

Zugang per App und PIN

Die ePA wird von den Krankenkassen seit Januar 2021 zusammen mit einer App bereitgestellt. Die App fürs Smartphone oder Tablet lässt sich im Google Play Store oder App Store downloaden. Notwendig ist auch die Registrierung zur Nutzung der ePA bei der Krankenkasse. Den Zugriff des Arztes, Therapeuten oder Apothekers auf die ePA vergeben die Patienten entweder über ihre ePA-App oder direkt in der Praxis mittels ihrer elektronischen Gesundheitskarte und PIN. Die Arztpraxis nutzt ihr Praxisverwaltungssystem, um lokal gespeicherte Daten in die ePA hochzuladen. In Krankenhäusern muss die ePA spätestens zum 01.01.2022 laufen.

Gehören „Verkaufsgespräche“ zugunsten der ePa zum State of the Art von Hausärzten? Eine der Thesen beim Internistenkongress lautete, Vertragsärzte seien dazu verpflichtet, ihren Patienten die Nutzung des Datenspeichers ePa anzuraten. Aktuell sei die elektronische Patientenakte aber sowieso nur zur Hälfte funktionstüchtig - interessant werde der Datenspeicher durch die Datenfreigabe an die Forschung.

Auf die **Datennutzung zu Forschungszwecken** konzentrierte sich Rechtsanwalt und Arzt Prof. Dr. Dr. Christian Dierks im Rahmen des DGIM-Symposiums „Die elektronische Patientenakte in der Hausarztpraxis – grenzüberschreitende Informationsquelle?“. Die Datenfreigabe zu Forschungszwecken, die Einbindung von DiGA-Data und die digitale Identität seien die wesentlichen Funktionalitäten, die die ePa erst interessant machen würden, betont er.

Zuvor hatte Prof. Dierks, Fachanwalt für Sozial- und Medizinrecht und Managing Partner eines Beratungsunternehmens für die Förderung von Innovationen im Gesundheitswesen, betont, dass er Interessen vertrete, deswegen habe er auch keine Konflikte zu vermelden. Zu den Zielen seines Unternehmens gehöre es, den **Forschungsstandort Deutschland** zu stärken und die **Transformation des Gesundheitswesens** zu beschleunigen, indem man zum Beispiel Forschungsdatenplattformen begleite. Dazu gehöre auch, sich dafür einzusetzen, dass die Gesetzgebung forschungsfreundlicher wird. Sein Beratungsunternehmen habe z.B. den § 287 a SGB V entworfen. Der Paragraph regelt, dass Krankenkassen und KVen Datenbestände für Forschungsvorhaben mit bestimmten Zielsetzungen auswerten können. Aufgrund solcher Tätigkeiten stünde er mit seinem Unternehmen im Lobbyregister.

Zum besseren Verständnis der **ePa** als zentraler Speicherort für personenbezogene Gesundheitsdaten betont Prof. Dierks, dass die ePa aktuell erst **zu 50 % in Funktion** sei. Die wesentlichen Funktionalitäten stünden noch aus. „Die entscheidende Wendung kommt mit der Öffnung für die Forschung“, sagte Prof. Dierks. Die ePa sei das Bindeglied zur Forschung. „Die Qualität der Versorgung wird sich verbessern, wenn es uns gelingt, alle Daten zur Versorgung bereitzustellen.“

Der **Koalitionsvertrag** enthalte eine Forderung des Sachverständigenrates, ein **Datennutzungsgesetz** zu schaffen. Darunter verstehe er eine Verpflichtung der Leistungserbringer, Daten bereitzustellen, zu pseudonymisieren und für die Forschung

bereitzustellen. Ziel sei, dass jeder, der einen „vernünftigen“ Forschungsantrag stellt, unter bestimmten Rahmenbedingungen mit diesen Daten forschen kann. Die europäische **Datenschutzgrundverordnung** (DSGVO) ermögliche den Mitgliedsstaaten Regelungen zu Forschungszwecken. Sie biete eine Rechtsgrundlage für die Anbindung an das Forschungsdatenzentrum und auch die erweiterte Rechtsgrundlage für die Freigabe der Daten durch den Patienten für Forschungszwecke. „Die Verschmelzung von Versorgung und Forschung ist die entscheidende Transformation in eine neue Qualität“, so Prof. Dierks.

Hausärzte in der Pflicht?

Für den einzelnen **Vertragsarzt** sieht Prof. Dierks sogar eine juristische Pflicht, über die ePa zu informieren, aber auch ihre Nutzung anzuraten, sowie Daten dort einzustellen. Begründen würde sich das über die Verpflichtung zur Einhaltung des **allgemein anerkannten Stands der medizinischen Wissenschaft**. „Nach meiner Auffassung ist der Einsatz eines zentralen Gesundheitsdatenspeichers der gegenwärtige Stand der Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft“, so Prof. Dierks. „Wenn Sie einem Patienten nicht dazu raten, die ePa zu nutzen, und er erleidet aufgrund unvollständiger Informationen im Rahmen des Behandlungsgeschehens einen Schaden, dann ist das etwas, auf das Sie ursächlich Einfluss genommen haben und für das Sie auch haftbar gemacht werden können“, begründete Prof. Dierks seine These.

Auch den **Patienten** sieht Prof. Dierks in der Verantwortung stehen. Er habe dann eine neue Funktion: Er müsse die Daten bei den Leistungserbringern sammeln, sie strukturieren, den Leistungserbringern wieder bereitstellen und auf Forschungsdaten Bezug nehmen. Richtig sei, dass die meisten Patienten dazu aktuell noch nicht in der Lage sind. „Es wird einen Personal Health Data Manager geben, die für einen festen Betrag im Monat anbieten, Gesundheitsdaten zu managen“, so Prof. Dierks. An der Charité Berlin sei man gerade dabei, einen ePa-Coach zu entwickeln.

Das Leitthema des diesjährigen Internistenkongresses lautete „Die Grenzen der Inneren Medizin“. Denn die Innere Medizin sei nicht nur mit medizinischen Grenzen und den Grenzen ihres Fachgebietes konfrontiert. Auch ethische Grenzen, Grenzen am Lebensende, Kostengrenzen, Grenzen des technisch Möglichen und Sinnvollen spielen in der täglichen Routine eine Rolle. Dabei ginge es mit Blick auf eine voranschreitende Digitalisierung auch um die Frage, wie weit das **Recht auf Leben und Gesundheit** dem **Datenschutz** geopfert werden soll und umgekehrt.

Kongressbericht: 128. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

02.05.2022

Ärzte und Psychotherapeuten können zwei neue EBM-Positionen abrechnen, wenn sie auf Wunsch eines Patienten medizinische Dokumente in dessen elektronischer Patientenakte ablegen. Das Honorar ist im Verhältnis zum erwarteten Aufwand allerdings mager. Muss man diesen neuen Digitalisierungsschritt also überhaupt mitmachen?

Die neuen **Nrn. 01431 und 01647** wurden rückwirkend zum 01.01.2021 in den EBM aufgenommen. Die Nr. 01647 (15 Punkte) ist als Zuschlag zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen einmal im Quartal extrabudgetär berechnungsfähig, wenn Daten in der **elektronischen Patientenakte (ePA)** erfasst, verarbeitet und/oder gespeichert werden. Findet in dem Quartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und keine Videosprechstunde statt, kommt die Nr. 01431 (3 Punkte) zum Ansatz. Die Leistung ist je Arzt oder Psychotherapeut bis zu viermal im Quartal bei einem Patienten berechnungsfähig.

Ab Juli sind die Ärzte gesetzlich in der Pflicht

Offen ist noch die Abrechnungsposition für die **Erstbefüllung der ePA**. Hier hat der Gesetzgeber für das Jahr 2021 zehn Euro als Honorar festgelegt. Da diese Pauschale eine sektorenübergreifende Vereinbarung erforderlich macht, sind die Verhandlungen zwischen KBV und Kassen noch nicht abgeschlossen.

EBM-Nr.	Legende	Euro
	Sektorenübergreifende Erstbefüllung der ePA	10,00
01647	Zusatzpauschale zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie den Leistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitro-diagnostische Leistungen) für die Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung medizinischer Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in der ePA. Einmal im Behandlungsfall.	1,67
01431	Zusatzpauschale zu den Nrn. 01430 (Verwaltungskomplex), 01435 (haus-/fachärztliche Bereitschaftspauschale) und 01820 (Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung) für Versorgungsszenarien mit ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA, in denen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird. Bis zu viermal im Arztfall. Mit Ausnahme der Nrn. 01430, 01435 und 01820 im Arztfall nicht neben anderen Leistungen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.	0,33

Quelle: KBV

Relevanz erhält das Ganze voraussichtlich ab Juli 2021. Ab diesem Zeitpunkt sind Ärzte und Psychotherapeuten gesetzlich verpflichtet, Daten auszulesen und zu speichern, sofern der Versicherte dies wünscht. Für die Versicherten ist die Nutzung der ePA freiwillig.

Die Frage des Mitmachens beschränkt sich zunächst auf die **Anschaffung und Aktualisierung des notwendigen IT-Equipments**. Die Finanzierung wird von den Kassen übernommen. Das Bundesschiedsamt hat eine einmalige Kostenpauschale von 550 Euro (400 Euro fürs Konnektor-Update und 150 Euro für eine ePA-Integration) sowie von 4,50 Euro je Quartal für die Betriebskosten festgesetzt. Mit diesem Update können künftig auch elektronische Rezepte ausgestellt werden. Gesetzlich ist festgelegt, dass Praxen, die nicht auf den Einsatz von ePA und eRezept vorbereitet sind, mit einem **Honorarabzug von 1 %** sanktioniert werden.

Die ePA wird seit Jahresbeginn erprobt. Noch fehlen Komponenten zur Nutzung der ePA, sodass der geplante (Zwangs-)Start am 1. Juli 2021 fraglich ist. Man sollte also die Angebote der Praxisverwaltungssystem-Anbieter abwarten und eine Übernahme ins eigene PVS davon abhängig machen, dass die vom Hersteller verlangten Installationskosten die oben genannten Erstattungssummen nicht überschreiten.

Notfalldatensatzspeicherung wird besser vergütet

Seit 2020 ist bereits die Anlage eines Notfalldatensatzes und des elektronischen Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) möglich. Hier beträgt die Pauschale für das Update zum E-Health-Konnektor 595 Euro, inklusive der Kosten für die PVS-Anpassungen.

EBM-Nr.	Legende	Euro
01640	Zuschlag zur Versichertenpauschalen für die Anlage eines Notfalldatensatzes, einmal im Krankheitsfall	17,80
01641	Zuschlag zur Versichertenpauschale für den Notfalldatensatz, einmal im Behandlungsfall	0,44
01642	Löschen eines Notfalldatensatzes, einmal im Behandlungsfall	0,11

Quelle: EBM

Ausgangsziffer ist die Nr. 01640 als Zuschlag zu der Versichertenpauschale für die Anlage eines Notfalldatensatzes. Das Honorar für die Leistung lag ursprünglich bei 8,79 Euro, wurde aber zunächst für ein Jahr auf 17,80 Euro angehoben. Die Leistung kann nach vier Quartalen neu berechnet werden. Weitere Maßnahmen innerhalb dieses Krankheitsfalls wie die Überprüfung auf Notwendigkeit eines Notfalldatensatzes ohne anschließende Anlage oder **Überprüfung und ggf. Aktualisierung** eines Notfalldatensatzes werden nach Nr. 01641 einmal je Quartal mit 0,44 Euro vergütet. Diese Leistung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung automatisch zugesetzt, wenn zuvor die Leistung nach Nr. 01640 (in einem anderen Quartal) berechnet wurde. Die **Löschung** eines Datensatzes auf Wunsch des Patienten kann ebenfalls einmal im Quartal nach Nr. 01642 mit 0,11 Euro berechnet werden. Alle genannten Leistungen werden extrabudgetär vergütet und haben keine Zeitvorgaben. Die Anlage eines elektronischen Medikationsplans auf der Versichertenkarte ist nicht gesondert berechnungsfähig. Hier bleibt es bei den bekannten Abrechnungspositionen, wie sie für die Papierform existieren. **Fazit:** Der Aufwand für den Notfalldatensatz und den elektronischen Medikationsplan ist überschaubar und wird mit der Nr. 01640 adäquat vergütet. Ob das Honorar nach einem Jahr wieder von 17,80 auf 8,79 Euro zurückgestuft wird, sollte man im Auge behalten.

Ergänzungen der ePA ohne Beratung – wie soll das gehen?

Inakzeptabel ist dagegen die Bewertung für die Pflege der ePA. Obgleich der Aufwand hier ungleich größer ist als beim Notfalldatenmanagement werden hier nur 1,67 Euro gezahlt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung betont, dass die niedrige Summe dadurch bedingt ist, dass die Leistung keine Beratung enthält. Da eine Befüllung der ePA aber ohne Beratung überhaupt nicht möglich ist, kann man sich darauf berufen und die Leistung aus Sorgfaltsgründen ablehnen. Berücksichtigen sollte man auch, dass in beiden Fällen die Entscheidung, ob diese Leistungen erbracht werden sollen, beim **Patienten** liegt. Ihm sollte man begreiflich machen, dass ein Aufbringen von Notfalldaten auf seine eGK ggf.

wichtig sein kann, wenn er einen anderen Arzt aufsuchen muss, der ihn nicht kennt. Dass über die ePA – zumindest in diesem Jahr – seine **ganze Krankengeschichte offengelegt** wird, ist dagegen vermutlich nicht in seinem Sinn. Da die Installationskosten bezahlt werden, kann man das Update und die zusätzlichen Lesegeräte aber beziehen. Außer Spesen ist dann eben sonst nichts gewesen.

Medical-Tribune-Bericht

21.2.4 Streit eingeordnet ELGAKaum hat die elektronische Gesundheitskarte zum 01.01.2015 die Krankenversichertenkarte ersatzlos abgelöst, wird neues Ungemach bekannt. In einem aktuellen Referentenentwurf aus dem Gesundheitsministerium macht sich der Minister für die Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte stark. Um die Kritiker und Skeptiker in den Griff zu bekommen, wollen die Referenten des Ministers mit dem Zuckerbrot von Zusatzvergütungen und mit der Peitsche von Sanktionen arbeiten. Lesen Sie heute, was auf Sie und Ihre Patienten zukommt.

Verweigerer der elektronischen Gesundheitskarte müssen jetzt zahlen...

Das Lieblingsprojekt der Gesundheitsminister seit einer Reihe von Jahren ist die elektronische Gesundheitskarte. Im Jahr 2002 verkündete Ulla Schmidt stolz die Gesundheitskarte werde Leben retten und spätestens 2006 an den Start gehen. Doch es sollten noch acht Jahre ins Land gehen bis die ersten Gesundheitskarten zum Einsatz kamen. Seit dem 01.01.2015 ist es jetzt ernst. Die elektronische Gesundheitskarte hat die Krankenversichertenkarte ersatzlos abgelöst, wie Sie es selbst in Ihrer Praxis täglich erleben. Wer kein Foto von sich einreichen wollte, erhielt auch keine Gesundheitskarte. Ärztliche Leistungen können für diese Patienten nur durch Privatliquidation abgerechnet werden und Medikamente müssen selbst bezahlt werden.

... und führt zu Zusatzaufwendungen für Ärzte

Keine angenehme Situation für Ärzte und Patienten. Denn jetzt droht die notwendige ärztliche Behandlung aus dem Fokus zu geraten. Jetzt wird über Geld gesprochen. Abgesehen davon, dass das vermehrte Ausstellen von privatärztlichen Rechnungen einen erhöhten Arbeitsaufwand für Sie und Ihr Praxispersonal bedeuten kann, ist gar nicht sicher, dass die Außenstände von Patienten, die sich ärgern, pünktlich bezahlt werden. Nun könnte das für Sie aufwendige Mahnwesen hinzukommen. Sicher nicht Ihre Lieblingsbeschäftigung. Manch einer von Ihnen war, sicher auch aus diesem Grund froh, dass die Praxisgebühr wieder abgeschafft wurde.

Gesetzlicher Auftrag seit 2006 nicht erfüllt

Dabei müssen wir uns fragen, um welchen Preis Ärzte, Patienten und Krankenkassen aneinander geraten. Denn von den versprochenen Funktionen wie Medikationsplan, Notfallakte, Diagnosen, Allergien und Nebenwirkungen, die nun wirklich einen Nutzen haben könnten, kann derzeit keine einzige genutzt werden. Seit 2005 arbeitet die beauftragte Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte, kurz gematik, daran den gesetzlichen Auftrag laut §291a SGB V - Elektronische Gesundheitskarte¹ zu verwirklichen.

Der Auftrag lautet: „(1) Die Krankenversichertenkarte nach § 291 Abs. 1 wird bis spätestens zum 1. Januar 2006 zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung für die in den Absätzen 2 und 3 genannten Zwecke zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert.“ Gegenüber den im [Gesetz](#) geforderten Funktionen, sind die derzeitigen Möglichkeiten äußerst bescheiden. Zudem waren Stammdaten, Versichertenstatus, Adresse und Versichertennummer schon auf der bisher gültigen Krankenversichertenkarte enthalten.

In Notfallsituationen ist die Gesundheitskarte kaum hilfreich

Die gematik, mit ihren Gesellschafter der Verbände von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Krankenhäuser, hat zu dem noch kein einwandfreies, praktikables Datensicherheitskonzept vorgelegt. Auf dem vorhandenen Chip der Karte sollen die Daten verschlüsselt abgelegt werden. Nur wenn der Arzt und der Patient gleichzeitig ihre Karten in ein spezielles Lesegerät einführen und der Patient seinen PIN eingibt, sollen die Daten lesbar sein². Sich den PIN zu merken oder dabei zu haben werden nicht alle kranken oder alten Patienten schaffen. Auch wie z. B. das bewusste Unfallopfer seinen PIN eingeben soll, damit Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien aus der Gesundheitskarte ausgelesen werden können, ist schwer nachvollziehbar. Sicherlich wird der erstversorgende Arzt in Notfallsituationen auch ganz andere Prioritäten haben.

Eine Milliarde Ausgaben für die Gesundheitskarte

Damit nicht genug: Obwohl Patienten und Ärzte durch die elektronischen Gesundheitskarte keine Zusatznutzen haben, Schnittstellen für die Datenübertragung sowie die entsprechende IT-Infrastruktur noch nicht einsatzfähig sind, kostete die Entwicklung bisher norm viel Versichertenbeiträge. Nach eigenen Angaben hat die gematik seit 2005 ca. eine Milliarde Euro investiert. Das festgelegte Ziel einer elektronischen Gesundheitskarte mit lebensrettenden Funktionen, wurde in all den Jahren jedoch nicht erreicht. Da platzte offensichtlich selbst dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen der Kragen. In einer bemerkenswerten Aktion verhängte der Vorstand Anfang des Jahres eine Freigabesperre für 60 Mio. Euro, dem Anteil der Krankenkassen an den Kosten 2015 für die gematik.

Zuckerbrot...

Doch nun soll erst recht die elektronische Gesundheitskarte mit Dampf weiterentwickelt werden und die lebensrettenden Funktionen und der Datenaustausch bis 2017 Wirklichkeit werden. Damit Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen ins Boot kommen, soll die Teilnahme an verschiedenen Maßnahmen mit Zusatzvergütungen belohnt. So sollen Ärzte und Krankenhäuser im Zeitraum 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2018 mit konkreten Zusatzvergütungen in Höhe von bis zu 31 Mio. Euro rechnen können. Dafür wird vom Gesetzgeber gefordert,

dass elektronische Entlassbriefe in Krankenhäusern erstellt werden und diese in der vertragsärztlichen Versorgung genutzt werden³.

Zusätzlich sollen Ärzte, die einen Notfalldatensatz auf der elektronischen Gesundheitskarte erstellen, für die Prüfung der Notfallrelevanz von Befunden ebenfalls eine zusätzliche Vergütung erhalten. Dies soll ab dem 1. Januar 2018 wirksam werden.

... und Peitsche

Für Skeptiker und Kritiker hat der Minister dagegen kein Verständnis: „Ich habe kein Verständnis dafür, dass wieder Blockierer auf den Plan treten und diesen großen Fortschritt ins digitale Zeitalter des Gesundheitswesens mit fadenscheinigen Argumenten aufhalten wollen.“⁴ Es ist zu befürchten, dass auf sie und alle Beteiligten schwere Zeiten zukommen. Denn der bekannt gewordene Referentenentwurf sieht Abschläge beim Arzthonorar vor. Ärzten, die die Prüfung des Notfalldatensatzes ab dem 1. Juli 2018 nicht durchführen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent so lange zu kürzen, bis sie die Prüfung durchführen, so der Entwurf.

Weitere Kosten kommen auf Krankenkassen und Versicherte zu

Besonders die Krankenkassen und deren Versicherten werden sich „freuen“. Neben noch nicht quantifizierbaren Kosten für Übertragung von Röntgenbildern oder der Erstellung von Medikationsplänen etc. kommt weiterer Aufwand auf die Kassen zu. „Bei der Gesellschaft für Telematik entstehen Mehrkosten in Höhe von rund 2,5 Mio.€ für zusätzlich wahrzunehmende Aufgaben sowie für die Errichtung des Interoperabilitätsverzeichnis. Dazu kommen in diesem Zusammenhang anfallende laufende Kosten von rund 770.000 € jährlich.“ (Referentenentwurf). Doch auch für den flächendeckenden Aufbau der IT-Infrastruktur für den Datenaustausch werden weitere Millionen hinzukommen.

Bei allen Unwägbarkeiten ist eines wohl gewiss: die elektronische Gesundheitskarte wird uns auch in den nächsten Jahren beschäftigen.

„Ich habe kein Verständnis dafür, dass wieder Blockierer auf den Plan treten und diesen großen Fortschritt ins digitale Zeitalter des Gesundheitswesens mit fadenscheinigen Argumenten aufhalten wollen.“

Wie ist Ihre Meinung zur Aussage von Minister Gröhe?

[Alle 3 Kommentare anzeigen](#)

[informativ](#)

Tessie1985

Allgemeinmedizin • 1. Februar 2015 - 10:04 Uhr

Ein weiteres Bürokratiemonster. Nutzen ? Dem Arzt wird weitere Patientenzeit gestohlen. Der Lockvogel ist wiederum die Vergütung. Der Herr Minister sollte einmal mit einer Stoppuhr eine Allgemeinmediziner.Sprechstunde begleiten/ Vergleich direkte Patientenbehandlung und " Rahmenprogramm". Die Pat. klagen zu Recht über empfundenen Zeitmangel des Arztes für Ihre Probleme

[informativ](#)

euadnrf

Allgemeinmedizin • 1. Februar 2015 - 11:55 Uhr

Wie immer durchdenkt die Politik nicht den Sachverhalt,da sie die Basis nicht hört.Die Umsetzung wird auf andere Ebenen abgeschoben.Gehampel ohne Ende.Vorteil:Es gibt wieder mehr Möglichkeiten "auf kleinem Dienstweg."