliarisch durch Hausarzt oder Hausärztin).
- Die Therapie selbst erfolgt unter therapeutischer Begleitung der PatientInnen in 4,5 Einheiten (225 Minuten) psychotherapeutischer Einzelsitzung. Der genaue Behandlungspfad ist unter folgendem Link zu finden: <https://www.invirto.de/fuer-behandler/>
- Die psychotherapeutische Begleitung der Patienten kann von allen Ärzten/Psychotherapeuten erbracht werden, die eine Zulassung (fachliche Befähigung) für die Erbringung von Psychotherapie gemäß aktuell geltender Psychotherapie-Vereinbarung für ihre Arzt-/Therapeutengruppe errungen haben. Die psychotherapeutische Begleitung kann im Rahmen aller bundesweit gültigen Abrechnungsstrukturen für die Erbringung von Psychotherapie der jeweiligen Arzt-/Therapeutengruppe erbracht werden.
- Zusätzlich fallen folgende Aufgaben für die Behandler an, die noch nicht im Abrechnungskatalog abgebildet und ggf. ergänzt werden müssen:
  1. Auswertung von aus der DiGA verfügbaren Rohdaten einer Verlaufsdiagnostik zu drei Zeitpunkten.
  2. Auswertung und Dokumentation von Frequenz der Aktivität und Fortschritt des Patienten in der DiGA zur Koordinierung des Übungsgespräch und des Abschlussgesprächs.

# Exkurs Mawendo

- Auswahl und Individualisierung des Trainingsprogramms der DiGA
- Es erfolgt eine genaue Spezifikation des Krankheitsbildes über eine Auswahlliste sowie die Überprüfung der vorgeschlagenen Dauer der einzelnen Trainingsphasen und eine ggf. notwendige Veränderung sowie die Überprüfung der vorgeschlagenen Übungsauswahl im Trainingsprogramm der einzelnen Phasen, welche ggf. patientenindividuell angepasst werden können.
- Der Zeitaufwand für die erforderlichen vertragsärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Einsatz der DiGA Mawendo beträgt laut Hersteller 4 Minuten.

# Exkurs Oviva Direkt für Adipositas

- Erstverordnung von Oviva Direkt für Adipositas - Ärztliches Gespräch zur
  - Feststellung des Grades der Motivation zur Verhaltensänderung bei den Patientinnen und Patienten
  - Klärung der Bereitschaft zu einer weitgehend eigenverantwortlichen Versorgung mit Oviva Direkt für Adipositas
  - Erklärung der therapeutischen Ziele von Oviva Direkt für Adipositas
- Kontrolluntersuchung und ggf. Folgeverordnung von Oviva Direkt für Adipositas (nach 3 Monaten):
  - Besprechung des aus der DiGA generierten Berichts zum Therapieerfolg ( Patientinnen und Patienten können mit Oviva Direkt für Adipositas einen Bericht für ÄrztInnen generieren, der Aufschluss über die Gewichtsveränderung, eine Veränderung der Lebensqualität und die Therapietreue/Adhärenz gibt.)
  - Entscheidung bezüglich einer Folgeverordnung von Oviva Direkt für Adipositas

# Exkurs Znanadio

- Im Rahmen der Verordnung ist ein Ausschluss von Kontraindikationen im Rahmen der Differentialdiagnostik erforderlich, dies beinhaltet auch eine BMI Berechnung. Darüber hinaus ist auch eine Feststellung des Bauchumfangs und Hüftumfang (mit Berechnung der Waist-to-Hip ratio), eine Definition der Behandlungsziele, eine Überprüfung der Veränderungsmotivation sowie die Analyse eines ggf. vorliegenden Medikationsplans erforderlich.
- Bei der Verordnung wünschenswert/ggf. erforderlich
  - Im Rahmen der Diagnostik kann auch eine Blutdruck- und Blutzucker (Stix-)Messung sinnvoll sein. (GOP 32057 +GOP 32089)
  - Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) zur Körperzusammensetzung (GOÄ A650)
  - Blutuntersuchungen (BZ nüchtern (GOP 32057), Gesamtcholesterin (GOP 32060), LDL-Cholesterin (GOP 32062), HDL-Cholesterin (GOP 32061), Tryglyceride (GOP 32063), Kreatinin (GOP 32067), Harnsäure (GOP 32064), GPT (GOP 32070), Gamma-GT (GOP 32071), TSH basal (GOP 32101), Blutbild (GOP 32120))
  - Belastungs-EKG (wo medizinisch indiziert) (GOP 03321)
- Kontrolluntersuchungen:
  - Der Behandlungsfortschritt sollte im Rahmen einer Kontrolluntersuchung alle 6 Monate begutachtet werden. Für die Kontrolluntersuchung wird durch die Anwendung ein patientenindividueller Report über die Nutzung der DiGA erstellt, anhand derer der Behandler die Fortschritte im Rahmen der Nutzung beurteilen kann. Dieser Report sollte im Rahmen von Kontrolluntersuchungen durch den Behandler genutzt werden, um über den erwarteten Behandlungserfolg bei weiterer Nutzung zu entscheiden. Darüber hinaus sollten die im Rahmen der Verordnung genannten Messungen zum Kontrollzeitpunkt wiederholen.
  - GOP 03000 - Pauschale für (BMI, WHR, Medikationsplan, Ausschluss Kontraindikation, ggf. RR-Messung)
  - GOP 35100 - Motivationscheck
  - GOP 03230 - Therapeutisches Gespräch zur Kontrolle und ggf. Neu-Definition der Therapieziele Wünschenswert/ggf. erforderlich:
  - Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) zur Körperzusammensetzung (GOÄ A650)
  - Blutzucker (Stix-)Messung (GOP 32057 + GOP 32089)
  - Blutuntersuchungen (BZ nüchtern (GOP 32057), Gesamtcholesterin (GOP 32060), LDL-Cholesterin (GOP 32062), HDL-Cholesterin (GOP 32061), Tryglyceride (GOP 32063), Kreatinin (GOP 32067), Harnsäure (GOP 32064), GPT (GOP 32070), Gamma-GT (GOP 32071), TSH basal (GOP 32101), Blutbild (GOP 32120))

# BMV-Ä: vereinbarte ärztliche Leistungen (3/4)

*Gültig ab 1. Mai 2022*

## Abrechenbar von:

1. Fachärzten für Allgemeinmedizin,
2. Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
3. Praktischen Ärzten,
4. Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
5. Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung ge-mäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
6. Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt mit der Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bzw. an regionalen Onkologie-Vereinbarungen oder mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“,
7. Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie,
8. Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunktbezeichnung,
9. Fachärzten für Neurologie,
10. Fachärzten für Nervenheilkunde,
11. Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
12. Fachärzten für Neurochirurgie,
13. Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
14. Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
15. Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten,
16. Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie,
17. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
18. Fachärzten für Orthopädie,
19. Fachärzten für Chirurgie,
20. Fachärzten für Kinderchirurgie,
21. Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
22. Fachärzten für Gynäkologie,

## Wer ist ausgeschlossen?

1. Anästhesiologie
2. Anatomie
3. Arbeitsmedizin (Betriebsmedizin)
4. Augenheilkunde
5. Biochemie
6. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
7. Haut- und Geschlechtskrankheiten
8. Humangenetik
9. Hygiene und Umweltmedizin
10. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
11. Laboratoriumsmedizin
12. Nuklearmedizin
13. Öffentliches Gesundheitswesen
14. Pathologie
15. Pharmakologie
16. Phoniatrie und Pädaudiologie
17. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
18. Radiologie
19. Rechtsmedizin
20. Strahlentherapie
21. Transfusionsmedizin

Digitale

Gesundheitsversorgung

# BMV-Ä: vereinbarte ärztliche Leistungen (4/4)

## *Kinder- und Jugendmedizin*

### Abrechenbar von: Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

Die folgende Leistung ist ausschließlich von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin berechnungsfähig, da diese Fachgruppe die Gebührenordnungsposition 01470 „Zusatzpauschale für das Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis“ des EBM nicht abrechnen kann

**86701 Pauschale für das Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) für Kinder und Jugendliche, die in die Alters-gruppe 12 bis 17 Jahre des Verzeichnisses nach § 139e Absatz 1 SGB V aufgenommen wurden,**

einmal im Behandlungsfall 2,00 €

Bei der Erstverordnung mehrerer digitaler Gesundheitsanwendungen je Versicherten im Behandlungsfall ist die Leistung 86701 entsprechend der Anzahl der Erstverordnungen mit Angabe einer Begründung (Angabe der Pharmazentralnummer (PZN) der verordneten digitalen Gesundheitsanwendungen) mehrmals berechnungsfähig.

Die Leistung 86701 ist auch bei Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte entsprechend.

Die Leistung 86701 ist bis zum 31.12.2022 befristet.

# Neue ärztliche Leistung: Was sollte bedacht werden?

| Mögliche abrechenbare vertragsärztliche Leistungen im Zusammenhang mit <u>DiGA XYZ</u>                                                                                                                                       | Voraussetzungen                           | Anforderungen an die Umsetzung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Zeitliche Bewertung |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Therapiebegleitende Überprüfung der Krankheitsprogression</b> ( <u>Chronifizierung</u> der Erkrankung)                                                                                                                    | Leitlinien basierte Diagnostik & Therapie | <ul style="list-style-type: none"> <li>Annahme des <b>Papier-Ausdruck</b> des <b>Arztreports</b> und Integration in PVS oder Papierablage</li> <li>Annahme <b>Arztreport-PDF</b> in <b>digitaler Form</b> <u>von Patient</u> und Integration in PVS</li> <li>Annahme von <b>Arztreport über Export</b> aus elektronischen Patientenakte (<u>ePA</u>)</li> </ul> |                     |
| <b>Überprüfung des Akutmedikationsregimes der letzten 3-6 Monate</b> in Hinblick auf Wirksamkeit und Anpassungsbedarf.                                                                                                       | Vgl. 2                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Annahme des <b>Papier-Ausdruck</b> des <b>Arztreports</b> und Integration in PVS oder Papierablage</li> <li>Annahme <b>Arztreport-PDF</b> in <b>digitaler Form</b> <u>von Patient</u> und Integration in PVS</li> <li>Annahme von <b>Arztreport über Export</b> aus elektronischen Patientenakte (<u>ePA</u>)</li> </ul> |                     |
| <b>Überprüfung korrekter Akutmedikationseinnahme</b> , anhand der <u>Attackenübersicht</u> . Je nach Medikationsklasse muss die <u>Einnahme rechtzeitig</u> erfolgen, damit die Wirkung des Medikaments erzielt werden kann. | Vgl. 2.1.2                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Annahme des <b>Papier-Ausdruck</b> des <b>Arztreports</b> und Integration in PVS oder Papierablage</li> <li>Annahme <b>Arztreport-PDF</b> in <b>digitaler Form</b> <u>von Patient</u> und Integration in PVS</li> <li>Annahme von <b>Arztreport über Export</b> aus elektronischen Patientenakte (<u>ePA</u>)</li> </ul> |                     |

## Überlegungen zur Umsetzung

1. Analyse der bestehenden Erstattungsmöglichkeiten (z.B. Konflikt mit GOÄ vermeiden)
2. Definition des Ziels Honorars
3. Bewertung des Ziels im Hinblick der bestehenden Erstattungsmöglichkeiten und der theoretischen Standardversorgung (z. B. Leitlinien)
4. Einrichtung eines medizinischen Beirats  
- Analyse des erforderlichen Zeitaufwands und Fachwissens durchführen - Ergebnisse veröffentlichen
5. Abstimmung mit weiteren (nicht-ärztlichen) Interessengruppen

Vielen Dank!

Anisa Idris  
[anisa.idris@digitalversorgt.de](mailto:anisa.idris@digitalversorgt.de)

Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V.  
Karl-Liebknecht-Str. 1  
10178 Berlin  
Germany

[www.digitalversorgt.de](http://www.digitalversorgt.de)