

KVBFORUM 01 | 25 02 | 25



ZUKUNFT DER GESUNDHEITSDATEN

Was bringt die elektronische Patientenakte?

18 | KVB INTERN: Einigkeit in politisch unsicheren Zeiten

24 | KVB INTERN: Poolärzte im Bereitschaftsdienst

26 | IT IN DER PRAXIS: Ein Jahr eRezept

3 EDITORIAL

KURZMELDUNGEN

- 4 „Wollen wir das wirklich verlieren?“
- 4 Folgen Sie uns in die Gesundheitsarena
- 4 Vertreterversammlungen 2025
- 4 Zahl des Monats
- 5 Bekenntnis des VFB zu Demokratie, Menschenrechten und Freiheit
- 5 Zukunftsweisend: Digitale Vernetzung 116117 und 112

TITELTHEMA

- 6 Die „ePA für alle“ startet
Ab 15. Januar 2025 müssen alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ihren Versicherten eine ePA zur Verfügung stellen
- 8 Die „ePA für alle“ in der Praxis
Worauf muss bei der Anwendung geachtet werden?



- 11 Die ePA-Architektur
Die wichtigsten technischen Aspekte – und wie und wo sie im Hintergrund ablaufen
- 12 ePA: Viele Praxen erwarten lang andauernde Übergangsphase
Interviews mit Mitgliedern, die bereits erste Erfahrungen mit der elektronischen Patientenakte in der Praxis gemacht haben

RECHT INTERESSANT

- 16 „ePA für alle“: Welche Pflichten kommen auf die Praxen zu?
Was sind die rechtlichen Aspekte, auf die sich Ärztinnen, Ärzte und ihre Teams einstellen müssen?

KVB INTERN

- 18 Einigkeit in politisch unsicheren Zeiten
Die letzte Vertreterversammlung der KVB 2024 stand einmal mehr unter dem Aspekt des Zusammenhalts



- 20 KVB-Vorstand begrüßt Ministerin in der VBZ
Die bayerische Gesundheitsministerin erhielt praktische Einblicke in die Patientenvermittlung unter der 116117
- 22 Neu: Abrechnung von Hybrid-DRG
Welche Dienstleistungen können KVB-Mitglieder künftig in Anspruch nehmen?
- 24 Poolärzte im Bereitschaftsdienst
Gute Lösung zu „Selbstständigkeit und Sozialversicherungspflicht“

DIGITALISIERUNG

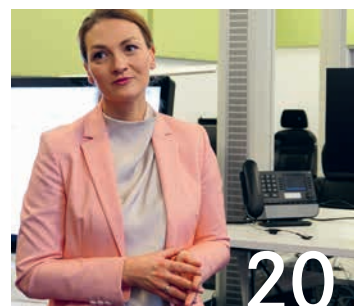
- 25 Digital-Event „Zi insights“ zur digitalen Terminsteuerung
DocOnLine zeigt, wie medizinische Ressourcen effizienter genutzt werden können

IT IN DER PRAXIS

- 26 Ein Jahr eRezept
Trotz vieler Vorteile ergeben sich in der Praxis noch Unsicherheiten

27 KVB KONTAKTDATEN

28 IMPRESSUM





Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

was lange währt, wird endlich gut. Normalerweise steht hinter diesem Satz ein Punkt oder gar ein Ausrufezeichen. Was die elektronischen Patientenakte (ePA) betrifft, sind Fragezeichen sicher passender. Bereits 2004 gab es erste Ideen für eine ePA auf der Gesundheitskarte mit einer zentralen, digitalen Verwaltung von Patientendaten.

Heute, 20 Jahre später, soll es nun losgehen – mit einer versichertengeführten Akte in der Cloud. Eine gut geführte ePA böte (Konjunktiv!) zahlreiche Vorteile: Sie könnte eine umfassendere und präzisere Einsicht in die Krankengeschichte der Patienten ermöglichen, was zu besseren diagnostischen Entscheidungen und einer schnelleren Behandlung führen könnte. Zudem könnte sie zu einem einfacheren Austausch von Informationen zwischen verschiedenen Akteuren beitragen. Kritische Aspekte dürfen aber nicht unter den Tisch fallen, insbesondere im Bereich des Datenschutzes und der Datensicherheit: Der Schutz sensibler Gesundheitsdaten ist von höchster Bedeutung. Die Sorge, dass persönliche medizinische Informationen in die falschen Hände geraten und widerrechtlich genutzt werden, ist berechtigt und muss ernst genommen werden.

Das KV-System hat sich entschieden, die Einführung der Akte konstruktiv und dennoch kritisch zu begleiten. Nur wer sich aktiv an dem Prozess beteiligt, kann Einfluss nehmen. Nur wer die Feldversuche als Akteur und nicht nur als Zuschauer begleitet, kann Verbesserungen einbringen und andere Beteiligte wie die PVS-Hersteller in die Pflicht nehmen. Voraussetzung ist allerdings, dass die Feldversuche mit der ePA so lange dauern, bis die vielen Fragezeichen auch wirklich beseitigt sind.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Pfeiffer
Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Heinz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Ritter-Rupp
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

„WOLLEN WIR DAS WIRKLICH VERLIEREN?“

Die Aufklärungskampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) „Wir sind für Sie nah“ ging im Herbst 2024 in die nächste Runde. Erneut spielten emotionale TV-Spots eine zentrale Rolle im Medien-Mix, der auch Social-Media-Beiträge, politische Podcasts und Newsletter beinhaltete. Dieses Mal lag der Fokus auf den Patientinnen und Patienten und deren Geschichten. Denn sie sind es, die auf eine persönliche, wohnortnahe Versorgung angewiesen sind. Vor diesem Hintergrund erzählten drei TV-Spots die Geschichten von Menschen, die ohne die Unterstützung ihrer Ärztinnen und Ärzte in einer aussichtslosen Lage wären. Am Ende jedes Spots stand die Frage: „Wollen wir das wirklich verlieren?“.

rettet-die-praxen.de

EINE PRAXIS, DIE MEINE PRAXIS IST.

Wollen wir das wirklich verlieren?

DIE HAUS- UND FACHÄRZTE
Wir sind für Sie nah.

Damit verbunden war die eindringliche Mahnung, dass die Nähe zwischen Arztpraxen und Patienten ohne ein Umdenken der politischen Entscheider verloren gehen könnte. Als Vorboten zum Wahljahr 2025 wurden damit die politischen Forderungen explizit in den Kampagnenmittelpunkt gerückt, um das öffentliche Bewusstsein für die prekäre Lage der Praxen weiterhin zu schärfen. Zentraler Anker ist und bleibt die Website rettet-die-praxen.de.

Redaktion

FOLGEN SIE UNS IN DIE GESUNDHEITSARENA

GESUNDHEITS ARENA

EXPERTEN IM GESPRÄCH

DER KVB-PODCAST JETZT REINHÖREN!

Spotify Podcasts amazon music DEEZER

Reinhören lohnt sich beim 14-tägigen Podcast der KVB. Am besten, Sie abonnieren uns auf allen gängigen Streaming-Plattformen. Jede Episode widmet sich einem Schwerpunktthema aus der ambulanten medizinischen Versorgung, das für die interessierte Öffentlichkeit in rund 20 Minuten auf den Punkt gebracht wird. Die nächsten Folgen werfen bereits ihre Schatten voraus. Moderator Martin Eulitz, Pressesprecher der KVB, spricht mit Expertinnen und Experten unter anderem zu den Themen Depression, Zukunftswünschen von Medizinstudierenden – unserer nächsten Ärztegeneration, sowie über die elektronische Patientenakte (ePA). Weitere Informationen unter www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitsarena.

Redaktion

VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2025



Die Vertreterversammlungen (VV) der KVB im Jahr 2025 finden an folgenden Terminen in der Eisenheimerstraße 39, 80687 München statt.

- Freitag, 28. März 2025
- Mittwoch, 25. Juni 2025
- Freitag, 21. November 2025

Informationen rund um die geplanten Vertreterversammlungen und deren Ablauf finden Sie unter www.kvb.de.

Zahl des Monats

6

Fortbildungspunkte können Ärzte und Psychotherapeuten über die Online-Fortbildung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur elektronischen Patientenakte (ePA) sammeln.

(Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand 19. November 2024)

BEKENNTNIS DES VFB ZU DEMOKRATIE, MENSCHENRECHTEN UND FREIHEIT



In einer Resolution vom 7. November 2024 verurteilte der Verband Freier Berufe in Bayern (VFB) jede Form von Extremismus und Ausgrenzung und trat für eine offene, vielfältige und freiheitliche Gesellschaft ein. Die Freien Berufe, so die Resolution, sehen mit großer Sorge, wie Hass und Hetze in der Gesellschaft zunehmen und die demokratischen Werte mehr und mehr in Frage gestellt werden.

Der VFB verabschiedete dazu in seiner letzten Delegiertenversammlung des Jahres 2024 einstimmig die

Resolution „Für Demokratie, Menschenrechte und Freiheit“ und bekannte sich nachdrücklich zur freiheitlich demokratischen Grundordnung. Gleichzeitig wandten sich die Delegierten mit ihrem Statement gegen jegliche Form von Extremismus.

„Die Freien Berufe sind eine Wertegemeinschaft, wir stehen für Demokratie, Freiheit, Rechtsstaatlichkeit, Toleranz und Integration. Unsere flächendeckenden Strukturen werden durch Kolleginnen und Kollegen mit einer Zuwanderungsgeschichte bereichert und ermöglicht. Die Freien Berufe sind auf eine offene und freiheitliche Gesellschaft angewiesen, denn nur so können sie ihre für die Gesellschaft wichtigen Aufgaben wirkungsvoll und am Gemeinwohl orientiert erfüllen“ heißt es in der Resolution. In einer Demokratie zu leben, sei nicht selbstverständlich. Es sei daher jeder und jede aufgefordert, gemeinsam Verantwortung für ein aufgeschlossenes, freiheitliches und respektvolles Miteinander zu übernehmen.

Redaktion

ZUKUNFTSWEISEND: DIGITALE VERNETZUNG 116117 UND 112

Bayerns Innenminister Joachim Herrmann zog gemeinsam mit den Beteiligten eine positive Bilanz nach einem Jahr digitaler Vernetzung der Integrierten Leitstellen (ILS) mit den Vermittlungszentralen der KVB. Bei einem gemeinsamen Treffen im Innenministerium Ende November 2024 lobte er den unkomplizierten und medienbruchfreien Austausch von Patientendaten der digitalen Schnittstelle zwischen der 112 und der Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 als bundesweit einmalig und zukunftsweisend. Sie sei ein wichtiger Baustein für eine schnelle und zielgerichtete Patientenversorgung, so Herrmann. Im Übrigen habe sich neben der technischen Vernetzung erfreulicherweise auch die Zusammenarbeit der Beteiligten bei operativen und strategischen Fragen vertieft. KVB-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Christian Pfeiffer erklärte: „Dieses Projekt zeigt, wie wichtig und effektiv eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen ist.“ Die erfolgreiche digitale Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112 in Bayern sei im Sinne einer besseren Patientensteuerung im Akutfall wegweisend für unser



Freude über den Erfolg der digitalen Schnittstelle: Christian Pfeiffer, Innenminister Joachim Herrmann und Florentin von Kaufmann (von links).

Gesundheitssystem. Auch seitens der ILS gab es viel Zuspruch für das gemeinsame Projekt. So sieht der Vorsitzende des Verbandes der Bayerischen Leitstellenbetreiber, Florentin von Kaufmann, in der digitalen Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112 eine wichtige Grundlage für eine hochwertige Patientenversorgung. Es sei daher unerlässlich, sich nicht auf diesem Erfolg auszuruhen, sondern die Prozesse ständig gemeinsam weiterzuentwickeln.

Redaktion

Die „ePA für alle“ startet

Ab dem 15. Januar 2025 wird allen gesetzlich Versicherten in Deutschland von ihrer Krankenkasse eine elektronische Patientenakte, die sogenannte „ePA für alle“, zur Verfügung gestellt, sofern sie nicht widersprechen. Lesen Sie hier, was dadurch auf Ihre Praxen zukommt, welche Optionen Patientinnen und Patienten haben und wie Sie sich auf die „ePA für alle“ jetzt vorbereiten können.

Neuerungen der „ePA für alle“ im Vergleich zur bisherigen ePA

Die ePA ist eine Anwendung der Telematikinfrastruktur (TI) und soll als zentraler digitaler Speicherort Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, aber auch dem Patienten selbst, Gesundheitsdaten des Patienten zugänglich machen. Bereits seit 2021 können Patienten freiwillig eine ePA nutzen, wenn sie diese aktiv beantragt haben. Ab dem 15. Januar 2025 wird die „ePA für alle“ nach dem Opt-Out-Prinzip eingeführt, das heißt, ab diesem Zeitpunkt legen Krankenkassen automatisch für ihre gesetzlich Versicherten eine ePA an, sofern diese nicht widersprechen. Dadurch soll eine sehr viel breitere Nutzung als bislang erreicht werden. Doch nicht nur die Art der Bereitstellung ändert sich: Mit der Einführung der „ePA für alle“ erhalten Praxen im Behandlungskontext durch das Stecken der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) des Patienten automatisch im Regelfall für 90 Tage Zugriff auf dessen ePA, sofern dieser nicht widersprochen hat. Eine eGK-PIN-Eingabe ist dabei nicht notwendig.

Ab dem 15. Januar 2025 beginnt die Nutzung der „ePA für alle“ vorrangig in den TI-Modellregionen Franken und Hamburg sowie in Teilen Nordrhein-Westfalens. Beteiligte Praxen innerhalb der Modellregionen sind entsprechend informiert. Der flächendeckende



deutschlandweite Rollout soll erfolgen, wenn die Erfahrungen in den Modellregionen positiv sind (frühestens Mitte Februar).

Neue Pflichten für Ärzte und Psychotherapeuten

Ärzte und Psychotherapeuten sind künftig verpflichtet, die ePA ihrer Patienten mit bestimmten Daten aus der aktuellen Behandlung zu befüllen. Neben dieser Befüllungspflicht sind Informations- und Dokumentationspflichten zu beachten. In unserem Beitrag auf Seite 16 unter der Rubrik Recht interessant erfahren Sie im Detail, welche Pflichten ab Januar 2025 auf Sie zukommen.

Darüber hinaus wird die ePA automatisch mit eRezept-Daten, die in eine elektronische Medikationsliste (eML), siehe Artikel Seite 8, fließen, und Abrechnungsdaten der Krankenkassen befüllt – auch das nur, sofern der Patient nicht widerspricht. Zudem können Patienten ihre ePA selbst befüllen oder Dokumente über ihre Krankenkasse digitalisieren und einstellen lassen.

Versichertengeführte Akte

Die „ePA für alle“ ist als versicherten- beziehungsweise patientengeführte Akte konzipiert. Patienten haben also die Hoheit über die Daten in ihrer ePA und können über verschiedene Einstellungs- und Widerspruchsmöglichkeiten entscheiden, welche Inhalte diese enthalten soll und wer wie lange darauf zugreifen kann.

Versicherte können ihre ePA „aktiv“ etwa über die ePA-App auf einem eigenen Endgerät (zum Beispiel Smartphone) nutzen und verwalten, indem sie (Zugriffs-) Einstellungen und Widersprüche vornehmen, Inhalte in der ePA einsehen und eigene Daten einstellen. Es besteht auch die Möglichkeit, Vertreter zu bestimmen, die die ePA des Vertretenen über ihre ePA-App verwalten können. Außerdem müssen Krankenkassen sogenannte Ombudsstellen einrichten, die die Versicherten im Zusammenhang mit der „ePA für alle“ beraten, aber auf deren Wunsch hin auch Widersprüche beziehungsweise Einstellungen zur ePA umsetzen können. Nutzen und verwalten Patienten die ePA nicht aktiv, steht ihnen diese dennoch zur „passiven“ Nutzung zur Verfügung, denn die Pflichten für Ärzte und Psychotherapeuten im Zusammenhang mit der „ePA für alle“ (unter anderem die Befüllung der Akte) be-



stehen unabhängig davon, ob ein Patient seine ePA aktiv verwaltet oder nicht.

Widerspruch gegen die ePA an sich können Versicherte im Vorfeld der initialen Bereitstellung direkt gegenüber ihrer Krankenkasse einlegen (in Folge wird für die Versicherten keine ePA angelegt), außerdem jederzeit danach, dann auch zusätzlich per ePA-App. In diesem Fall wird die ePA einschließlich aller Daten gelöscht. Patienten können sich auch gegen den Zugriff einer Praxis auf ihre ePA entscheiden, sodass diese weder Daten einsehen noch einstellen kann. Es ist ebenso möglich, die Standard-Zugriffsdauer von 90 Tagen für eine Praxis zu verlängern oder zu verkürzen, sodass beispielsweise für eine Hausarztpraxis auch ein zeitlich unbegrenzter Zugriff festgelegt werden kann. Möchten Patienten nicht, dass (bestimmte) Dokumente aus dem Behandlungskontext in ihre ePA eingestellt werden, können sie direkt in der Praxis gegen das Einstellen widersprechen. Patienten können Dokumente aber auch selbst aus der ePA löschen oder diese verbergen, sodass diese nur noch für sie selbst sichtbar sind. Weitere Einstellungs- und Widerspruchsmöglichkeiten der Patienten finden Sie im Internet auf unserer ePA-Themenseite unter www.kvb.de/epa.

Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, ihre Versicherten umfassend zur „ePA für alle“ zu informieren. Dies schließt neben allgemeinen Informationen auch Einstellungs- und Widerspruchsmöglichkeiten ein.

Jetzt auf die „ePA für alle“ vorbereiten

Bitte schaffen Sie in Ihren Praxen rechtzeitig die notwendigen technischen Voraussetzungen für die „ePA für alle“: Für die Nutzung ist ein Anschluss an die TI

mit einem aktuellen Konnektor sowie das neue „ePA für alle“ PVS-Update/-Modul (Update-Stufe 3.0) erforderlich. Beschäftigen Sie sich ebenso damit, welche Pflichten auf Sie zukommen und wie die „ePA für alle“ in Ihre bestehenden Praxisabläufe integriert werden kann. Bei Fragen zur Vorgehensweise in Ihrem PVS wenden Sie sich bitte an Ihren PVS-Anbieter/IT-Servicepartner.

*Antonia Gramenz, Lea Roth
(beide KVB)*

Unterstützung durch die KVB

- Auf unserer **ePA-Themenseite** www.kvb.de/epa finden Sie weiterführende Informationen inklusive aktueller FAQs sowie ein übersichtliches Informationsblatt.
- Der KVB **eTec Support** steht Ihnen bei Fragen gerne telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40 zur Verfügung.
- Außerdem bieten wir zum Thema „ePA für alle“ **Online-Veranstaltungen** an. Eine Anmeldung ist unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot/ möglich.

Hinweis:

In KVB FORUM, Ausgabe 11/12-2024, haben wir eine Fragestunde zur „ePA für alle“ für den 22. Januar 2025 angekündigt. Diese muss verschoben werden und findet voraussichtlich im März statt. Über den genauen Termin werden wir Sie frühzeitig informieren.

Die „ePA für alle“ in der Praxis

Die elektronische Patientenakte (ePA) nach relevanten Informationen durchsuchen. Daten in die ePA einstellen. Von der elektronischen Medikationsliste zum digital gestützten Medikationsprozess: Wir legen in diesem Beitrag den Fokus auf die Anwendungsfälle der „ePA für alle“ und stellen uns die Frage: Wie wird sie ab diesem Jahr in der Praxis genutzt?

Die „ePA für alle“ ist eine patientengeführte Akte. Das heißt, sie steht unter Hoheit der Patientinnen und Patienten. Diese haben die Möglichkeit, Entscheidungen hinsichtlich ihrer ePA und den darin enthaltenen Inhalten zu treffen. Geführt wird die ePA jedoch – allein aufgrund der Befüllungspflichten – gemeinsam mit den behandelnden niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten und unter anderem auch Krankenhäusern und Zahnärzten. Diese aktive Rolle der Ärzte und Psychotherapeuten wird zusätzlich durch die oftmals passive Nutzung von Patienten verstärkt, die die ePA nicht selbst über eine ePA-App oder einen Vertreter pflegen und verwalten, sondern stattdessen ihren Ärzten und Psychotherapeuten die Nutzung ihrer ePA überlassen.

Mit der „ePA für alle“ erhalten Sie somit künftig eine neue Informationsquelle, die Sie regelmäßig mit relevanten Informationen für Ihre Kolleginnen und Kollegen befüllen müssen, die Sie aber auch bei entsprechen-

dem Anlass konsultieren können – zur Unterstützung Ihrer Anamnese, Befunderhebung und Behandlung des Patienten.

Einsichtnahme in die ePA

Die ePA soll weder Ihre Primärdokumentation noch die ärztliche Kommunikation ersetzen. Entsprechend führen Sie weiterhin wie gewohnt Ihre Behandlungsdokumentation im Praxisverwaltungssystem (PVS) und erhalten und senden eArztbriefe an Ihre Kolleginnen und Kollegen. Die Einsichtnahme in die ePA soll Sie aber genau in den Fällen unterstützen, in denen Sie nicht bereits direkt über einen Kollegen Informationen erhalten haben und das Anamnesegespräch gegebenenfalls Fragen aufwirft. Beispielsweise, wenn Ihr Patient bereits bei einem oder mehreren Fachärzten war und Sie deren Befundberichte über die ePA einsehen können. Oder wenn er zuvor im Krankenhaus war und der Entlassbrief in die ePA eingestellt wurde. Oder auch, wenn ein Patient aus Hamburg zu Besuch in Bayern ist und relevante Befundberichte oder Arztbriefe nicht im Gepäck, aber in der ePA immer mit dabei hat.

Ob es im konkreten Fall sinnvoll ist, die ePA zu konsultieren, klärt sich im Anamnesegespräch. Dieses ist und bleibt die Grundlage für Ihre Behandlung. Sie brauchen die ePA also nicht anlasslos routinemäßig



zu durchsuchen. Sofern sich im Rahmen der Anamnese und Befunderhebung herausstellt, dass die ePA eventuell für die Behandlung wichtige Informationen enthält, ist es ratsam, relevante Dokumente der ePA gezielt diesbezüglich zu prüfen. Hat der Patient keine ePA oder gewährt er Ihnen keinen Zugriff, können Sie die Informationen in der ePA nicht einsehen und müssen sich auch nicht weiter darum kümmern.

Dokumente in die ePA einstellen

Zweifelsohne werden Sie aufgrund Ihrer gesetzlichen Pflicht Daten in die ePA Ihrer Patienten einstellen (siehe auch Artikel auf Seite 16 unter der Rubrik Recht interessant). Sie müssen aber keine über die herkömmliche Behandlungsdokumentation hinausgehenden Daten oder Unterlagen explizit für die ePA generieren. In der ePA speichern Sie vielmehr Kopien, zum Beispiel vom Arztbrief, den Sie parallel an den Hausarzt des Patienten übersendet haben, vom Laborbericht, den Sie vom Labor (von Ihnen beauftragt) erhalten haben. Oder als Radiologe beispielsweise die Kopie von Ihrem erstellten Befundbericht zur bildgebenden Diagnostik (nicht die Bilder selbst). Die Dokumente und Daten verbleiben (im Original) in Ihrem PVS.

Bitte behalten Sie im Blick, dass in die ePA Informationen übermittelt werden, die im Rahmen der aktuellen Behandlung erhoben wurden, elektronisch vorliegen und für die institutionsübergreifende Versorgung zweckmäßig sind. Gehen Sie also pragmatisch vor – eine kurze Notiz, die ausschließlich für Ihre Primärdokumentation bestimmt ist, brauchen Sie in der Regel nicht in die ePA einzustellen. Haben Sie jedoch relevante Informationen, die für einen weiterbehandelnden Arzt oder Psychotherapeuten von Bedeutung sind, kann es wichtig sein, diese auch in der ePA abzulegen. Es kann beispielsweise sinnvoll sein, auch einen älteren Befund in die ePA einzustellen, obwohl dies über die Standard-Pflichtbefüllung hinausgeht, weil dieser für weiterbehandelnde Ärzte oder Psychotherapeuten relevant ist. Das Digitalisieren und Einstellen von (älteren) Papierbefunden gehört aber nicht zu Ihren Aufgaben.

Die Befüllung der ePA muss nicht zwingend stattfinden, solange der Patient in der Praxis ist. Sie haben im Behandlungskontext, nach dem Stecken der eGK in



der Praxis, standardmäßig 90 Tage quartalsunabhängig Zugriff auf alle Inhalte der ePA eines Patienten. Da der Patient per App den Zugriffszeitraum anpassen kann, sollten Sie die ePA aber zeitnah befüllen. Dies ist auch in Hinblick darauf sinnvoll, dass die einzustellenden Informationen gegebenenfalls relevant für eine etwaige Anschlussversorgung des Patienten bei einem anderen Arzt oder Psychotherapeuten sind.

Das Einstellen von Dokumenten in die ePA können Sie zudem an Ihre Praxismitarbeiter delegieren. Eine Ausnahme besteht für Ergebnisse genetischer Untersuchungen oder Analysen im Sinne des Gendiagnostikgesetzes, die nur durch die verantwortliche ärztliche Person in der ePA gespeichert werden dürfen.

Informationen zu einer möglichst aufwandsarmen Umsetzung der Informations- und Dokumentationspflichten in der Praxis finden Sie auf Seite 16 in der Rubrik Recht interessant.



Von der eML zum dgMP

Mit der Einführung der „ePA für alle“ erhalten Patienten in ihrer ePA ab Januar 2025 eine elektronische Medikationsliste (eML). Diese ist zu Beginn leer, wird aber nach und nach automatisch mit eRezept-Daten, also Verordnungs- und Dispensierinformationen aller verschriebenen und eingelösten eRezepte eines Patienten befüllt. Da noch nicht alle Verordnungen in Form von eRezepten ausgestellt werden können, ist diese Liste zunächst gegebenenfalls nicht vollständig. Sie bietet Ihnen dennoch eine Hilfestellung, wenn ein neuer Patient seine Medikamente nicht benennen kann oder Sie nachvollziehen wollen, ob und welche Medikamente tatsächlich abgeholt wurden (Therapieadhärenz).

Die eML ist ab Januar 2025 die erste Ausbaustufe des digital gestützten Medikationsprozesses (dgMP). Künftig haben Apotheken die Möglichkeit, OTC (over-the-counter Medikation), Nahrungsergänzungsmittel und weitere Arzneimittel, die nicht über eRezepte erfasst werden, zu ergänzen. Zudem sollen Medikationsinformationen (zum Beispiel Einnahmehinweise) und relevante Zusatzinformationen zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS-rZI), wie Allergien und Unverträglichkeiten oder Nierenfunktionswerte, sowie der elektronische Medikationsplan (eMP) folgen.

Ziel des dgMP ist es, zur Unterstützung des Medikationsmanagements mehr Transparenz über die Medikation der Patienten zu schaffen und damit die Arzneimitteltherapiesicherheit zu fördern. Die gesamte Anwendung dgMP – bestehend aus eML, eMP und

AMTS-rZI – steht nach aktuellem Zeitplan der gematik ab Juli 2025 zur Verfügung.

Künftige Anwendungsfälle

Neben dem eMP sollen künftig auch weitere medizinische Daten in standardisierter beziehungsweise strukturierter Form in der ePA gespeichert werden können, um den Austausch von Informationen und eine automatisierte Weiterverarbeitung unabhängig vom Softwaresystem zu ermöglichen. Geplant sind in diesem Zusammenhang unter anderem Daten zu Laborbefunden, die Patientenkurzakte, Daten zu Erklärungen zur Organ- und Gewebespende sowie der Mutterpass und die Impfdokumentation. Zu einem möglichen Zeitplan ist bisher noch nichts bekannt.

Die ePA in der Praxis

Damit die ePA ihren Nutzen in der Praxis erbringen und Transparenz über Behandlungsabläufe schaffen kann, muss sie sich im Praxisalltag einspielen. Zu Beginn wird die ePA bei den meisten Patienten leer sein und sich nur langsam mit Inhalten füllen. Echte Mehrwerte werden daher erst im Laufe der Zeit entstehen. Die ePA in der Praxis steht und fällt zudem mit der dahinterstehenden Technik und insbesondere mit der anwenderfreundlichen Umsetzung im jeweiligen PVS. Aus diesem Grund empfehlen wir Ihnen, sich Schritt für Schritt an die „ePA für alle“ heranzutasten und sich nicht durch Anfangshürden entmutigen zu lassen.

Nina Kösel (KVB)

Die ePA-Architektur

Wer betreibt die „ePA für alle“ (ePA) und wo liegen die Daten? Wie kann ein Versicherter seine Patientenakte einsehen? Sind für ihn Zugriffe der anderen Berechtigten auf seine Akte nachvollziehbar? Und wie sieht es mit dem Datenschutz aus? Wir beleuchten diese und weitere technische Aspekte im nachfolgenden Beitrag.

Die ePA wird durch die gematik als Betreibergesellschaft der Telematikinfrastruktur definiert. Die Grundlage bilden hierbei die fachlichen und technischen Vorgaben, die in Form von Konzepten, Spezifikationen und Produktsteckbriefen veröffentlicht werden. Grundsätzlich gilt, dass die entwickelten Komponenten der ePA vor deren produktivem Einsatz und der damit eventuell verbundenen Verarbeitung von Sozialdaten ein Zulassungsverfahren der gematik erfolgreich durchlaufen müssen. Zudem wurden bei der Entwicklung der ePA höchste Sicherheitsstandards angewandt. Die Sicherheit der ePA wird fortlaufend auf mehreren Ebenen in Zusammenarbeit von gematik und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik überprüft.

Das ePA-Aktensystem

Die IBM Deutschland GmbH und die Research Industrial Systems Engineering (RISE) Forschungs-, Entwicklungs- und Großprojektberatung GmbH haben im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen jeweils ein eigenes ePA-Aktensystem entwickelt. Beide Aktensysteme werden in Rechenzentren in Deutschland betrieben. Jeder Versicherte kann nur eine einzige

ePA haben und dessen Gesundheitsdaten liegen folglich auf einem der beiden ePA-Aktensysteme. In den Rechenzentren werden die Daten zentral und versichertenindividuell verschlüsselt auf Servern gespeichert.

Das ePA-Aktensystem stellt sicher, dass sich nur Nutzer mit diesem Datenspeicher verbinden können, deren Identität und Berechtigung für den jeweiligen Zugriff überprüft und bestätigt ist. Im ePA-Aktensystem werden die elektronischen Patientenakten verwaltet und die konkreten Akten den darauf berechtigten Nutzern, zum Beispiel Versicherten oder Arztpraxen, zur Verfügung gestellt.

Jeder Datenverarbeitungsschritt in einer Akte wird innerhalb der geschützten Rechenzentren in einem nochmals abgesicherten Bereich, der sogenannten „Vertrauenswürdigen Ausführungsumgebung“ (VAU), ausgeführt und findet unter Ausschluss des Betreibers, das heißt des ePA-Aktenanbieters statt. Niemand außer den berechtigten Nutzern kann die Inhalte der Akte lesen. Krankenkassen und deren Ombudsstellen haben insofern keinerlei Zugriff auf die Daten in einer ePA.

In den Praxen der Ärzte und Psychotherapeuten erfolgt der Zugriff auf die ePA über das Praxisverwaltungssystem (PVS), das über einen geschützten VAU-Kanal direkt auf das ePA-Aktensystem zugreift. Dabei werden die Daten zwischen dem ePA-Aktensystem und dem PVS verschlüsselt übertragen. Diese Technik soll in den Praxen im Vergleich zur bisherigen Umsetzung zu mehr Stabilität und weniger

Fehleranfälligkeit bei der Nutzung der ePA führen.

Frontend des Versicherten

Das Frontend des Versicherten ermöglicht ihm den Zugang zu seiner ePA auf dem ePA-Aktensystem, wobei der Zugriff ausschließlich über Geräte (zum Beispiel Smartphone, Tablet) möglich ist, die am ePA-Aktensystem registriert wurden. Diese Versicherten-Benutzeroberfläche wird von den jeweiligen Krankenkassen zunächst als ePA-App kostenlos zur Verfügung gestellt (Desktop-Versionen sollen folgen). Damit können Versicherte die ePA nach einem mehrstufigen Registrierungs- und Identifikationsverfahren auf ihrem Smartphone oder Tablet aktiv verwalten. Bei aktiver ePA-Nutzung müssen Versicherte unbedingt regelmäßige Sicherheitsupdates auf den von ihnen verwendeten Endgeräten durchführen.

Nachvollziehbarkeit für Versicherte

Die ePA-Daten unterliegen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung. Alle Vorgänge in der ePA werden protokolliert, das Protokoll kann vom Versicherten über dessen ePA-App oder über die Ombudsstellen eingesehen werden. Dadurch können Veränderungen in den Daten der ePA oder erfolgte Zugriffe durch medizinische Einrichtungen jederzeit vom Versicherten nachvollzogen werden. Zugriffsprotokolle, die älter als drei Jahre sind, werden im Übrigen automatisch vom ePA-Aktensystem gelöscht. Die Inhalte der ePA bleiben davon unberührt und lebenslang erhalten.

Kathrin Walenda (KVB)

ePA: Viele Praxen erwarten lang andauernde Übergangsphase

Die Einführung der „ePA für alle“ wirft ihre Schatten voraus – nicht nur bei den Institutionen, die damit befasst sind, sondern vor allem auch bei denjenigen, die in Zukunft täglich mit der elektronischen Patientenakte zu tun haben werden: den niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten und deren Praxispersonal. Wir haben vier von ihnen befragt, was sie erwarten und wie sie sich vorbereiten.



Dr. med. Thorsten Lamprecht ist niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Bamberg.

„Wahrscheinlich kann man die Versorgungssicherheit verbessern.“

Herr Dr. Lamprecht, welchen Nutzen erwarten Sie von der ePA sowohl für sich speziell als Hausarzt als auch für Ihre Patientinnen und Patienten?

Den entscheidenden Vorteil in der Einführung der ePA sehe ich für mich als Hausarzt darin, sämtliche Befunde der Patienten einsehen zu können. Es entfällt somit, eventuell fehlenden Facharztberichten nachtelefonieren zu müssen. Ein weiterer Vorteil dürfte ein guter Überblick über die von anderen Ärzten verordnete Medikation sein. Dementsprechend wird es auch für die Patienten sehr viel praktischer, alle ihre Befunde gebündelt bei sich zu haben, sodass lästige Befundausdrucke vor Facharztbesuchen oder Krankenhausaufenthalten entfallen. Insgesamt lassen sich damit wahrscheinlich die Versorgungssicherheit verbessern und Doppeluntersuchungen vermeiden.

Welche Bedenken haben Sie in Bezug auf die Einführung der ePA?

Letztlich bleiben auch auf hausärztlicher Seite Bedenken: Wird die Implementierung im Praxisverwaltungssystem wirklich automatisiert ablaufen, sodass nicht ein noch höherer Bürokratieaufwand entsteht? Wie ausufernd wird der Aufklärungsaufwand gegenüber den Patienten? Wie komplex wird das Patientenrecht auf Aufklärung, zum Beispiel bei der Möglichkeit,

der Einstellung von Befunden mit eventuell diskriminierenden Inhalten widersprechen zu können? Wie viel Mehrarbeit bedeutet es seitens der Hausärzte, Datensätze für durchgeführte Therapiemaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen zu erstellen und auf Wunsch in die ePA einzupflegen? Ist es sinnvoll, wenn Patienten ihre Laborergebnisse schon vor einer mündlichen Einordnung durch den (Haus-)Arzt einsehen können?

Welche Empfehlung können Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen für einen guten Start in der Praxis geben?

Letztlich wird man die Umsetzung der ePA anlaufen lassen und dann bei Problemen nachjustieren müssen. Die allermeisten Patienten werden sie nicht aktiv für sich nutzen, weil der Aufwand über die App zu groß und wahrscheinlich zu kompliziert ist.

Herr Dr. Lamprecht, vielen Dank für das Gespräch!

Herr Dr. Kramer, welchen Nutzen erwarten Sie als Psychologischer Psychotherapeut von der ePA – sowohl für sich selbst als auch für Ihre Patientinnen und Patienten?

Vorweg möchte ich betonen, dass ich grundsätzlich neugierig auf digitale Neuerungen bin. Meine Praxis mit drei Angestellten führe ich papierlos, soweit uns dies Vorteile verschafft und wir investieren in sinnvollen Datenschutz. Leider sehe ich für die allerwenigsten meiner Patientinnen und Patienten einen

Da sich jeder Patient nach seinen Bedürfnissen entscheiden kann – also mal generell gar keine Einträge in die ePA, mal bitte nur Briefe und Konsile, mal alles und bei jedem Kontakt neu – entstehen im Alltag unzählige Möglichkeiten für strafbewehrte Datenschutzverletzungen. Die Komplexität ist hoch, sodass ich anfangs nur eine grundlegende Unterstützung durch meine Praxisverwaltungssoftware erwarte. Dem menschlichen Versagen, eine Datenschutzverletzung zu begehen, ist damit Tür und Tor geöffnet. Mir macht das Sorgen.

„Für meine Arbeit sehe ich kaum einen Nutzen.“

Nutzen der ePA. Bei langen Verläufen mit vielen Klinikaufenthalten könnte eine Sammlung von Arztbriefen die Anamnese vereinfachen. Allerdings enthalten diese Briefe selten behandlungsrelevante Details, die dem Patienten nicht bekannt sind. Daher muss ich mich überraschen lassen, was uns die ePA bringt.

Welche Bedenken haben Sie hinsichtlich der Einführung der ePA?

Zum Glück hat der Gesetzgeber erkannt, dass Daten zu psychischen Erkrankungen hochsensibel sind. Daher hat er auch umfangreiche Informationspflichten und Widerspruchsmöglichkeiten geschaffen. In der Praxis bedeutet dies leider Bürokratie: Statt zu behandeln, müssen wir nun über Widerspruchsmöglichkeiten aufklären, dieses dann dokumentieren und auch noch zehn Jahre aufbewahren.

Zudem perfide: Selbst, wenn wir keine Daten einstellen, gelangen psychische Diagnosen über die Abrechnungsdaten der Krankenkasse in die ePA und werden für alle Nutzer sichtbar und für Forschungsvorhaben verfügbar. Hier kann der Patient nur gegenüber seiner Krankenkasse oder über die ePA-App der Datenspeicherung widersprechen. Es braucht also zwei Widersprüche, bei mir und bei der Krankenkasse des Patienten, damit psychische Diagnosen Privatsache bleiben.

Generell sind große Mengen sensibler Daten Honigtöpfe für Hacker. Selbst gut geschützte Systeme mit sensiblen Gesundheitsdaten werden regelmäßig in aller Welt gehackt. Deshalb finde ich es gut, dass es umfangreiche Widerspruchsmöglichkeiten gibt. Denn überflüssige Daten gar nicht erst elektronisch zu speichern, ist immer noch der



Dr. rer. med. Dietmar Kramer ist niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut in Grasbrunn bei München.

beste Schutz vor zwielichtigen Interessenten.

Welche Empfehlung können Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen für einen guten Start in der Praxis mit auf den Weg geben?

Informieren Sie sich ausführlich über ihre Aufklärungs- und Dokumentationspflichten, auch aus ePA-kritischen Quellen. Verwenden Sie möglichst Standardtexte, um die Aufklärung zu dokumentieren. Machen Sie sich mit den ePA-Funktionen ihres PVS vertraut und schaffen Sie klare Abläufe. Es erscheint mir sinnvoll, bei psychischen Erkrankungen zurückhaltend mit dem zu sein, was in die ePA übertragen wird. Ich hoffe, dass vorerst nur wenige Patienten Daten zu ihren psychischen Erkrankungen in der ePA finden möchten.

Herr Dr. Kramer, vielen Dank für das Gespräch!

Frau PD Dr. Michl, welchen Nutzen erwarten Sie von der ePA sowohl für sich speziell als Onkologin mit Schwerpunktpraxis als auch für Ihre Patienten?

Die Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten ist heute sehr interdisziplinär. Um individuelle und erfolgreiche Therapiekonzepte zu erarbeiten und durchzuführen, bedarf es vielerlei diagnostischer und therapeutischer Partner. Die allermeisten Patientinnen und Patienten bringen bei Erstvorstellung in unserer Praxis nicht alle ärztlichen Befunde mit, die für eine umfassende Beratung und qualitätsgesicherte onkologische Behandlung nötig wären. Ein nicht unerheblicher Teil unserer administrativen Praxisarbeit besteht daher noch immer darin, pathologische Befunde, radiologische Berichte, Laborberichte oder Arztbriefe aus Krankenhäusern zu beschaffen. Dies zieht sich auch durch den weiteren Verlauf der Behandlung.

„Halten Sie durch! Am Ende wird vermutlich alles gut.“



PD Dr. med. Marlies Michl ist in einer hämato-onkologischen Praxis mit Tagesklinik in München niedergelassen.

Ich erwarte und erhoffe mir daher als Onkologin von der ePA langfristig eine spürbare Erleichterung im Zugang zu Vorbefunden und Vorberichten. Auch die Patientinnen und Patienten könnten dann langfristig ihre Gesundheitsordner voller Befunde und Arztberichte in Papierform abschaffen. Des Weiteren wird sicherlich die lückenlose Dokumentation und auch die Nachvollziehbarkeit von Untersuchungen und therapeutischen Maßnahmen verbessert, was interne und externe Qualitätskontrollen zulässt und letztlich somit unseren Patientinnen und Patienten zugutekommt. Einen Schritt weitergedacht, könnten natürlich auch Synergismen zwischen ePA und Tumorregistern oder Studiendatenbanken erfolgen und für wissenschaftliche Datenanalysen dienen.

Welche Bedenken haben Sie in Bezug auf die Einführung der ePA?

Im Rückblick auf die gemachten Erfahrungen der letzten Jahre bei der Einführung von eAU, eRezept und eArztbrief sehe ich zwei große Herausforderungen. Die größte Hürde wird in meinen Augen die technische Umsetzung der ePA sein. Ich erwarte eine lang andauernde Übergangsphase und erneut große zeitliche und finanzielle Belastungen für Selbstständige und Praxen, bis die PVS-Hersteller das ePA-Modul technisch einwandfrei funktionierend bereitstellen. Im Anschluss wird eine längere Trainingsphase folgen, bis die Anwendung der ePA im klinischen Alltag ankommt und von allen Diagnostikern und Therapeuten routinemäßig befüllt und eingesehen werden kann.

Eine weitere Herausforderung sehe ich darin, in der Bevölkerung eine breite Akzeptanz für die ePA zu schaffen. Hierzu wären in meinen

Augen breit angelegte Informationskampagnen über Fernsehen, Print und digitale Medien sinnvoll, um alle Menschen umfassend über die ePA, deren Sinnhaftigkeit und ihre Anwendungsmodalitäten zu informieren.

Welche Empfehlung können Sie Ihren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen für einen guten Start in der Praxis geben?

Halten Sie durch! Am Ende wird vermutlich alles gut. Bleiben Sie mit Ihrem PVS-Hersteller und Ihrem PVS-Vertriebspartner im kontinuierlichen Austausch und versuchen Sie gemeinsam, die technischen Hürden zu überwinden. Tauschen Sie sich auch mit anderen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen aus und fragen Sie nach deren Stand der ePA-Umsetzung. Es beruhigt ungemein, wenn alle anderen auch noch mit technischen Problemen kämpfen. Sollte die ePA nur bei Ihnen aus unerfindlichen technischen Gründen nicht funktionieren, kontaktieren Sie die KVB, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Umsetzung der ePA begleiten. Nutzen Sie auch die Möglichkeit, an Umfragen der KVB oder KBV teilzunehmen. Nur hierdurch können Umsetzungs- oder Anwendungsprobleme im Alltag identifiziert werden.

Man kann all die Anstrengungen vielleicht leichter ertragen, wenn man akzeptiert, dass die Digitalisierung in der Medizin ein unausweichlicher Schritt ist. Er wird und muss kommen.

Frau Dr. Michl, vielen Dank für das Gespräch!

Frau Stich, wie haben Sie sich bisher auf die Einführung der ePA vorbereitet? Was bedeutete das für die Praxisorganisation konkret?

Im ersten Schritt stand natürlich die Informationsbeschaffung im Fokus: Was genau ist die elektronische Patientenakte? Wie soll sie in der Praxis umgesetzt werden? Welche Pflichten und Änderungen kommen damit auf uns zu? Hierbei waren besonders die Informationsmaterialien der KVB, der Gematik und der KBV hilfreich. Mit dem gewonnenen Wissen wurden die technischen Voraussetzungen in der Praxis überprüft und sichergestellt. Dazu gehört eine intakte Anbindung an die Telematikinfrastruktur und das regelmäßige Durchführen von Updates des Praxisverwaltungssystems. Weiterhin galt es, die Patientinnen und Patienten zu sensibilisieren und darauf aufmerksam zu machen, dass eine Änderung bevorsteht und es sinnvoll sein kann, sich vorab bei der jeweiligen Krankenkasse über die „ePA für alle“ zu informieren.

Sicher gab und gibt es am Anfang auch technische Probleme?

Bei der bisherigen ePA waren nicht die technischen Herausforderungen das Problem, sondern die geringe Verbreitung innerhalb der Bevölkerung. Die meisten unserer Patientinnen und Patienten haben den Zugriff auf die ePA nicht freigegeben. Somit können wir bisher in der Praxis auch kaum damit arbeiten und konnten bisher auch nur wenig Erfahrungswerte sammeln oder Probleme identifizieren.

Die größte Schwierigkeit bei den weiteren elektronischen Einzel-funktionen wie eRezept, eAU und eArztbrief-Erstellung und -Versand über KIM war die technische Um-

setzung der Anwendungen im Praxisverwaltungssystem. Hier haben die ärztlichen Leiterinnen unserer Praxis über Monate hinweg in stundenlangen Telefonaten mit dem PVS-Vertriebspartner und -Hersteller versucht, technische Hürden zu überwinden. In meinen Augen hinkte hier die technische Entwicklung und Bereitstellung der Module seitens der PVS trotz bezahlter PVS-Module monate- wenn nicht jahrelang hinterher und man konnte als Praxis nur ohnmächtig warten, bis die technischen Probleme vonseiten des PVS-Herstellers bewältigt waren.

Insbesondere beim eArztbrief gab es zuletzt große Probleme in der Umsetzung. Effektive Unterstützung haben wir dabei von der KVB und unserem Vertriebspartner des PVS bekommen. Letztendlich hatte jedoch nur der PVS-Hersteller die Möglichkeit und Mittel, das Problem zu lösen. Deswegen waren wir auf diesen angewiesen und gezwungen abzuwarten. Die drei Module eRezept, eAU und eAB setzen wir inzwischen täglich erfolgreich und weitestgehend ohne Störungen in unserem Praxisalltag ein. Die Umsetzung des elektronischen Medikamentenplans und des Notfalldatenmanagements ist leider immer noch umständlich und zeitaufwendig und kann daher im klinischen Alltag noch nicht routinemäßig umgesetzt werden.

Welche Empfehlung können Sie anderen Praxisteams für einen guten Start geben?

Zunächst ist es wichtig, offen gegenüber der Digitalisierung zu sein und sich nicht zu verschließen. Veränderungen können beängstigend sein, insbesondere wenn sich dadurch längst eingespielte Abläufe wandeln. Trotzdem sollte die Digitalisierung als Chance gesehen

„Langfristig hoffen wir auf Entlastung und Zeitersparnis.“



Eva Stich ist langjährige Praxismanagerin in der Praxis von PD Dr. Marlies Michl.

werden. Dazu gehört auch, Geduld zu haben und zuversichtlich zu sein. Obgleich die Umstellung auf elektronische Anwendungen anfangs durch die Vorbereitung und Einarbeitung mit mehr Aufwand verbunden ist, kann sie langfristig für Entlastung und Zeitersparnis sorgen. Diese Erfahrung konnten wir alle mit der elektronischen Arzneimittelversorgung machen. Das eRezept ist bereits jetzt nicht mehr aus dem Praxisalltag wegzudenken. Außerdem ist es empfehlenswert, bei Bedarf Hilfsangebote, beispielsweise vom PVS-Hersteller oder der KVB, anzunehmen.

Frau Stich, vielen Dank für das Gespräch!

Interviews Markus Kreikle (KVB)

„ePA für alle“: Welche Pflichten kommen auf die Praxen zu?

Es hat lange gedauert, aber nun kommt die patientengeführte elektronische Patientenakte (ePA), die „ePA für alle“, wie sie das Bundesgesundheitsministerium nennt – in der Hoffnung auf eine „80-Prozent-Nutzer-Quote“ bei den Versicherten.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, ab Mitte Januar 2025 jedem Versicherten eine ePA zur Verfügung zu stellen, der der Einrichtung nicht innerhalb von sechs Wochen nach entsprechender Information widerspricht (Wechsel vom sogenannten „Opt-in- zum „Opt-out-Modell“). [1]

Eine grafische Darstellung der Pflicht- und Wunschinhalte finden Sie auf der ePA-Themen-seite unter www.kvb.de/epa

Die Neuauflage der ePA bringt aber nicht nur für Versicherte Veränderungen mit sich, sondern vor allem auch für Ärzte und Psychotherapeuten. Ihnen wird im Zusammenhang mit der ePA nunmehr eine Vielzahl von Pflichten (Befüllung, Information, Dokumentation etc.) auferlegt. Die Zeiten, in denen Ärzte und Psychotherapeuten die ePA nach eigenem Ermessen befüllen konnten, sind ab 2025 vorbei.

Ein kurzer Überblick, welche Pflichten auf Ärzte und Psychotherapeuten zukommen und worauf sie aus rechtlicher Sicht noch achten sollten, wenn ein Patient mit ePA in der Praxis vorstellig wird, wird im Folgenden gegeben.

Zentrale Aufgabe – Befüllung der ePA

Zu den zentralen Aufgaben der Ärzte und Psychotherapeuten gehört die Befüllung der ePA mit Gesundheitsdaten. Zum einen soll die ePA als Informationsquelle des Patienten dienen, zum anderen sollen sektorenübergreifend Ärzte und Psychotherapeuten gezielt bei der Anamnese und Befunderhebung unterstützt werden.

Voraussetzungen für die Befüllung

Für die gesetzlich verpflichtende Befüllung, also die Übermittlung und Speicherung von Daten in die ePA durch Ärzte und Psychotherapeuten, gelten bestimmte Grundvoraussetzungen:

- Der Arzt/Psychotherapeut hat die Daten selbst erhoben.
- Die Daten stammen aus der aktuellen Behandlung.
- Die Daten liegen in elektronischer Form vor.
- Es liegt kein Widerspruch des Patienten vor, also weder gegen die ePA insgesamt, gegen den Zugriff des Arztes/Psychotherapeuten auf die ePA, noch gegen das Einstellen des betreffenden Dokuments.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, müssen die vom Gesetzgeber definierten Pflichtinhalte [2], wie Laborbefunde, Befundberichte aus bildgebender Diagnostik, Befundberichte aus invasiven oder chirurgischen sowie aus nicht-invasiven oder konservativen Maßnahmen sowie Arztbriefe unaufgefordert, also ohne weiteres Zutun des Patienten in die ePA übermittelt werden. Daneben gibt es gesetzlich normierte Wunschinhalte [3], die auf Verlangen, das heißt mit Einwilligung des Patienten unter den zuvor genannten Grundvoraussetzungen, in der ePA gespeichert werden müssen, wie beispielsweise DMP-Daten, elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) und Daten zu Erklärungen zur Organ- und Gewebespende. Und auch die vom Arzt beziehungsweise Psychotherapeuten geführte Behandlungsdokumentation muss auf Wunsch des Patienten in die ePA hochgeladen werden. [4]

Informationen und Dokumentationspflichten

Informations- und Dokumentationspflichten

Im Zusammenhang mit der Befüllung der ePA obliegen den Praxen weitere Aufgaben. So sind Patienten nicht nur darüber zu informieren, dass sie einen Anspruch auf die Befüllung haben [5], sondern auch darüber, welche Daten in die ePA übertragen werden sollen. Darüber hinaus soll auf die Möglichkeit hingewiesen werden, dass Patienten Daten in der ePA verber-



gen können. Diese wären dann nur für den Patienten sichtbar.

Widersprüche gegen die Befüllung mit Pflichtinhalten und Einwilligungen zur Befüllung mit Wunschinhalten sind wiederum in der (arztgeführten) Behandlungsdokumentation nachvollziehbar zu protokollieren. Die gute Nachricht ist: Aufgaben, wie die Befüllung, Information und Dokumentation können grundsätzlich an Praxismitarbeiter, also beispielsweise an Medizinische Fachangestellte (MFA) oder auch Auszubildende delegiert werden. [6]

Hochsensible Gesundheitsdaten

Besonderheiten sieht das Gesetz bei hochsensiblen Daten vor. Hier gelten spezielle Informations- und Dokumentationspflichten, die bei jeder Pflicht- und/oder Wunschbefüllung zu berücksichtigen sind.

Zu unterscheiden sind hier zwei Kategorien:

1. Daten, deren Bekanntwerden Anlass zur Diskriminierung oder Stigmatisierung geben kann, wie insbesondere sexuell übertragbare Infektionen, psychische Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüche:
 - Die Praxis muss den Patienten auf das Recht zum Widerspruch hinweisen. Und: Sofern ein Widerspruch [7] vorliegt – der mündlich erfolgen kann – ist dieser in der Behandlungsdokumentation zu protokollieren.
2. Daten aus genetischen Untersuchungen nach dem Gendiagnostikgesetz:
 - Die Praxis darf diese Daten nur mit ausdrücklicher Einwilligung (in schriftlicher oder elektronischer Form) des Patienten in die ePA übertragen.

- Die Übermittlung und Speicherung dürfen nur durch die „verantwortliche ärztliche Person“ erfolgen (keine Delegation).
- Die Einwilligung ist in der Behandlungsdokumentation zu protokollieren.

Umsetzung der Informationspflichten in der Praxis

Einem Großteil der Informationspflichten können Praxen mit der Verwendung von standardisierten Vordrucken in Form von Flyern und Aushängen nachkommen. [8] Daneben ist selbstverständlich jederzeit das persönliche Gespräch mit dem Patienten möglich und – abhängig vom Einzelfall – auch zu empfehlen.

Gerade bei Erkrankungen mit dem Risiko einer Diskriminierung oder Stigmatisierung, also im Umgang mit hochsensiblen Daten, sollte – so die hier vertretene Auffassung – in einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten sichergestellt werden, dass der Hinweis auf das Recht zum Widerspruch wirklich zur Kenntnis genommen wurde.

Abgesehen von dem nicht unerheblichen Gefährdungspotential der Patientenrechte handelt es sich bei den im Gesetz gelisteten Erkrankungen (sexuell übertragbare Erkrankungen, psychische Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüche) um eine beispielhafte, also nicht abschließende Darstellung. Es wird viele weitere praxisrelevante Erkrankungen mit Diskriminierungspotenzial geben, wie eine Alkoholsucht oder der Missbrauch von Betäubungsmitteln.

Einsichtnahme und Informationsweitergabe

Es gibt unzählige Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Einfüh-

rung und Anwendung der „ePA für alle“ stellen. Neben der Frage, welche Daten grundsätzlich in die ePA übertragen werden müssen, werden im Praxisalltag viele weitere Fragestellungen von Bedeutung sein.

In aller Kürze: Es besteht keine anlasslose Einsichtnahmepflicht in die ePA. Grundlage der ärztlichen beziehungsweise psychotherapeutischen Behandlung ist und bleibt das anamnestische Gespräch. Und auch bei den Fragen der Informationsweitergabe an Mitbehandler und/oder Patienten parallel zum Einstellen von Daten in eine ePA bleibt es beim Status quo: Die Informationsweitergabe bleibt berufsrechtlich vorgegeben und wird haftungsrechtlich geschuldet. Eine Entlastung gibt es an dieser Stelle also leider nicht!

Fazit

Mit der „ePA für alle“ kommt eine Vielzahl an Aufgaben auf Ärzte und Psychotherapeuten zu. Die Hoffnung ist, dass Aufwand und Nutzen – jedenfalls in absehbarer Zeit – in einem angemessenen Verhältnis zueinanderstehen und die ePA auch für die Praxen einen Mehrwert bietet. Ob die ePA in der Praxis „ankommt“, wird wohl maßgeblich von zwei Faktoren abhängen: Zum einen wie gut die Technik funktioniert und die Performance der Praxisverwaltungssysteme (PVS) ausgestaltet ist und zum anderen, wie Ärzte und Psychotherapeuten ganz persönlich zur Einführung der ePA stehen. Wenn die Technik passt und das Mindset stimmt, kann die ePA einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung leisten.

*Dr. jur. Pamela Schelling
(Rechtsabteilung der KVB)*

Das Literaturverzeichnis zu diesem Artikel finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/service/kvb-forum.

Einigkeit in politisch unsicheren Zeiten

Zusammenhalt in politisch unruhigen Zeiten. Unter diesem Motto stand die letzte Vertreterversammlung (VV) der KVB im vergangenen November. Während in Berlin das Krankenhausreformgesetz den Bundesrat passierte, diskutierte die VV in München über wichtige Themen rund um die Zukunft der ambulanten Versorgung in Bayern. Die Einigkeit unter den Delegierten aller Fachrichtungen war groß: Das Gros der Anträge wurde einstimmig verabschiedet.

Zu Beginn der VV begrüßte Dr. med. Petra Reis-Berkowicz, Vorsitzende der Vertreterversammlung, zunächst den neuen Amtschef und Ministerialdirektor im Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, Dr. Rainer Hutka, und überließ ihm für eine kurze Vorstellung ihr Rednerpult. Hutka, seit 1. Juli 2024 im Amt, betonte den engen politischen Schulterschluss mit den ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten bei den Themen Entbudgetierung von ambulanten

Leistungen, stärkerer Regulierung von investorengetragenen medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) sowie eigener Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Alle Ziele seien allerdings mit dem Auseinanderbrechen der Ampel-Regierung zunächst auf unbestimmte Zeit verschoben.

Pilotprojekte in Augsburg, Rosenheim und Würzburg

Über die Entwicklungen der vergangenen Monate berichtete der Vorstand der KVB, Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp. So wolle die KVB die digitale Vernetzung mit den Mitgliedern weiter vorantreiben, um die Arbeit in den Praxen zu erleichtern. Um den Ärztlichen Bereitschaftsdienst noch besser mit der stationären Akut- und Notfallmedizin zu verzahnen und Patienten medizinisch zielgerichtet steuern zu können, startet die KVB demnächst drei Pilotprojekte in Augsburg, Rosenheim und Würzburg. Ein erstes Pilotprojekt dieser Art hatte die KVB bereits

im vergangenen Jahr zusammen mit dem RoMed Klinikum Rosenheim erfolgreich durchgeführt.

Bei der Abrechnung der Hybrid-DRG werde sich die KVB mit Nachdruck in den Wettbewerb mit anderen Abrechnungsdienstleistern begeben, um ihren Mitgliedern den bestmöglichen Service zu bieten. Dieses Engagement der KVB wurde in der anschließenden Aussprache von zahlreichen Mitgliedern der VV ausdrücklich gelobt.

Eigenes DiGA-Positionspapier

Hartnäckig bleibt der Vorstand der KVB auch bei den Themen „Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)“ und „Künstliche Intelligenz (KI) in der Medizin“. Mitte November hat die KVB ein eigenes Positionspapier zur besseren Einbindung von DiGA in die ambulante Versorgung veröffentlicht. Gerade der oftmals nicht vorhandene Nutzen nachweis sowie fehlende Maßnahmen gegen die hohe Abbruchquote bei DiGA werden kritisch gesehen.

Hinsichtlich des Einsatzes von KI in der Medizin waren sich Vorstand und die bayerischen Vertreterinnen und Vertreter der Ärzte und Psychotherapeuten einig: KI kann ärztliche und psychotherapeutische Versorgung nie ersetzen, sondern maximal ergänzen.

Einführung der „ePA für alle“

Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) für alle (siehe auch das Titelthema dieser KVB FORUM-Ausgabe) wird der Vorstand



Die VV-Vorsitzende Petra Reis-Berkowicz beschwor den gesundheitspolitischen Zusammenhalt in aktuell unruhigen Zeiten.

weiterhin konstruktiv-kritisch begleiten. Immerhin bietet das aktuell politisch unsichere Umfeld die Chance, dass die Feldversuche zur Einführung der ePA möglicherweise verlängert werden, um eine umfassende Funktionsfähigkeit in den Praxen zu garantieren. Keinesfalls dürfe die ePA nur im Schnelldurchlauf getestet werden, um anschließend unausgereift in die Versorgung zu gelangen, so der KVB-Vorstand.

Ärztliche Therapiefreiheit

Kritisch sieht die bayerische Ärzteschaft Ambitionen der Krankenkassen, auf Basis der Auswertung von Patientendaten ihre Versicherten stärker zu steuern, oder gar als Leistungserbringer in Konkurrenz zu den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zu treten. Die Praxen müssten weiterhin die Entscheidungshoheit über die passenden Therapien ihrer Patienten behalten, so das einheitliche Credo.

Ambulantisierung an Kliniken

Hart ging die Vertreterversammlung auch mit den bisherigen bundespolitischen Versuchen der Ambulantisierung von Leistungen ins Gericht. Nur ein Neustart bei der Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen könne verhindern, dass von einer Ambulantisierung vor allem die Kliniken profitieren könnten. Eine künftige Bundesregierung ist aufgefordert, eine klare Struktur bei den ambulanten zu erbringenden Leistungen zu schaffen, um ein Ungleichgewicht zwischen stationärem und ambulanten Sektor zu verhindern.

Redaktion



Für Rainer Hutka war es der erste Besuch einer VV in seiner Funktion als neuer Amtschef im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention.



Einigkeit bei fast allen wichtigen Themen rund um die Zukunft der ambulanten Versorgung in Bayern: Das Gros der Anträge wurde einstimmig verabschiedet.



Die Themen des KVB-Vorstands waren vielfältig und reichten von neuen Pilotprojekten in der Akut- und Notfallmedizin über ein eigenes DiGA-Positionspapier bis hin zum Einsatz von KI und der „ePA für alle“.

KVB-Vorstand begrüßt Ministerin in der VBZ

Die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach hat der Vermittlungs- und Beratungszentrale (VBZ) der KVB Anfang Dezember in München einen Besuch abgestattet, um praktische Einblicke in die Abläufe der Bearbeitung von Patientenrufen über die Nummer des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 zu erhalten.

Mit Hilfe des strukturierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens (SmED), das der Ministerin ausführlich vorgeführt wurde, werden die Anrufer in der VBZ in die medizinisch notwendigen Versorgungsebenen gelenkt. „Unsere Vermittlungs- und Beratungszentrale ermöglicht eine sinnvolle Patientensteuerung mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger weiter zu verbessern“, so der Vorstand der KVB, Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp bei der Erläuterung der Abläufe in der VBZ, die neben München auch in Bayreuth als GEDIKOM angesiedelt ist. Je nach Fall und Meldebild würden die Mitarbeitenden die Patientinnen und Patienten in die verschiedenen Versorgungsebenen weiterleiten und entweder einen Hausbesuch, eine Behand-

lung in einer Niederlassung, eine telefonische Beratung oder – ganz neu – auch eine Videokonsultation in Form von DocOnLine initiieren: Die Online-Plattform der KVB, DocOnLine, bietet Patientinnen und Patienten in Bayern seit Juni 2024 unter www.doonline-bayern.de während der Bereitschaftsdienstzeiten die Möglichkeit eines niederschweligen digitalen Zugangs zur Akut- und Notfallversorgung.

DocOnLine in der Praxis

Wie das Anmeldeverfahren zu DocOnLine funktioniert, erfuhr die Ministerin im Rahmen einer Demonstration durch das Referat Versorgungsinnovationen der KVB, das DocOnLine auf den Weg gebracht und den Start intensiv begleitet hatte. Ziel von DocOnLine sei es, so Fabian Demmelhuber, Leiter des Referats Versorgungsinnovationen, dass Patientinnen und Patienten bei akuten Beschwerden per Videokonsultation Kontakt mit einer niedergelassenen Ärztin oder einem Arzt aufnehmen könnten und eine kompetente medizinische Beratung erhielten. Dies führe zu einer deutlichen Entlastung der Bereitschaftspraxen und Notaufnahmen an den Kliniken (siehe auch Seite 25).

Judith Gerlach
(Zweite von
links) mit dem
KVB-Vorstand
vor einem der
neuen elektrisch
betriebenen
Bereitschafts-
dienstfahrzeuge
der KV Bayerns.



Gerlach zeigte sich beeindruckt und überzeugt: „DocOnLine ist wirklich ein hervorragendes Beispiel, welche Chancen Digitalisierung in der ambulanten Versorgung in Bayern bieten kann. Es ist eine sehr gute Ergänzung zur klassischen ambulanten Versorgung.“ DocOnLine, so die Ministerin weiter, sei ein Game-Changer, weil Patientinnen und Patienten bei akuten Beschwerden von überall auf qualitativ hochwertige medizinische Beratung zurückgreifen könnten – ohne lange Wegstrecken und Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen. „Es ist eine große Erleichterung für sie, wenn sie eine Ersteinschätzung per Videosprechstunde erhalten. So lassen sich die knappen Ressourcen in unserem Gesundheitswesen bestmöglich einsetzen.“ Demmelhuber ergänzte, bei Bedarf könne auch eine direkte Weiterleitung inklusive Übernahme aller zuvor erhobener Daten an die 112 erfolgen. Ein weiterer Pluspunkt von DocOnLine: Bei Patienten, die über die Videosprechstunde hinaus noch eine weitere ambulante Versorgung benötigten, könne zeitnah ein physisches Versorgungsangebot, beispielsweise ein Hausbesuch im Rahmen des Bereitschaftsdienstes organisiert werden.

„Showroom Zukunftspraxis“

Ein weiteres Digitalisierungsvorhaben, über das sich die Ministerin bei ihrem VBZ-Besuch informierte, war das Projekt „Showroom Zukunftspraxis“. Monika

Schindler, Gesamtteamleiterin Digitalisierung in der KVB, erläuterte die Ziele des Projekts, das den Aufbau zweier Showrooms mit Standorten in München und Würzburg umfasst und den Praxen den Mehrwert digitaler Anwendungen näherbringen soll. Zukünftig steige der Bedarf an nutzbringenden digitalen Unterstützungsmöglichkeiten bei den Vertragsärztinnen und -ärzten weiter an. Mehrere andere KVen hätten mit dem Angebot „digitaler Praxen“ bereits gute Erfahrungen gemacht. In den beiden Showrooms der KVB sollen nun ebenfalls digitale Lösungen für den Einsatz in einer modernen Praxis aufgezeigt und – wo noch Unsicherheiten bestünden – Interesse an der Digitalisierung geweckt werden. „Es ist wichtig, unseren Mitgliedern die Optimierungspotenziale von Digitalisierung aufzuzeigen und sie dahingehend zu beraten“, so Schindler. Dies könne in den Showrooms praxisnah geschehen. KVB-Mitarbeitende können interessierten Mitgliedern hier zu den dringendsten Fragen Rede und Antwort stehen. „Unsere Ärztinnen und Ärzte haben hier auch die Möglichkeit, verschiedene Praxistools selbst zu testen und Optimierungspotenzial für ihre individuellen Praxisabläufe mit nach Hause zu nehmen.“ Der erste Showroom in München soll voraussichtlich Ende 2025 fertiggestellt sein, so Schindler.

Redaktion



Abrechnung von Hybrid-DRG

Die KVB bietet seit Anfang 2025 einen neuen Abrechnungsservice für Hybrid-DRG-Leistungen an. Welche Dienstleistungen Sie zukünftig in Anspruch nehmen können und welche Vorteile Sie davon haben, erklärt Ihnen der folgende Beitrag.

Während Hybrid-DRG-Leistungen im Jahr 2024 übergangsweise über sogenannte Pseudo-Gebührenordnungspositionen (Pseudo-GOPen) zusammen mit der Quartalsabrechnung eingereicht werden konnten, ist seit 1. Januar 2025 ein neuer Abrechnungsweg erforderlich. Hierfür hat die KVB einen Abrechnungsservice für Hybrid-DRG-Leistungen entwickelt. Dieser ist vom bisher bekannten Quartalsrhythmus losgelöst: Mit einem zweiwöchentlichen Turnus wird die Abrechnung gegenüber den Krankenkassen deutlich häufiger als gewohnt erfolgen.

Zukünftig können Sie Ihre Hybrid-DRG-Leistungen im Mitgliederportal „Meine KVB“ einfach und schnell über die neue Abrechnungsfunktion „Hybrid-DRG ab-

rechnen“ erfassen und einreichen. Dort können Sie den integrierten zertifizierten DRG-Groupier nutzen und Ihre Leistungen quartalsunabhängig abrechnen. Im Laufe des ersten Quartals wird in der neuen Funktion zudem eine Option zur Einreichung von KVDT-Dateien, speziell für Hybrid-DRG-Leistungen, bereitgestellt. Dadurch entfällt für Sie die zusätzliche manuelle Erfassung der Abrechnungsdaten. Die Leistungen rechnen Sie fallzahlabhängig mit einer kostengünstigen Pauschale zwischen 1,70 und 2,00 Prozent brutto über uns ab. Wenn Sie Ihre Hybrid-DRG über die KVB abrechnen wollen, senden Sie uns gerne Ihre Beauftragung zu.

Das Vertragsformular sowie weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de/hybrid-drg. Kontaktieren Sie bei Fragen bitte auch unser Beratungszentrum telefonisch unter 089 - 5 70 93 - 400 10 oder schreiben Sie uns Ihre Fragen per E-Mail an Hybrid-DRG@kvb.de.

Katharina Reuss (KVB)

So funktioniert die Beauftragung der KVB

- Vertrag in zweifacher Ausfertigung mit aktuellem Datum und Unterschrift versehen
- beide Vertragsexemplare postalisch an die KVB versenden
- Beauftragungsbestätigung durch die KVB erhalten
- Hybrid-DRG über „Meine KVB“ abrechnen

Über folgenden Link gelangen Sie zu den Vertragsunterlagen und weiteren Informationen:
www.kvb.de/hybrid-drg



Mit der KVB als erfahrem Abrechnungspartner profitieren Sie von vielen Vorteilen

- **Kompetenz:** Langjährige Erfahrung als Partner aller Krankenkassen
- **Flexibilität:** Tägliche Einreichung der Abrechnung möglich, keine Mindestvertragslaufzeit
- **Service:** Übernahme sämtlicher Kommunikation mit den Krankenkassen
- **Komfort:** Abrechnung über „Meine KVB“ mit einem integrierten DRG-Groupier
- **Kostengünstige Abrechnung:** Fallzahlabhängige Pauschale zwischen 1,70 und 2,00 Prozent brutto p.a.



Dirk Potempa ist niedergelassener Urologe in Garmisch-Partenkirchen.

Interview mit Dr. med. Dirk Potempa – Vorsitzender des Berufsverbands der Deutschen Urologen - Bayern Süd - und Dr. med. Jochen Schiffers – Vorsitzender des Berufsverbands der Deutschen Urologen - Bayern Nord, Vorsitzender des Aktionsbündnisses Urologie

Wie schätzen Sie beide die Relevanz und Entwicklung von Hybrid-DRG ein?

Hybrid-DRG haben für niedergelassene Urologen ein großes Potenzial, da die Pauschalen zwischen den bisherigen ambulanten Vergütungen und dem stationären – deutlich kostenintensiveren – Sektor abgestimmt wurden. Nicht zu vergessen sind die deutlich kürzeren Zahlungsziele. Zwischen Abrechnung und Zahlung durch die Kassen vergehen nur wenige Wochen – und nicht Monate wie bei der Abrechnung über den EBM.

Welche Vorteile sehen Sie in der Abrechnung über die KVB?

Die KVB hat für Hybrid-DRG mit einem engagierten Team eine flexible Abrechnungsmöglichkeit geschaffen, wodurch separat von der Quartalsabrechnung kurzfristige Zahlungen der Krankenkassen realisiert werden können. Als Schnittstelle zu den Krankenkassen bringt die KVB zudem langjährige Erfahrung im Umgang mit diesen mit. Als Urologen pflegen wir gerade in Bayern einen optimalen Kontakt mit der KVB und können direkt Input zur Ablaufoptimierung liefern.

Dr. med. Frank Vescia – Bundes-Vizepräsident und 2. Stellvertretender Landesvorsitzender Bayern des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten

„Die KVB hat als Körperschaft des öffentlichen Rechts in wenigen Monaten eine moderne, quartalsunabhängige Abrechnungslösung geschaffen, über die Operateure und Anästhesisten Hybrid-DRG-Leistungen abrechnen können. Mit der zukünftigen Einreichungsoption von KVDT-Dateien bietet die KVB in der Abrechnung von Hybrid-DRG einen Service an, der sich mit Blick auf Komfort maßgeblich von privaten Abrechnungsdienstleistern unterscheidet. Durch den regelmäßigen Austausch mit der KVB können Anforderungen der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte bei der Entwicklung der Dienstleistung berücksichtigt werden.“



Poolärzte im Bereitschaftsdienst

Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 24. Oktober 2023 zur Fragestellung der Selbstständigkeit von Poolärzten im Bereitschaftsdienst konnte nun eine Lösung für die KVB gefunden werden.

Vor dem Bundessozialgericht (BSG) wurde am 24. Oktober 2023 der Fall eines Poolarztes (Zahnarzt) aus Baden-Württemberg und dessen Sozialversicherungsstatus verhandelt. In diesem Einzelfall hat das BSG die Tätigkeit als „abhängige Beschäftigung“ eingestuft, die daher der Sozialversicherungspflicht unterliegt. Während einige Kassenärztliche Vereinigungen im Bundesgebiet daraufhin das Poolarztssystem insgesamt zeitweise eingestellt oder die Poolärzte mit entsprechenden Abzügen vom Honorar zur Sozialversicherungspflicht angemeldet haben, hat die KVB die Möglichkeit geschaffen, dass Poolärzte im Bereitschaftsdienst weiterhin eine selbstständige Tätigkeit ausüben können.

Ab nächstem Jahr gelten im Bereitschaftsdienst neue Regeln für Poolärzte.

Zwischenzeitlich konnte im Rahmen eines dafür notwendigen Dialogprozesses auf Bundesebene ein Konsens erreicht werden. Das Bundesministerium für Gesund-

heit, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Rentenversicherung Bund haben drei kumulative Voraussetzungen herausgearbeitet, bei deren Vorliegen von einer selbstständigen Tätigkeit im Bereitschaftsdienst ausgegangen werden kann.

- Abrechnung der konkret erbrachten Leistungen nach dem EBM unter einer eigenen Abrechnungsnummer.
- Möglichkeit, sich durch selbst gewählte und entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte vertreten zu lassen (Vertretungsmöglichkeit).
- Zahlung eines im Verhältnis zu den tatsächlichen Betriebs-, Personal- und Materialkosten angemessenen (nicht notwendig kostendeckenden, aber auch nicht nur symbolischen) und nicht umsatzbezogenen Entgelts für die Nutzung der von der KVB für den vertragsärztlichen Notdienst gestellten Räumlichkeiten sowie für die personellen und sachlichen Betriebsmittel. Das Nutzungsentgelt ist auch dann zu zahlen, wenn keine oder nur wenige Versicherte behandelt wurden.

dienst und in den Bereitschaftspraxen zu erheben.

Diese belaufen sich auf:

- Fahrdienst: 3,16 Euro pro Stunde
- Bereitschaftspraxis: 7,88 Euro pro Stunde

Die Zielsetzung der Berechnung lag darin, dabei ein angemessenes Verhältnis zu schaffen, das den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht und die Vorteile der bereitgestellten Strukturen berücksichtigt. Nur mit dieser Maßnahme kann das „System Poolarzt“ unter den Voraussetzungen einer flexibel gestaltbaren selbstständigen Tätigkeit gesichert werden. Nur mit der Erhebung des Nutzungsentgeltes ist eine Fortführung des Poolarzt-systems als selbstständige Tätigkeit mit der damit einhergehenden Flexibilität möglich. Wären tatsächlich Sozialabgaben fällig geworden, so wäre der finanzielle Abzug höher gewesen.

Die Umsetzung dieser Maßnahme wird zum 1. Januar 2025 in Kraft treten. Damit geht auch einher, dass ab diesem Datum wieder Interessenten am KVB-Poolarzt-system Anträge zur Teilnahme stellen können.

Stefanie Aschoff (KVB)

In der aktuellen Organisation des Poolarzt-systems der KVB werden bislang nur die ersten zwei Voraussetzungen erfüllt. Daher bestand die Notwendigkeit, ein entsprechendes Nutzungsentgelt für Poolärzte einzuführen.

Die Vertreterversammlung der KVB hat daraufhin beschlossen, ab 1. Januar 2025 Nutzungsentgelte für Bereitschaftsdienste im Fahr-



Digital-Event „Zi insights“ zur digitalen Terminsteuerung

Aufgrund ihres Sicherstellungsauftrags im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung kommt den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei der Terminvermittlung eine Sonderrolle zu. Beispielhaft wird dies durch DocOnLine, dem neuen digitalen Versorgungsangebot der KV Bayerns. DocOnLine verbindet eine innovative Online-Terminvergabe mit einem intelligenten Steuerungssystem für Patientinnen und Patienten.

Über die Effekte einer damit verbundenen effizienten Patientensteuerung diskutierten Ende Oktober 2024 Expertinnen und Experten im Rahmen des Digital-Events „Zi insights“ des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi).

Die telefonische und zunehmend digitale Terminvermittlung insbesondere in Akutfällen gehört seit 2019 zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Zuge der Digitalisierung wird es allerdings immer komplexer, zu bestimmen, was bedarfsgerecht ist und was nicht, und ob ein telemedizinischer Kontakt zunächst ausreichend ist. Dies nahm die virtuelle Diskussionsrunde „Zi insights“ am 24. Oktober letzten Jahres zum Anlass, um über die Terminsteuerung in den Arztpraxen als Schlüssel einer Effizienzsteigerung und besseren Patientenversorgung sowie über die Möglichkeiten einer Selbstbuchung von Terminen zu diskutieren. Die Inanspruchnahme habe sich 2024 im Vergleich zum Vorjahr zwar verdoppelt, was

zeige, dass digitale Lösungen von den Patientinnen und Patienten zunehmend akzeptiert würden, doch sei der Nutzungsgrad insgesamt immer noch zu gering, so Volker Dentel, Geschäftsführer der kv.digital GmbH. Es werde weiter daran gearbeitet, allen gesetzlich Versicherten die Möglichkeit nahezu bringen, Arzttermine digital über die Webseite www.116117.de beziehungsweise die [116117.app](https://www.116117.app) zu buchen. Obwohl eine digitale Terminbuchung viele Praxen entlasten könne, bestehe laut Expertinnen und Experten die Herausforderung darin, das Terminangebot im Einklang mit dem Nutzungsverhalten der Patientinnen und Patienten zu steigern, da ansonsten wertvolle Termine ungenutzt verfallen würden.

Generell wurde festgehalten, dass es in der Regel keine Terminprobleme gebe, wenn wegen eines akuten Anliegens oder einer chronischen Krankheit kurzfristig eine Ärztin oder ein Arzt konsultiert werden muss. Zu diesem Ergebnis kommt auch eine repräsentative Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). In vielen Regionen und für bestimmte Facharzttrichtungen werde die Terminknappheit aber drängender wahrgenommen. Da nicht jede gesundheitliche Beschwerde sofort ärztlich gesehen werden muss, steht die Frage im Raum, wie dringende Anliegen möglichst schnell zu einer angemessenen Behandlung finden können. Das Thema, so die Diskutanten, gewinne zunehmend auch deshalb an Bedeutung, da die Versorgungsbedarfe eher zunehmen, die verfügbaren ärztlichen

Kapazitäten in den Praxen aber immer weniger würden. Und hier kommen nun intelligente Steuerungssysteme wie DocOnLine der KVB ins Spiel. „DocOnLine erleichtert es Ärztinnen und Ärzten, ihre Ressourcen sinnvoll auszuschöpfen, indem sie beispielsweise in niedrig frequentierten Bereitschaftspraxen zusätzlich Patienten per Videosprechstunde versorgen“, so Fabian Demmelhuber, Leiter des Referats Versorgungsinnovationen der KVB. Die Patienten begeben sich bei akuten Beschwerden in ein digitales Wartezimmer und werden den verfügbaren Ärztinnen und Ärzten entsprechend ihrer zeitlichen Möglichkeiten zugewiesen. Das System stelle sicher, dass jeder Fall nach medizinischer Dringlichkeit eingeschätzt und priorisiert werde, was zu kürzeren Wartezeiten sowie zu einer effizienteren Verteilung der vorhandenen Ressourcen im Gesundheitswesen führe, so Demmelhuber. Zu diesem positiven Fazit kam auch Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zi, der in Lösungen wie DocOnLine in Kombination mit einer Digitalisierung der 116117 einen Gewinn für Praxen und Patienten sieht. „Zeitsparende Digitalisierung ist ein wesentlicher Baustein zur Zukunftssicherung der ambulanten Versorgung. Sie ermöglicht es, medizinische Ressourcen effizienter zu nutzen und den Hilfesuchenden genau dann die passende Versorgung zukommen zu lassen, wenn sie sie benötigen.“

Redaktion

DocOnLine

Für weitere Informationen bitte QR-Code scannen.



Ein Jahr eRezept

Seit rund einem Jahr ersetzt das elektronische Rezept (eRezept) eine Vielzahl papiergebundener Verordnungen. Bislang können ausschließlich Arzneimittel zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über eRezepte verordnet werden, der weitere Ausbau ist aber in Arbeit. Trotz der Vorteile des eRezepts ergeben sich bei der Handhabung oft Unsicherheiten.

Als eine zentrale Anwendung der Telematikinfrastruktur (TI) ist das eRezept inzwischen im Praxisalltag angekommen. Dennoch verlief die Einführung nicht ohne Schwierigkeiten. Uns erreichen immer wieder Fragen zum eRezept im Praxisalltag, daher möchten wir noch einmal auf drei wesentliche Punkte eingehen:

Verordnung

Für die Verschreibung mehrerer Packungen eines Arzneimittels an einen Patienten ist es nicht erforderlich, für jede Packung ein eigenes eRezept zu erstellen. Hier empfiehlt es sich, den sogenannten „Faktor“ zu nutzen, um die genaue Anzahl der Packungen in einem eRezept anzugeben.

Signatur

Für die Signatur von eRezepten empfehlen wir den Einsatz der Komfortsignatur. Durch die Aktivierung von 250 Signaturen mit einer PIN-Eingabe des Heilberufsausschusses (eHBA) können eRezepte kontinuierlich im Praxisbetrieb ohne erneute PIN-Eingabe durch den Arzt signiert werden. Dadurch wird das eRezept direkt auf den eRezept-Fachdienst eingestellt und steht



für den sofortigen Abruf in der Apotheke bereit. Wichtig: Medizinische Fachangestellte (MFA) können keine eRezepte selbstständig einstellen, denn die Freigabe der Verordnungen muss immer durch den Arzt erfolgen, auch wenn keine eHBA-PIN-Eingabe nötig ist. Wird hingegen die Stapelsignatur genutzt, werden eRezepte zunächst im Praxisverwaltungssystem (PVS) gesammelt und zu einem späteren Zeitpunkt stapelweise vom Arzt signiert. Für Patienten ist dann zeitlich nicht abschätzbar, wann das eRezept in der Apotheke abgerufen werden kann. Dies führt häufig zu Rückfragen von Patienten und Apotheken in der Praxis.

Korrektur

Sobald ein eRezept signiert wurde, ist eine Korrektur nicht mehr möglich. Besteht nach der Signatur Korrekturbedarf, muss ein neues eRezept ausgestellt und das alte eRezept gelöscht werden. Nur so kann eine Mehrfacheinlösung verhindert werden. Wurde das eRezept in der Apotheke bereits abgerufen, kann die Apotheke das eRezept in

Abstimmung mit der Praxis löschen oder dieses für die Löschung durch die Arztpraxis wieder freigeben. Die erfolgte Löschung eines eRezepts sollte über die Meldung im PVS immer geprüft werden. Dort ist ebenfalls ersichtlich, ob das eRezept bereits durch die Apotheke gelöscht wurde oder es sich gerade in der Belieferung durch die Apotheke befindet.

Diese Punkte verdeutlichen, dass trotz der Vorteile des eRezepts eine sorgfältige Handhabung notwendig ist, um den reibungslosen Ablauf im Praxisbetrieb und in der Apotheke zu gewährleisten. Ausführliche Informationen zum eRezept finden Sie unter www.kvb.de/ti.

Anja Narat (KVB)



KVB Servicecenter – Kurze Frage, direkte Antwort

Sie stecken mitten im Praxisbetrieb und brauchen eine schnelle Information am Telefon – speziell zu Abrechnung, Verordnung oder digitalen KVB Anwendungen? Wir sind für Sie da.

Servicezeiten

Montag bis Donnerstag 7.30 bis 17.30 Uhr
Freitag 7.30 bis 16.00 Uhr

Servicecenter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

eTec Support 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40



KVB Beratungscenter – Ihr Kontakt vor Ort

Sie möchten ein Thema aus Abrechnung, Verordnung oder Praxisführung in einer persönlichen Einzelberatung vertiefen? Wir vereinbaren gerne einen Termin mit Ihnen!

Servicezeiten

Montag bis Donnerstag 8.00 bis 16.00 Uhr
Freitag 8.00 bis 13.00 Uhr

Bayreuth (Oberfranken)

Telefon 09 21 / 2 92 – 4 99
E-Mail bc-bayreuth@kvb.de

Nürnberg (Mittelfranken)

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 99
E-Mail bc-nuernberg@kvb.de

Oberbayern

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 25 99
E-Mail bc-oberbayern@kvb.de

Würzburg (Unterfranken)

Telefon 09 31 / 3 07 – 4 99
E-Mail bc-wuerzburg@kvb.de

Regensburg (Oberpfalz)

Telefon 09 41 / 39 63 – 4 99
E-Mail bc-regensburg@kvb.de

München

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 99
E-Mail bc-muenchen@kvb.de

Straubing (Niederbayern)

Telefon 0 94 21 / 80 09 – 4 99
E-Mail bc-straubing@kvb.de

Augsburg (Schwaben)

Telefon 08 21 / 32 56 – 3 99
E-Mail bc-augsburg@kvb.de



Dienstplanänderungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)

Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben

E-Mail Dienstaenderung.vbzm@kvb.de

Unter-, Mittel- und Oberfranken

E-Mail Dienstaenderung.vbzn@kvb.de



Dienstplanung DPP-online

(finden Sie auch in „Meine KVB“)

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 90
Fax 0 89 / 5 70 93 – 88 85
E-Mail info.dpp@kvb.de

Servicezeiten

Montag bis Freitag
9.00 bis 15.00 Uhr



Notarzt-Abrechnung

(finden Sie auch in „Meine KVB“)

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
E-Mail emdoc@kvb.de (emDoc)/
notarzdoku@kvb.de (NIDA)



KVB Selfservice – 24/7 für Sie verfügbar

Sie wollen eine Abwesenheit melden, Dokumente sicher übermitteln, Sprechzeiten ändern oder eine Genehmigung beantragen? Das und mehr bietet Ihnen „Meine KVB“ – einfach online, zeitlich und örtlich flexibel! Den Einstieg finden Sie unter www.kvb.de.

Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

KVB FORUM ist das Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit den offiziellen Rundschreiben und Bekanntmachungen (KVB INFOS).

Herausgeber (V. i. S. d. P.):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:
Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz, Dr. med. Claudia Ritter-Rupp

Redaktion:

Martin Eulitz (Leiter Stabsstelle Kommunikation), Dr. phil. Axel Heise (CvD)
Text: Markus Kreikle, Marion Munke Grafik: Gabriele Hennig, Iris Kleinhenz

Kontakt zur Redaktion: KVBFORUM@kvb.de

Satz und Layout: KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck: Bonifatius GmbH, Paderborn

Mit externen Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wider. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder übernehmen wir keine Haftung. Die hier veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, ein Abdruck ist nur mit unserer schriftlichen Genehmigung möglich.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die Sprachformen (wie beispielsweise „Ärztinnen und Ärzte“) nicht in jedem Einzelfall gleichzeitig verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter gleichermaßen.

KVB FORUM erhalten alle bayerischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie alle Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der KVB. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

Bildnachweis:

Bayerisches Innenministerium/Alexandra Beier (Seite 5, unten), Markus Burke (Seite 14), Markus Gellert (Seite 13), Nina Grägel (Seite 15). Kassenärztliche Bundesvereinigung (Seite 4, rechts), stock.adobe.com/Ton Photographer4289 (Titelseite), stock.adobe.com/Yingyaipumi (Seite 2), stock.adobe.com/Ideenkoch (Seite 4) stock.adobe.com/thauwald-pictures (Seite 5), stock.adobe.com/Stockwerk-Fotodesign (Seite 6), stock.adobe.com/Zerbor (Seite 7), stock.adobe.com/MQ-Illustrations (Seite 8), stock.adobe.com/Andreas Prott (Seite 9), stock.adobe.com/JIN KANSA (Seite 10), stock.adobe.com/Andrea Gaitanides (Seite 26), Privat (Seite 12), KVB/Nadine Stegemann (Seite 3), KVB (alle weiteren)



Gedruckt auf FSC®-
zertifiziertem Papier



Dieses Druckerzeugnis
ist mit dem Blauen Engel
ausgezeichnet.

