

FAQs - Notfalldatenmanagement (NFDM) und elektronischer Medikationsplan (eMP)

Version 1.07, Stand: 22.03.2021

Inhalt

FAQs - Notfalldatenmanagement (NFDM) und elektronischer Medikationsplan (eMP)	1
I. Notfalldatenmanagement - NFDM	2
1. Was ist „NFDM“?	2
2. Wer kann das NFDM nutzen?	2
3. Muss ich das NFDM nutzen?	2
4. Müssen alle Facharztgruppen das NFDM nutzen?.....	3
5. Für welche Patienten ist ein NFD sinnvoll?	3
6. Meine Praxis ist an die TI angeschlossen. Kann ich das NFDM automatisch nutzen?...	3
7. Welche technischen Voraussetzungen gelten für die NFDM-Nutzung?	4
8. Welche Erstattungspauschalen erhalte ich für das NFDM?	4
9. Wie wird die Erstellung/ die Aktualisierung/ das Löschen von NFD und DPE vergütet?	4
10. Wie wird der Anspruch auf zusätzliche Kartenterminals berechnet?	5
11. Wie bekomme ich die Pauschalen für NFDM/eMP erstattet?	5
12. Wo finde ich Informationen zu den Abläufen beim Erstellen, Aktualisieren und Lesen des NFD?	5
13. Wie wird die Einwilligung des Patienten für die Speicherung der NFD und die Zustimmung für den Zugriff auf die Daten eingeholt?	6
II. Elektronischer Medikationsplan - eMP	7
14. Was ist „eMP“?	7
15. Wer kann den eMP nutzen?	7
16. Muss ich den eMP nutzen?.....	8
17. Meine Praxis ist an die TI angeschlossen. Kann ich den eMP automatisch nutzen?	8
18. Welche technischen Voraussetzungen gelten für die eMP-Nutzung?.....	8
19. Welche Erstattungspauschalen erhalte ich für den eMP?	9
20. Wie wird die Erstellung/ die Aktualisierung/ das Löschen des eMP vergütet?	9
21. Wie wird der Anspruch auf zusätzliche Kartenterminals berechnet?	9
22. Wie bekomme ich die Pauschalen für NFDM/eMP erstattet?	10

23. Wo finde ich Informationen zu den Abläufen beim Erstellen, Aktualisieren und Lesen des eMP?..... 10
24. Wie wird die Einwilligung des Patienten für die Speicherung des eMP und die Zustimmung für den Zugriff auf die Daten eingeholt? 10

I. Notfalldatenmanagement - NFDM

1. Was ist „NFDM“?

Das **Notfalldatenmanagement (NFDM)** ist eine Fachanwendung der Telematikinfrastruktur (TI), die es ermöglicht in medizinischen Notfällen wichtige notfallrelevante Informationen von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abzurufen. Das NFDM besteht aus dem **Notfalldatensatz (NFD)** und dem **Datensatz Persönliche Erklärungen (DPE)**, die sich getrennt voneinander und nur mit der Erlaubnis des Patienten anlegen, auslesen und aktualisieren lassen. In Notsituationen können die Daten von Ärzten und Notfallrettungskräften auch ohne Zustimmung des Patienten ausgelesen werden.

Der NFD enthält notfallrelevante medizinische Informationen, wie Angaben zum Patienten, zu Diagnosen, zur Medikation, sowie zu bestehenden Allergien und Unverträglichkeiten. Darüber hinaus können Kontaktdaten von behandelnden Ärzten und Personen, die im Notfall benachrichtigt werden sollen und weitere Hinweise gespeichert werden.

Der DPE enthält Hinweise auf den Aufbewahrungsort des Organspendeausweises, der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht, sofern diese Dokumente vorliegen und der Patient der Speicherung der Informationen im DPE zugestimmt hat.

2. Wer kann das NFDM nutzen?

Ärzte können mit der Erlaubnis des Patienten den NFD anlegen, auslesen und aktualisieren. In Notfallsituationen können die Daten von Ärzten und Notfallrettungskräften auch ohne Zustimmung des Patienten ausgelesen werden. Psychotherapeuten haben die Berechtigung, mit der Zustimmung des Patienten den NFD einzusehen, ebenso Apotheker. Auch Zahnärzten ist es möglich den NFD anzulegen, zu aktualisieren und auszulesen, nicht jedoch den DPE.

Für Versicherte ist das NFDM freiwillig. Der Arzt prüft vor dem Anlegen der Daten die medizinische Notwendigkeit (siehe Anhang 2 der Anlage 4a BMV-Ä).

3. Muss ich das NFDM nutzen?

Bei dem NFDM handelt es sich um eine TI-Anwendung, die für Versicherte freiwillig ist.

Seit Inkrafttreten des Patientendaten-Schutz-Gesetzes (PDSG) sind Vertragsärzte dazu verpflichtet, die technischen Voraussetzungen für die Nutzung des NFD in ihren Praxen zu schaffen, denn Versicherte haben mit dem PDSG gemäß § 358 Abs. 3 SGB V Anspruch auf die Erstellung, Speicherung und Aktualisierung eines Notfalldatensatzes durch den Vertragsarzt, sofern dies aus Sicht des Arztes medizinisch für die Notfallversorgung erforderlich ist (Anhang 2 zur Anlage 4a des BMV-Ä).

Im Notfall gilt: Es besteht eine - unter angemessener Berücksichtigung der Dynamik einer Notfallsituation - ärztliche Befunderhebungspflicht. Es besteht aber keine kategorische Auslesepflicht für den NFD.

Im regulären Behandlungsfall gilt: Die Anlage/Aktualisierung eines **DPE** ist eine zusätzliche Serviceleistung des Arztes, d.h. keine Pflicht.

4. Müssen alle Facharztgruppen das NFDM nutzen?

Für Facharztgruppen mit Arzt-Patienten-Kontakt gibt es keine Einschränkungen, die sie von der NFDM-Pflicht ausnimmt. Gemäß § 358 Abs. 3 SGB V haben Versicherte gegenüber Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, einen Anspruch auf die Erstellung und Aktualisierung von elektronischen Notfalldaten und die Speicherung dieser Daten auf ihrer eGK. Nach Anhang 2 Anlage 4a BMV-Ä entspricht der Arzt dem Wunsch des Versicherten, wenn dies aus Sicht des Arztes medizinisch für die Notfallversorgung erforderlich ist. Im Anhang 2 zur Anlage 4a des BMV-Ä finden Sie Informationen zur Auswahl der notfallrelevanten Erkrankungen.

Ärzte, die einen umfassenden Überblick über die Befunde, Diagnosen und Medikation/Therapiemaßnahmen des Patienten haben, können einen Notfalldatensatz anlegen. Aktualisieren soll ihn dagegen jeder Arzt, dem notfallrelevante Informationen des betroffenen Patienten vorliegen (KBV PraxisInfo Notfalldatenmanagement).

5. Für welche Patienten ist ein NFD sinnvoll?

Ein Notfalldatensatz (NFD) ist insbesondere dann sinnvoll, wenn Allergien, Unverträglichkeiten oder Erkrankungen vorliegen, von denen Ärzte und medizinisches Personal im Notfall wissen sollten. Primäre Zielgruppen für die Anlage eines NFD sind somit komplexe Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen, entsprechender Polymedikation und weiteren Besonderheiten, Patienten mit besonders notfallrelevanten Erkrankungen, Patienten mit seltenen Erkrankungen und Schwangere. Im Anhang 2 der Anlage 4a BMV-Ä finden Sie Fragen, die Sie bei der Entscheidung unterstützen können, ob eine medizinische Notwendigkeit für die Anlage eines NFD besteht. Für Versicherte ist das NFDM freiwillig.

6. Meine Praxis ist an die TI angeschlossen. Kann ich das NFDM automatisch nutzen?

Nein, die Anwendung NFDM können Sie nicht automatisch nutzen, auch wenn Sie bereits an die TI angebunden sind. Sie benötigen ein Update Ihres Konnektors zum E-Health-Konnektor mit der Funktionalität NFDM sowie ein Update Ihres PVS mit dem NFDM-Modul. Eventuell

werden auch eigenständige Module angeboten, die nicht in Ihr PVS integriert sind. Für die qualifizierte elektronische Signatur (QES), mit dem der Notfalldatensatz signiert wird, ist zudem ein eHBA der 2. Generation notwendig.

7. Welche technischen Voraussetzungen gelten für die NFDM-Nutzung?

Für das NFDM gelten neben der TI-Grundausstattung folgende technische Voraussetzungen:

- E-Health-Konnektor-Update mit Funktionalität NFDM
- evtl. zusätzliches stationäres Kartenterminal (KT) im Sprechzimmer
- eHBA G2
- PVS-Modul NFDM

Das E-Health-Konnektor-Update und das PVS-Modul NFDM sind derzeit von ersten Herstellern verfügbar. Bitte wenden Sie sich für weitere Informationen insbesondere bei Fragen zur Verfügbarkeit an Ihren Systembetreuer und Ihren TI-Anbieter (falls abweichend vom Systembetreuer).

Der eHBA G2 für Ärzte (eArztausweis) ist in Bayern bei verschiedenen Herstellern bestellbar. Ansprechpartner für den Bestellprozess ist die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK). Weitere Informationen zum eHBA bzw. eArztausweis finden Sie auf der [Homepage der BLÄK](#), der [Homepage der Bundesärztekammer](#) sowie unserer [eHBA-Themenseite](#).

Der eHBA G2 für Psychotherapeuten (ePsychotherapeutenausweis - ePtA) ist derzeit in Bayern noch nicht verfügbar. Bei Fragen ist die Psychotherapeutenkammer Bayern Ihr Ansprechpartner.

8. Welche Erstattungspauschalen erhalte ich für das NFDM?

- NFDM/eMP-Updates für Konnektor **und** PVS: 530 Euro einmalig je Betriebsstätte
- Zusätzliches stationäres KT: seit 1. Oktober 2020 595 Euro je KT (Anspruch auf ein zusätzliches KT je angefangene 625 Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt in definierten Quartalen)
- Zuschlag auf die bereits im Rahmen der TI-Erstausrüstung gezahlten Betriebskosten: 4,50 Euro pro Quartal je Betriebsstätte

Die genannten Pauschalen gelten für die beiden Fachanwendungen eMP und NFDM zusammen und werden daher gemeinsam für eMP und NFDM ausgezahlt, auch wenn nur eine Anwendung eingerichtet wird. Eine Doppelauszahlung findet nicht statt.

9. Wie wird die Erstellung/ die Aktualisierung/ das Löschen von NFD und DPE vergütet?

- Anlage NFD: 80 Punkte (GOP 01640); im Zeitraum vom 20. Oktober 2020 bis zum 20. Oktober 2021 verdoppelt auf 160 Punkte (gemäß PDSG)
- Überprüfung und Aktualisierung NFD: 4 Punkte (GOP 01641)
- Löschen NFD: 1 Punkt (GOP 01642)

Eine Vergütung der Anlage und Aktualisierung des DPE ist nicht vorgesehen.

10. Wie wird der Anspruch auf zusätzliche Kartenterminals berechnet?

Der Anspruch errechnet sich nicht aus der Anzahl der Scheine, sondern aus der Anzahl der Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt gemäß §21 Absatz 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte. Nach den Vorgaben der TI-Finanzierungsvereinbarung zählen als Betriebsstättenfall mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt die Betriebsstättenfälle, in denen mindestens eine der Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01320, 01321, 03000, 03030, 04000, 04030, 05210 bis 05212, 06210 bis 06212, 07210 bis 07212, 08210 bis 08212, 09210 bis 09212, 10210 bis 10212, 11210 bis 11212, 12210, 13210 bis 13212, 13290 bis 13292, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13640 bis 13642, 13690 bis 13692, 14210 bis 14211, 15210 bis 15212, 16210 bis 16212, 17210, 18210 bis 18212, 19210, 20210 bis 20212, 21210 bis 21215, 22210 bis 22212, 23210 bis 23214, 24210 bis 24212, 25210, 25211, 25214, 26210 bis 26212, 27210 bis 27212, 30700 abgerechnet wurde.

Für die Ermittlung der zusätzlichen stationären KT's ist die jeweilige durchschnittliche Anzahl der Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt der genannten GOPen der Quartale 3/2016, 4/2016, 1/2107 und 2/2017 maßgeblich.

Für Praxen, die nach dem 31.03.2015 zugelassen wurden, gilt mindestens der Fachgruppendurchschnitt der oben genannten Quartale.

11. Wie bekomme ich die Pauschalen für NFDM/eMP erstattet?

Die NFDM/eMP-Erstattungspauschalen erhalten Sie, wenn Sie einen E-Health-Konnektor vorhalten, der die Funktionalitäten für NFDM und eMP bereitstellt

Ab dem Quartal 1/2021 wird ein vollautomatischer unbürokratischer Auszahlungsprozess etabliert, bei dem automatisch durch Ihr PVS in der eingereichten Abrechnungsdatei die Anspruchsberechtigung nachgewiesen wird. Die Anspruchsberechtigungen für die KT's berechnen wir automatisch gemäß den Vorgaben der TI-Finanzierungsvereinbarung (siehe Frage 10). Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt mit der Restzahlung und wird im Honorarbescheid ausgewiesen.

12. Wo finde ich Informationen zu den Abläufen beim Erstellen, Aktualisieren und Lesen des NFD?

Allgemeine Informationen zu den Abläufen beim Erstellen, Aktualisieren und Auslesen des NFD finden Sie in dem Leitfaden und den Checklisten der gematik und der KBV PraxisInfo „Notfalldatenmanagement“. Auf der NFDM-Themenseite unserer Homepage finden Sie Links auf die Informationsseiten der gematik und KBV. Da sich die konkrete Vorgehensweise jedoch im Detail in der eingesetzten Software unterscheidet, informieren Sie sich bitte bei Ihrem PVS-Hersteller/IT-Servicepartner über die konkreten Abläufe in Ihrem PVS, um die Prozesse in Ihrer Praxis entsprechend abstimmen zu können.

13. Wie wird die Einwilligung des Patienten für die Speicherung der NFD und die Zustimmung für den Zugriff auf die Daten eingeholt?

Für die Erfassung der Einwilligung des Patienten gibt es keine konkreten Formvorgaben. Die Einwilligungserklärung des Patienten für die Speicherung der NFD kann vor der Erstanlage schriftlich als auch mündlich eingeholt werden, sollte aber in jedem Fall im PVS dokumentiert werden. Der Patient kann die Einwilligung jederzeit widerrufen und den NFD damit von der eGK löschen lassen.

Bei jedem Zugriff auf die NFD im Rahmen einer normalen Behandlung ist zudem die Zustimmung des Patienten erforderlich. Diese erfolgt mündlich, schriftlich und/oder bei aktivierter PIN durch PIN-Eingabe des Patienten. Die Zugriffssituation und Zustimmung sollte immer im PVS dokumentiert werden. Psychotherapeuten wird das Auslesen der NFD nur mit PIN-Eingabe des Patienten ermöglicht. Die PIN erhält der Patient von seiner Krankenkasse.

Nur in Notfallsituationen, wenn der Patient etwa nicht ansprechbar ist, dürfen Ärzte und Notfallrettungskräfte auch ohne PIN-Eingabe und ohne Zustimmung des Patienten die notfallrelevanten Daten auslesen, müssen dies aber dokumentieren.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen zur Dokumentation in Ihrem PVS an Ihren PVS-Anbieter.

II. Elektronischer Medikationsplan - eMP

14. Was ist „eMP“?

Der **elektronische Medikationsplan (eMP)** ist eine Fachanwendung der Telematikinfrastruktur (TI) und die digitale Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP). Mit der Einführung des eMP können Medikationsdaten und medikationsrelevante Daten mit der Einwilligung des Versicherten von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert und ausgelesen werden. Der eMP richtet sich an Versicherte, bei denen mehrere Erkrankungen vorliegen bzw. die mehrere Medikamente einnehmen und/oder an Allergien oder Unverträglichkeiten leiden.

Der eMP bildet die Datengrundlage für den BMP und enthält folgende Informationen:

- Patientenstammdaten
- Angaben zur Medikation (verordnete Arzneimittel (AM), Selbstmedikation, ggf. in der Vergangenheit eingenommene AM und Informationen zur Anwendung)
- medikationsrelevante Daten (Allergien/Unverträglichkeiten, medizinische Individualparameter des Versicherten wie Alter, Gewicht oder Kreatininwert)
- Hinweise und Infos zum ärztlichen Informationsaustausch

15. Wer kann den eMP nutzen?

Mit der Einführung des eMP können Medikationsdaten und medikationsrelevante Daten mit der Einwilligung des Versicherten von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern auf der eGK gespeichert werden. Diese Informationen können von allen am Medikationsprozess Beteiligten, u.a. auch Psychotherapeuten, mit dem Einverständnis des Versicherten eingesehen werden und damit zur Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation und der Arzneimitteltherapiesicherheit beitragen.

Der eMP richtet sich an Versicherte, bei denen mehrere Erkrankungen vorliegen bzw. die mehrere Medikamente einnehmen und/oder an Allergien oder Unverträglichkeiten leiden. Es gilt dieselbe Anspruchsregelung wie beim BMP. Neu ist, dass mit dem eMP auch jeder weiterbehandelnde Arzt verpflichtet ist, den Medikationsplan zu aktualisieren und mittels der eGK zu speichern, sobald die Medikation durch den jeweiligen Arzt geändert wird oder er ausreichend Kenntnis über eine Änderung hat und der Versicherte eine Aktualisierung wünscht.

Für Versicherte ist der eMP freiwillig. Der Arzt prüft vor dem Anlegen der Daten die medizinische Notwendigkeit.

16. Muss ich den eMP nutzen?

Bei dem eMP handelt es sich um eine TI-Anwendung, die für Versicherte freiwillig ist. Als Vertragsarzt müssen Sie nach aktueller Gesetzeslage den eMP (§ 31a Abs. 3 S. 1 SGB V i.V.m. § 29a BMV-Ä) in Ihrer Praxis anbieten, denn Haus- und Fachärzte müssen für anspruchsberechtigte Versicherte den eMP erstellen und aktualisieren, wenn diese dies wünschen.

Neu ist somit, dass mit dem eMP auch jeder weiterbehandelnde Arzt verpflichtet ist, den Medikationsplan zu aktualisieren und mittels der eGK zu speichern, sobald die Medikation durch den jeweiligen Arzt geändert wird oder er ausreichend Kenntnis über eine Änderung hat und der Versicherte eine Aktualisierung wünscht.

Anspruch auf die Erstellung und Aktualisierung eines eMP haben Versicherte, die dauerhaft, also (voraussichtlich) für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen, gleichzeitig mindestens drei systemisch wirkende, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschriebene Arzneimittel anwenden. Bei Schwangeren, Patienten mit seltenen Erkrankungen und Patienten, bei denen eine fachübergreifende bzw. intersektorale Zusammenarbeit erforderlich ist, kann ein eMP auch sinnvoll sein.

Psychotherapeuten können auf Wunsch und mit Einwilligung/Autorisierung des jeweiligen Patienten lesend auf den eMP zugreifen. Sie müssen dies jedoch aktuell nicht anbieten.

17. Meine Praxis ist an die TI angeschlossen. Kann ich den eMP automatisch nutzen?

Nein, die Anwendung eMP können Sie nicht automatisch nutzen, auch wenn Sie bereits an die TI angebunden sind. Sie benötigen ein Update Ihres Konnektors zum E-Health-Konnektor mit der Funktionalität eMP sowie ein Update Ihres PVS mit dem eMP-Modul. Zusätzlich wird eine Anbindung an die Arzneimitteldatenbank und ein eHBA benötigt.

18. Welche technischen Voraussetzungen gelten für die eMP-Nutzung?

Für den eMP gelten neben der TI-Grundausstattung und einer Arzneimittel-Datenbank folgende technische Voraussetzungen:

- E-Health-Konnektor-Update mit Funktionalität eMP
- evtl. zusätzliches stationäres Kartenterminal (KT) im Sprech-/Behandlungszimmer (wenn der eMP direkt auf der eGK gespeichert werden soll)
- eHBA
- PVS-Modul eMP

Das E-Health-Konnektor-Update und das PVS-Modul eMP sind derzeit von ersten Herstellern verfügbar. Bitte wenden Sie sich für weitere Informationen insbesondere bei Fragen zur Verfügbarkeit an Ihren Systembetreuer und Ihren TI-Anbieter (falls abweichend vom Systembetreuer).

Für die Fachanwendung eMP wird der eHBA nicht zur Signatur des Datensatzes benötigt.

19. Welche Erstattungspauschalen erhalte ich für den eMP?

- NFDm/eMP-Updates für Konnektor und PVS: 530 Euro einmalig je Betriebsstätte
- Zusätzliches stationäres KT: seit 1. Oktober 2020 595 Euro je KT (Anspruch auf ein zusätzliches KT je angefangene 625 Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt in definierten Quartalen)
- Zuschlag auf die bereits im Rahmen der TI-Erstausrüstung gezahlten Betriebskosten: 4,50 Euro pro Quartal je Betriebsstätte

Die genannten Pauschalen gelten für die beiden Fachanwendungen eMP und NFDm zusammen und werden daher gemeinsam für eMP und NFDm ausgezahlt, auch wenn nur eine Anwendung eingerichtet wird. Eine Doppelauszahlung findet nicht statt.

20. Wie wird die Erstellung/ die Aktualisierung/ das Löschen des eMP vergütet?

Die bisher angesetzten GOPen für die Vergütung des Erstellens und Aktualisierens des Medikationsplans gelten auch weiterhin. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvb.de in der Rubrik Verordnung / Arzneimittel / Medikationsplan.

21. Wie wird der Anspruch auf zusätzliche Kartenterminals berechnet?

Der Anspruch errechnet sich nicht aus der Anzahl der Scheine, sondern aus der Anzahl der Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt gemäß §21 Absatz 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte. Nach den Vorgaben der TI-Finanzierungsvereinbarung zählen als Betriebsstättenfall mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt die Betriebsstättenfälle, in denen mindestens eine der Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01320, 01321, 03000, 03030, 04000, 04030, 05210 bis 05212, 06210 bis 06212, 07210 bis 07212, 08210 bis 08212, 09210 bis 09212, 10210 bis 10212, 11210 bis 11212, 12210, 13210 bis 13212, 13290 bis 13292, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13640 bis 13642, 13690 bis 13692, 14210 bis 14211, 15210 bis 15212, 16210 bis 16212, 17210, 18210 bis 18212, 19210, 20210 bis 20212, 21210 bis 21215, 22210 bis 22212, 23210 bis 23214, 24210 bis 24212, 25210, 25211, 25214, 26210 bis 26212, 27210 bis 27212, 30700 abgerechnet wurde.

Für die Ermittlung der zusätzlichen stationären KTs ist die jeweilige durchschnittliche Anzahl der Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt der genannten GOPen der Quartale 3/2016, 4/2016, 1/2017 und 2/2017 maßgeblich.

Für Praxen, die nach dem 31.03.2015 zugelassen wurden, gilt mindestens der Fachgruppendurchschnitt der oben genannten Quartale.

22. Wie bekomme ich die Pauschalen für NFDM/eMP erstattet?

Die NFDM/eMP-Erstattungspauschalen erhalten Sie, wenn Sie einen E-Health-Konnektor vorhalten, der die Funktionalitäten für NFDM und eMP bereitstellt.

Ab dem Quartal 1/2021 wird ein vollautomatischer unbürokratischer Auszahlungsprozess etabliert, bei dem automatisch durch Ihr PVS in der eingereichten Abrechnungsdatei die Anspruchsberechtigung nachgewiesen wird. Die Anspruchsberechtigungen für die KTs berechnen wir automatisch gemäß den Vorgaben der TI-Finanzierungsvereinbarung (siehe Frage 21). Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt mit der Restzahlung und wird im Honorarbescheid ausgewiesen.

23. Wo finde ich Informationen zu den Abläufen beim Erstellen, Aktualisieren und Lesen des eMP?

Allgemeine Informationen zu den Abläufen beim Erstellen, Aktualisieren und Auslesen des eMP finden Sie in dem Leitfaden und den Checklisten der gematik. Auf der eMP-Themenseite unserer Homepage finden Sie Links auf die Informationsseiten der gematik und KBV. Da sich die konkrete Vorgehensweise jedoch im Detail in der eingesetzten Software unterscheidet, informieren Sie sich bitte bei Ihrem PVS-Hersteller/IT-Servicepartner über die konkreten Abläufe in Ihrem PVS, um die Prozesse in Ihrer Praxis entsprechend abstimmen zu können.

24. Wie wird die Einwilligung des Patienten für die Speicherung des eMP und die Zustimmung für den Zugriff auf die Daten eingeholt?

Für die Erfassung der Einwilligung des Patienten gibt es keine konkreten Formvorgaben. Vor einer Erstanlage des eMP erteilt der Patient mit einer mündlichen oder schriftlichen Einwilligungserklärung seine Zustimmung für die Speicherung der Daten. Diese sollte im PVS dokumentiert werden. Ein Verweis auf die erteilte Einwilligung wird auch auf der eGK gespeichert. Der Patient kann die Einwilligung jederzeit widerrufen und damit den eMP von seiner eGK wieder löschen lassen.

Darüber hinaus erteilt der Patient dem Behandler vor jedem Zugriff die Zustimmung und somit den Zugriff auf die Daten durch Eingabe einer PIN oder - bei Deaktivierung der PIN - durch seine mündliche oder schriftliche Zustimmung. Die PIN erhält der Patient von seiner Krankenkasse.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen zur Dokumentation in Ihrem PVS an Ihren PVS-Anbieter.