

KVBFORUM

05 | 25
06



KOOPERATION GEFRAGT

Ambulant und stationär gehen aufeinander zu

12 | GESUNDHEITSPOLITIK: „Vorsorgen! Bevor es zu spät ist.“

17 | KVB INTERN: Zi-Event „Ausgezeichnete Gesundheit“

18 | PSYCHOTHERAPIE: Versorgungsprogramm für Kinder und Jugendliche

3 EDITORIAL

KURZMELDUNGEN

- 4 Petra Reis-Berkowicz erhält Bayerische Staatsmedaille
- 4 VV-Termine 2025
- 4 Zahl des Monats
- 4 11. Bayerisches Fibromyalgieforum
- 4 Bayerische Praxis gewinnt Deutschen Fachkräftepreis 2025

TITELTHEMA

- 5 Einweisung oder Überweisung ins Krankenhaus
Beitrag mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft zum partnerschaftlichen Miteinander an den Schnittstellen der medizinischen Versorgung
- 8 Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus
Was gilt es bei der Verordnung von „Krankenhausbehandlung“ zu beachten?
- 10 Hybrid-DRG: einfach mit der KVB
Neuer Abrechnungsservice funktioniert bequem über das KVB-Mitgliederportal



GESUNDHEITSPOLITIK

- 12 „Vorsorgen! Bevor es zu spät ist.“
Vorsorge-Flyer des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz informiert zu Vollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung
- 13 Bayerische Gesundheits-Start-ups pushen
Selbstverwaltung und Ministerin Judith Gerlach unterzeichnen entsprechende Absichtserklärung

KVB INTERN

- 14 „ePA für alle“ – VV appellierte erneut an Karl Lauterbach
Vertreterversammlung der KVB votiert gegen bundesweiten Rollout
- 16 Was kann KIM?
Artikelserie zu den Möglichkeiten der Kommunikation im Medizinwesen (KIM)
- 17 Zi-Event „Ausgezeichnete Gesundheit“
Umfangreiche Reformen für die Zukunft der ambulanten Versorgung gefordert



PSYCHOTHERAPIE

- 18 Versorgungsprogramm für Kinder und Jugendliche
Vergütung der Leistungen aus der KJ-KSVPsych-RL zur Behandlung von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen beschlossen
- 20 Psychotherapie: zusätzliche Angebote nötig
Krankenkassen und KVB identifizieren Ansatzpunkte für Verbesserungen

IT IN DER PRAXIS

- 21 „ePA für alle“ – aktuelle Fragen und Antworten
Überblick über die Nutzungspflicht für Ärzte und Psychotherapeuten in der Praxis

RECHT INTERESSANT

- 24 „ePA für alle“ – auch für Minderjährige?
Inwieweit und wann der Einsatz für Praxen zum Drahtseilakt wird: die rechtlichen Vorgaben

27 KVB KONTAKTDATEN

28 IMPRESSUM





Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

in einer Zeit, in der die Herausforderungen im Gesundheitswesen immer komplexer werden, ist es unerlässlich, dass Akteure aus verschiedenen Bereichen enger zusammenarbeiten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kliniken und Pflegeeinrichtungen müssen ihre Kräfte bündeln, um ihren Patienten eine möglichst nahtlose Versorgung zu bieten. Dies funktioniert, wenn einzelne Interessen – teilweise und keinesfalls vollständig – zugunsten des großen Ganzen zurückgestellt werden. Wie dies gelingen kann, lesen Sie in unserem aktuellen Heft.

Ein positives Signal der Kooperation hat zuletzt auch die Bundespolitik ausgesendet: Man kann zum milliardenschweren Investitionspaket durchaus geteilter Meinung sein, etwa was die politischen Schwerpunkte oder die ökonomische Effizienz betrifft. Man sollte aber das Signal, das von dem parteiübergreifenden Schulterschluss ausgeht, nicht unterschätzen – nach innen wie auch nach außen. Während sich in vielen Ländern politische Parteien fast unversöhnlich gegenüberstehen und keine gemeinsamen Lösungen mehr finden, ist in Deutschland in einer wichtigen Phase ein parteiübergreifender Konsens für eine Grundgesetzänderung gelungen. Es ist möglich, Differenzen zu überwinden und zu Lösungen zu kommen.

Das Milliardenpaket ist ein Schritt in die richtige Richtung, aber es ist auch ein Weckruf. Zu lange war der Spielraum für staatliche Zukunftsinvestitionen zu gering, auch im Gesundheitswesen – etwa in Kliniken und vor allem in unseren Praxen. Die Politik muss diesen Moment nutzen, um Investitionen in die ambulante Versorgung in Gang zu bringen und die Basis für eine nachhaltige, patientenzentrierte Versorgung zu schaffen. Denn am Ende profitieren alle medizinischen Akteure von einem starken, solidarischen Gesundheitssystem.

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

PETRA REIS-BERKOWICZ ERHÄLT BAYERISCHE STAATSMEDAILLE



Mitte März zeichnete Bayerns Gesundheits-, Pflege- und Präventionsministerin Judith Gerlach 16 engagierte Bürgerinnen und Bürger mit der Bayerischen Staatsmedaille für Verdienste um Gesundheit, Pflege und Prävention aus. Dr. med. Petra Reis-Berkowicz, die Vorsitzende der Vertreterversammlung der KVB, ist eine der Geehrten. Damit wird ihr

langjähriges Engagement für eine langfristige, hochwertige und flächendeckende Gesundheitsversorgung, vor allem im ländlichen Raum, gewürdigt. Die Ministerin betonte anlässlich der feierlichen Verleihung in der Residenz in München: „Die heute Geehrten sind Vorbilder und Menschen der Tat, die für das Wohl anderer Verantwortung übernehmen. Das ist keine Selbstverständlichkeit!“.

Redaktion

VV-TERMINE 2025

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

- 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

An **103**

Kliniken in Bayern existieren bereits Bereitschaftspraxen im Rahmen des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVB.

(Quelle: KVB)

11. BAYERISCHES FIBROMYALGIEFORUM

Die KVB und der Fibromyalgie Verein Bayern (FVB) e. V. laden ein zum 11. Bayerischen Fibromyalgieforum in München. Das Forum bietet Ärztinnen und Ärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen eine gute Gelegenheit, sich über die neuesten Erkenntnisse und Behandlungsansätze zum Fibromyalgiesyndrom auszutauschen.

Expertenvorträge und Diskussionsrunden geben wertvolle Einblicke in Diagnose und Therapie dieser Komplexerkrankung, auch zu sozialrechtlichen Fragen wird informiert. Die Veranstaltung findet statt am **Samstag, den 17. Mai 2025, ab 9 Uhr in der Konferenzetage der KVB in der Elsenheimerstr. 39, 80687 München.**

Einladung, Programm und Anmeldeformular finden Sie unter fibromyalgie-bayern.de/termine/.

Kontakt: Claudia Dexl (Vorsitzende FVB e. V.), Telefon 0 89 / 14 90 36 62.

Redaktion

BAYERISCHE PRAXIS GEWINNT DEUTSCHEN FACHKRÄFTEPREIS 2025

Im Februar 2025 hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Berlin in Anwesenheit von rund 180 Gästen aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft die nachhaltigsten Ansätze der Fachkräftesicherung mit dem Deutschen Fachkräftepreis ausgezeichnet. Mit über 400 Projekten hatten sich Unternehmen, Institutionen und Netzwerke aus ganz Deutschland beteiligt. Der Preis wird in Anlehnung an die Handlungsfelder der Fachkräftestrategie der Bundesregierung in sieben Kategorien verliehen: Gewinner in der Kategorie Arbeitskultur ist die **Landshuter HNO-Praxis Dr. med. Ioannis Charalampakis**. In der Laudatio wurde besonders das Praxiskonzept der flachen Hierarchien, gemeinsamen Teamentscheidungen und Förderung beruflicher Perspektiven gewürdigt. Rundum attraktive Arbeitsbedingungen würden zu einer hohen Motivation der Mitarbeitenden beitragen und dafür sorgen, dass das Personal der Praxis langfristig erhalten bleibe – in Zeiten massiven Fachkräftemangels sei dies ein eindeutiger Wettbewerbsvorteil.

Auch die KVB gratuliert Dr. Ioannis Charalampakis und seinem Praxisteam ganz herzlich zu dieser beispielgebenden Auszeichnung.



Redaktion

Einweisung oder Überweisung ins Krankenhaus

Eine enge Zusammenarbeit von Praxen und Krankenhäusern ist im Sinne einer guten Versorgung der Patientinnen und Patienten wünschenswert und in vielen Fällen gelebte Praxis. Dennoch entstehen – gerade bei der Ausstellung von Einweisungen und Überweisungen, oder im Zusammenhang mit vor- oder nachstationärer Behandlung im Krankenhaus (siehe Seite 8) – vereinzelt Unklarheiten und Missverständnisse, die die KVB und die Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG) im Sinne eines partnerschaftlichen Miteinanders vermeiden wollen. Als Orientierung für ihre Mitglieder haben KVB und BKG gemeinsam Hinweise und Tipps rund um die Thematik zusammengestellt. Die beiden Beiträge erscheinen ebenso in den BKG-Mitgliederveröffentlichungen.

Verordnung von Krankenhausbehandlung (Einweisung)

Für die Verordnung von Krankenhausbehandlung gilt die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie (KE-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Stationäre Krankenhausbehandlung wird gemäß Paragraf 39 SGB V vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär oder vor- und nachstationär erbracht. Der Zugang zur stationären Behandlung erfolgt – außer in Notfällen – grundsätzlich über eine Verordnung von Krankenhausbehandlung mittels Vordruckmuster 2 (Einweisungsschein). Die Entscheidung, ob die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung tatsächlich notwendig ist, trifft die behandelnde Vertragsärztin beziehungsweise der behandelnde Vertragsarzt. Die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung darf nur erfolgen, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt persönlich vom Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten überzeugt hat und dabei zur Auffassung gelangt, dass das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung (einschließlich häuslicher Krankenpflege) erreicht werden kann und eine stationäre Weiterbehandlung medizinisch zwingend notwendig ist. Gemäß Paragraf 3 Absatz 1 der KE-RL des G-BA darf eine Einweisung nur dann erfolgen, wenn keine adäquate Versorgung im Rahmen der vielfältigen ambulanten Möglichkeiten – zum Beispiel durch Überweisung an weitere Vertragsärzte mit Zusatzqualifi-



kation, eine Schwerpunktpraxis, einen ermächtigten Krankenhausarzt oder eine Hochschul- oder Institutsambulanz – möglich ist.

Welche Untersuchungen im Einzelfall notwendig sind, um die Entscheidung für oder gegen eine Verordnung von Krankenhausbehandlung treffen zu können, liegt im Ermessen des Vertragsarztes. Zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zur Verkürzung der Verweildauer hat der verordnende Vertragsarzt die für die Indikation der stationären Behandlung bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen, soweit diese vorliegen. Außerdem sind auf der Verordnung die Haupt- sowie gegebenenfalls Nebendiagnosen und die Gründe für die stationäre Behandlung anzugeben.

Erfolgt eine stationäre Krankenhausbehandlung ohne vorherige Vorstellung bei einem Vertragsarzt, zum Beispiel weil ein Patient das Krankenhaus direkt aufgesucht hat, darf für diese Behandlung im Nachgang keine Einweisung ausgestellt werden. Es ist nicht zulässig, Krankenhausbehandlung nachträglich zu verordnen, oder dies von vertragsärztlich tätigen Ärzten zu verlangen.

Wichtig: Eine Krankenhausbehandlung wird einmal pro Krankenhausbehandlungsfall verordnet. Ein Kranken-

Für jeden geplanten stationären Krankenhausaufenthalt ist vorab eine Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung notwendig.

hausbehandlungsfall erstreckt sich jeweils vom Zeitpunkt der Aufnahme in die stationäre (vor-/teil-/vollstationäre) Behandlung bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären (voll-/teil-/nachstationären) Behandlung und ist insofern nicht identisch mit dem Behandlungsfall im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich. Innerhalb eines Quartals können daher mehrere Krankenhausbehandlungsfälle vorliegen, wobei für jeden dieser verschiedenen Krankenhausbehandlungsfälle jeweils eine Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung notwendig ist.

Überweisungen durch Vertragsärzte an das Krankenhaus

Krankenhäuser sind in der Regel nicht zur ambulanten Behandlung zugelassen und können grundsätzlich nicht mittels Überweisungsscheins in Anspruch genommen werden. Es gibt jedoch Leistungsbereiche, in denen der Gesetzgeber Krankenhäusern eine ambulante Tätigkeit ermöglicht. Diese sind insbesondere:

- ambulante Operationen nach Paragraf 115b SGB V
- Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte nach Paragraf 116 SGB V
- Leistungen ermächtigter Krankenhäuser nach Paragraf 116a SGB V
- Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Paragraf 116b SGB V
- Leistungen von Hochschulambulanzen nach Paragraf 117 SGB V
- Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen nach Paragraf 118 SGB V
- Leistungen Geriatischer Institutsambulanzen nach Paragraf 118a SGB V
- Leistungen Pädiatrischer Institutsambulanzen nach Paragraf 118b SGB V
- Leistungen Sozialpädiatrischer Zentren nach Paragraf 119 SGB V
- ambulante Versorgung im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) nach Paragraf 137f SGB V
- ambulante Behandlung im Rahmen der besonderen Versorgung nach Paragraf 140a SGB V

| Ausstellen einer Einweisung: Das Wichtigste auf einen Blick | |
|--|---|
| vorausgehender Arzt-Patienten-Kontakt | <ul style="list-style-type: none"> ■ Überprüfung des Gesundheitszustandes der Patientin/des Patienten vor Einweisung ■ Arzt-Patienten-Kontakt wird vorausgesetzt ■ keine Einweisung im Nachhinein ■ keine Einweisung auf Zuruf/Wunsch |
| Prüfung ambulant vor stationär | <ul style="list-style-type: none"> ■ Behandlungsziel auch ambulant erreichbar? <ul style="list-style-type: none"> ■ im vertragsärztlichen Bereich (zum Beispiel durch Einbeziehung weiterer Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzqualifikation oder Schwerpunktpraxen) ■ im (ambulanten) Krankenhausbereich (zum Beispiel ermächtigte Ärzte, Hochschul- oder Institutsambulanzen) ■ in sonstigen Bereichen (zum Beispiel Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) |
| Begründung | <ul style="list-style-type: none"> ■ auf Einweisungsschein grundsätzlich zu dokumentieren: Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und Gründe für stationäre Behandlung |
| Unterlagen | <ul style="list-style-type: none"> ■ Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie sind beizufügen, soweit diese vorliegen |
| Auswahl des Krankenhauses | <ul style="list-style-type: none"> ■ Auswahl des Krankenhauses obliegt der Patientin/dem Patienten ■ Aufdruck eines bestimmten Krankenhauses auf dem Vordruck nur in geeigneten Fällen |
| <p>Über die tatsächliche Aufnahme zur stationären Krankenhausbehandlung entscheidet der Krankenhausarzt.</p> <p>Die ausgestellte Einweisung bleibt gültig, bis der Krankenhausbehandlungsfall abgeschlossen wurde.</p> | |

In den genannten Fällen können Krankenhäuser oder ermächtigte Krankenhausärzte auf Basis eines Überweisungsscheins ambulant tätig werden. Ein Einweisungsschein darf für diese Leistungen nicht ausgestellt werden. Werden ambulante Leistungen außerhalb der zulässigen ambulanten Leistungsbereiche veranlasst, kann das Krankenhaus diese nicht gegenüber den Krankenkassen oder der KVB abrechnen. Vielmehr kann das Krankenhaus die Leistungen dem veranlassenden Vertragsarzt in Rechnung stellen.

Wichtig: Einweisungen zur stationären und Überweisungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus können innerhalb eines Quartals für dieselbe Person mehrfach und auch in Kombination nebeneinander erforderlich sein.

Überweisungen durch das Krankenhaus an Vertragsärzte

Überweisungen durch Krankenhäuser in den vertragsärztlichen Bereich sind nur möglich, wenn dies ausdrücklich geregelt ist. So ist beispielsweise im Rahmen des ambulanten Operierens nach Paragraf 115b SGB V eine Überweisung durch das Krankenhaus erforderlich:

- zur Durchführung fachfremder präoperativer Leistungen oder



- fachgebietsbezogener präoperativer Leistungen, die durch das Krankenhaus nicht erbracht werden können,
- sowie zur postoperativen Behandlung durch niedergelassene Vertragsärzte nach einem Eingriff nach Abschnitt 31.2 EBM.

Davon unabhängig dürfen ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhausambulanzen Überweisungen ausstellen.

Beispiele für zulässige beziehungsweise unzulässige Fallkonstellationen bei Einweisungen und Überweisungen

Zulässig

- Überweisungen an ermächtigte Krankenhausärzte zur Mit-/Weiterbehandlung (zum Beispiel Diagnoseabklärung) oder zur Durchführung einer Auftragsleistung (zum Beispiel Röntgenkontrolle)
- Verordnung von Krankenhausbehandlung und im selben Quartal Überweisung, zum Beispiel an die Hochschulambulanz des Krankenhauses
- Überweisung ans Krankenhaus zur Durchführung einer ambulanten Operation nach Paragraph 115b SGB V und im selben Quartal weitere Überweisung zur ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung nach Paragraph 116b SGB V

Unzulässig

- Überweisung eines Patienten an ein nicht-ermächtigtes Krankenhaus oder nicht-ermächtigte Krankenhausärzte, um dort die Erforderlichkeit einer stationären Behandlungsbedürftigkeit abklären zu lassen. Die Indikationsstellung zur Verordnung von Krankenhausbehandlung ist eine ambulante Leistung, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden kann.
- Überweisungen zur vor- oder nachstationären Behandlung an ein Krankenhaus. Die vor- und nachstationäre Behandlung nach Paragraph 115a SGB V ist eine Form der stationären Behandlung.
- Überweisungen zur teilstationären Behandlung an ein Krankenhaus. Die teilstationäre Behandlung in einer sogenannten „Tagesklinik“ ist keine ambulante, sondern eine stationäre Leistung und erfordert immer eine Verordnung von Krankenhausbehandlung.
- Ausstellen einer Einweisung auf Wunsch des Patienten oder des Krankenhauses. Eine Einweisung muss immer auf der vorherigen medizinischen Einschätzung und der Feststellung der Erforderlichkeit einer stationären Behandlung seitens des behandelnden Arztes beruhen.

Susanne Singl (KVB), Heike Oesterwinter (BKG)

Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

Die vor- und nachstationäre Behandlung gehört gemäß Paragraf 39 SGB V zur stationären Versorgung. Mit dem Paragrafen 115a SGB V hat der Gesetzgeber Krankenhäusern allerdings die Möglichkeit eingeräumt, bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zu behandeln.

Voraussetzungen für vor- und nachstationäre Behandlung

vorstationäre Behandlung:

- Klärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung
- an höchstens drei Behandlungstagen innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung

nachstationäre Behandlung:

- Festigung und Sicherung des Behandlungserfolgs im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung (das heißt: keine nachstationäre Behandlung ohne vorherige vollstationäre Behandlung)
- in der Regel auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Ende der vollstationären Behandlung befristet (Ausnahmen bei Organtrans-

plantationen oder medizinisch begründeten Einzelfällen)

Wichtig: Obwohl die vor- und nachstationäre Behandlung gemäß Paragraf 115a SGB V „ohne Unterkunft und Verpflegung“ erfolgt, handelt es sich um keine ambulante Behandlungsform. Daher gilt der Grundsatz: Eine vor- beziehungsweise nachstationäre Behandlung durch das Krankenhaus setzt voraus, dass eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit vorliegt. Der Zugang zur stationären Versorgung erfolgt grundsätzlich mittels einer Verordnung von Krankenhausbehandlung (siehe hierzu auch „Einweisung oder Überweisung ins Krankenhaus“ auf Seite 5). Alle Leistungen, die von Vertragsärzten vorab erbracht werden, um die Erforderlichkeit einer Verordnung von Krankenhausbehandlung festzustellen, gehören nicht zur vorstationären Behandlung gemäß Paragraf 115a SGB V. Hierbei handelt es sich um vertragsärztliche Leistungen.

Einbindung von Vertragsärzten durch das Krankenhaus

Paragraf 115a SGB V sieht die Möglichkeit vor, dass das Krankenhaus die vor- oder nachstationäre Behandlung auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen lassen kann.

Wichtig: Wenn niedergelassene Vertragsärzte von Krankenhäusern im Rahmen einer vor- beziehungsweise nachstationären Behandlung ausdrücklich damit beauftragt werden, Leistungen im Vorfeld oder Nachgang einer vollstationären Behandlung zu erbringen, ändert das nichts daran, dass es sich trotzdem weiterhin um Leistungen des Krankenhauses handelt. Die beauftragten Leistungen sind nicht Bestandteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (Paragraf 3 Absatz 2 Nummer 8 und Nummer 10 Bundesmantelvertrag) beziehungsweise der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Eine Abrechnung über die KVB ist daher nicht möglich. Vielmehr sind die beauftragten Leistungen vom Krankenhaus zu vergüten und müssen diesem direkt in Rechnung gestellt werden.



Hierbei sind folgende Punkte zu beachten

1. Sofern eine Kooperation zwischen einem niedergelassenem Vertragsarzt und einem Krankenhaus beidseitig gewünscht ist, ist der Abschluss einer schriftlichen Vereinbarung empfehlenswert, in der die Rahmenbedingungen der gemeinsamen Zusammenarbeit festgehalten werden. Es ist darauf zu achten, dass Leistung und Gegenleistung, also Leistungsumfang und Vergütung, in einem angemessenen Verhältnis stehen. Als Maßstab für eine angemessene Vergütung können bestehende Gebührenordnungen (EBM, GOÄ) herangezogen werden. Damit kann dem Vorwurf einer Zuweisung gegen Entgelt entgegengewirkt werden.
2. Das Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung ersetzt nicht die Beauftragung im Einzelfall. Um Leistungen gegenüber dem Krankenhaus in Rechnung stellen zu können, ist in jedem Einzelfall eine ausdrückliche und nachweisliche, das heißt schriftlich abgefasste Beauftragung seitens des Krankenhauses erforderlich.

Für die Krankenhäuser bedeutet dies:

- Die Erbringung und Abrechnung vor- beziehungsweise nachstationärer Leistungen gemäß Paragraf 115a SGB V ist grundsätzlich nur nach vorheriger Verordnung von Krankenhausbehandlung möglich.
- Sollen niedergelassene Vertragsärzte vor- beziehungsweise nachstationäre Leistungen im Sinne des Paragrafen 115a SGB V erbringen, muss das Krankenhaus diese vor der Leistungserbringung ausdrücklich und nachweislich beauftragen.

Für niedergelassene Vertragsärzte bedeutet dies:

- Ohne vorherige ausdrückliche und nachweisliche Beauftragung durch das Krankenhaus ist eine Abrechnung gegenüber dem Krankenhaus nicht möglich.
- Ohne Beauftragung muss der niedergelassene Vertragsarzt abwägen und entscheiden, ob und welche ambulanten Leistungen erbracht werden müssen und gegenüber der KVB abgerechnet werden können.



Fallbeispiele

Beispiel 1: Eine Patientin sucht das Krankenhaus mit Verordnung von Krankenhausbehandlung auf. Sie kommt zum einweisenden Vertragsarzt zurück und erklärt mündlich, das Krankenhaus habe ihr mitgeteilt, der niedergelassene Vertragsarzt solle zunächst noch bestimmte Untersuchungen durchführen. Hierbei handelt es sich um **keine ausreichende Beauftragung** des niedergelassenen Vertragsarztes zur Durchführung vorstationärer Leistungen. Es besteht keine Grundlage für eine Rechnungsstellung gegenüber dem Krankenhaus.

Beispiel 2: Ein Patient sucht das Krankenhaus mit Verordnung von Krankenhausbehandlung auf. Das Krankenhaus beauftragt die einweisende Vertragsärztin im Rahmen der vorstationären Behandlung schriftlich mit der Erbringung bestimmter Untersuchungen. Hierbei handelt es sich um **eine ausreichende Beauftragung** der niedergelassenen Vertragsärztin zur Durchführung vorstationärer Leistungen. Die erbrachten Leistungen werden dem Krankenhaus von der niedergelassenen Vertragsärztin in Rechnung gestellt.

Beispiel 3: Ein Patient sucht das Krankenhaus ohne Verordnung von Krankenhausbehandlung auf (zum Beispiel Notfall). In diesem Fall ist **keine vorstationäre Behandlung** und dementsprechend auch keine Beauftragung nach Paragraf 115a SGB V möglich.

Susanne Singl (KVB), Heike Oesterwinter (BKG)

Hybrid-DRG: einfach mit der KVB

Nach Auslaufen der Übergangsregelung zum 31. Dezember 2024, wonach Hybrid-DRG-Leistungen zusammen mit der Quartalsabrechnung eingereicht wurden, bietet die KVB seit dem 1. Januar 2025 einen neuen Abrechnungsweg über das Mitgliederportal „Meine KVB“ an. Über diese innovative Dienstleistung haben wir uns mit Dr. med. Frank Vescia, Facharzt für Anästhesie sowie Bundes-Vizepräsident und zweiter stellvertretender Landesvorsitzender Bayerns des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, und Fabian Demmelhuber, Leiter des Referats Versorgungsinnovationen bei der KVB, unterhalten.



Frank Vescia schätzt die komfortable Abrechnung aus einer Hand.

Herr Dr. Vescia, warum haben Sie sich für die KVB und nicht für einen der anderen am Markt befindlichen Wettbewerber entschieden?

Frank Vescia: Die KVB ist Dienstleister für die bayerischen Vertragsärztinnen und -ärzte und dieser Aufgabe kommt sie sehr gut nach. In den letzten Jahren hat sich bei ihr der Servicegedanke verfestigt, sie hat das Angebot weiter aus-

gebaut und im Sinne der bayerischen Praxen verbessert. Werden Leistungen im Rahmen der Hybrid-DRG-Abrechnung nicht über die KVen abgerechnet, so könnte eine beträchtliche Menge Geld verloren gehen, die Verwaltungskosten könnten steigen und das Serviceangebot der KVB könnte dann nicht wie gewünscht weiterentwickelt werden.

Die KVB hat in kurzer Zeit eine umfangreiche Abrechnungsdienstleistung geschaffen. Finden Sie es persönlich richtig, dass die KVB sich als Dienstleister aufstellt? Schließlich ist diese Art von Service in der KVen-Landschaft keineswegs selbstverständlich.

Vescia: Dieser Mitteleinsatz ist absolut richtig und notwendig, ganz besonders unter dem Blickwinkel, dass bei einer Abrechnung außerhalb der KVB Honorarvolumen verloren geht, das die KVB jedoch braucht, um die Verwaltungskosten für uns in den Praxen stabil zu halten. Ich kann der KVB nur raten, dieses Serviceangebot allen Vertragsärztinnen und -ärzten in ganz Deutschland anzubieten.

Herr Demmelhuber, welche Bedeutung hat der neue Service für die KVB?

Fabian Demmelhuber: Als starker Partner der niedergelassenen Ärzte war es uns von Anfang an wichtig, unseren Mitgliedern eine komfortable Lösung zu bieten, ihre Hybrid-DRG-Leistungen über uns abzurechnen. Die Etablierung außerquartalsmäßiger Prozesse war durchaus herausfordernd, doch wir konnten dies innerhalb weniger

Monate umsetzen und haben die Möglichkeit einer täglichen Abrechnungseinreichung und einer wöchentlichen Abrechnungsauszahlung geschaffen. Um die neu entwickelte Dienstleistung nahe an den Bedürfnissen unserer Mitglieder auszurichten, stehen wir seit Anfang 2024 kontinuierlich in engem Austausch mit abrechnenden Praxen sowie Berufsverbänden. Mit der Einreichungsoption von KVDT-Dateien speziell für Hybrid-DRG-Leistungen wurde die Abrechnung ambulanter Eingriffe noch komfortabler. Dadurch entsteht ein großer Vorteil bei der Abrechnung über die KVB. Wir arbeiten permanent an der Weiterentwicklung unseres Services, bieten regelmäßige Informationstermine für unsere Mitglieder an und unterstützen bei allen Fragen mit persönlichen Ansprechpartnern. So stehen wir unseren Mitgliedern als kompetenter und zuverlässiger Abrechnungspartner auch bei diesem Thema unterstützend zur Seite.

Herr Dr. Vescia, haben Sie bereits Erfahrung mit unseren persönlichen Ansprechpartnern sammeln können?

Vescia: Bei inhaltlichen oder technischen Fragen habe ich stets eine zeitnahe und kompetente Unterstützung des Hybrid-DRG-Teams der KVB erhalten.

Wie bewerten Sie den Support und die Serviceleistungen der KVB im Zusammenhang mit dem neuen Abrechnungsweg? Inwiefern hat die Inanspruchnahme des KVB-Angebots die Abrechnungsprozesse in Ihrer Praxis erleichtert?

Vescia: Die KVB hat in extrem kurzer Zeit eine Abrechnungsmöglichkeit der Hybrid-DRG geschaffen, die sofort nach Inbetriebnahme praktisch störungsfrei verlief. Somit konnte der neue Abrechnungsweg schnell und komplikationslos in den Praxisablauf eingebunden werden. Gegenüber der Abrechnung mit Pseudoziffern, wie im Jahr 2024, war die Abrechnung anfangs etwas aufwendiger, aber damit hatten alle Dienstleister der Hybrid-DRG-Abrechnung zu kämpfen. Durch die Abrechnung aus der Praxissoftware ist der Abrechnungsprozess schlank und einfach geworden.

Demmelhuber: Es stimmt, dass die manuelle Eingabe in den ersten Monaten aufwendiger war, doch durch die Auflösung des Quartalsrhythmus, die Möglichkeit der täglichen Abrechnungseinreichung sowie Einbindung von KVDT aus der Praxisverwaltungssoftware ist die Abrechnung sehr komfortabel geworden.

Gab es Herausforderungen bei der technischen Implementierung oder Nutzung unseres neuen Abrechnungstools und falls ja, wie haben Sie diese gemeistert? Gibt es Verbesserungsvorschläge?

Vescia: In unserer Praxis gab es keine technischen Schwierigkeiten. Durch die Möglichkeit nur eines Praxiszugangs für die Einreichung der Hybridabrechnung für alle Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis oder eines MVZ läuft die Abrechnungseingabe sehr anwenderfreundlich. Praxisindividuelle Auswertungen der eingereichten Abrechnung müssen für die Abrechner verbessert werden. Ebenfalls verbessert werden muss die Übersicht der bezahlten oder noch nicht vergüteten Leistungen.

Demmelhuber: Das Thema einer transparenten Übersicht über den Rechnungsstatus ist uns bekannt und wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Dienstleistung zeitnah umgesetzt.

Würden Sie unseren Abrechnungsservice für Hybrid-DRG Ihren Kolleginnen und Kollegen empfehlen?

Vescia: Uneingeschränkt. Durch den marktgerechten Preis sowie der Einbindung des neuen Services in das bekannte Mitgliederportal kann eine komfortable Abrechnung aus einer Hand angeboten werden. Die Abrechnung wird dieses Jahr weiter verbessert, sodass ich bei Fortbildungen und auf Infoveranstaltungen immer auf den guten Service der KVB verweise.



Herr Dr. Vescia, Herr Demmelhuber, Ihnen beiden vielen Dank für das Gespräch!

Interview: Katharina Reuss (KVB)

Fabian Demmelhuber setzt auf einen kontinuierlich engen Austausch mit den abrechnenden Praxen.

Komfortable Abrechnungslösung der KVB

Wir stehen Ihnen bei der Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistungen als kompetenter und zuverlässiger Abrechnungspartner zur Seite. Durch den Aufbau einer modernen Abrechnungslösung im Mitgliederportal „Meine KVB“ bieten wir Ihnen ein hohes Maß an Komfort, Flexibilität und persönlicher Beratung – alles aus einer Hand.

Welche Services bietet die KVB?

- Langjährige Erfahrung in der Abrechnung als Partner aller Krankenkassen
- Quartalsunabhängige Abrechnung
- Klärung offener Rechnungen mit den Krankenkassen
- Abrechnung in „Meine KVB“ mit einem integrierten DRG-Groupier

Wie rechne ich Hybrid-DRG über die KVB ab?

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

An wen wende ich mich, wenn ich den Service nutzen möchte?

Das Vertragsformular sowie weitere Informationen rund um das Thema finden Sie unter www.kvb.de/hybrid-drg. Kontaktieren Sie bei Fragen auch unser Beratungszentrum telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10 oder schreiben Sie uns Ihre Fragen per E-Mail an Hybrid-DRG@kvb.de.

„Vorsorgen! Bevor es zu spät ist.“

Das Bayerische Staatsministerium der Justiz hat einen Flyer als Ergänzung zur Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter“ herausgegeben, den Hausärztinnen und -ärzte ihren Patientinnen und Patienten zu den Themen Vollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung in ihren Praxen zur Verfügung stellen können. Justizminister Georg Eisenreich, MdL, wirbt eindringlich dafür, sich rechtzeitig mit dem Thema Vorsorge zu befassen.



Zu wenige Menschen denken daran, rechtliche Vorsorge für weniger gute Zeiten zu treffen. Zeiten, in denen man aufgrund von Krankheit, Alter oder wegen eines Unfalls möglicherweise nicht mehr selbst handlungs- und entscheidungsfähig ist. Wenn dieser Fall eintritt, ist eine gut durchdachte rechtliche Vorsorge von unschätzbarem Wert – sowohl für sich selbst, als auch für die Menschen, die einem nahestehen. Als Justizminister ist es mir ein persönliches Anliegen, die Menschen in Bayern über diesen Vorsorgebedarf und die Vorsorgemöglichkeiten zu informieren.

Hausärztinnen und Hausärzten werden in ihrem Praxisalltag auch Fragen zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen gestellt. Der direkte Kontakt zu Patienten und deren Angehörigen ermöglicht es Ihnen als Ärztinnen und Ärzten, auf die Bedeutung rechtlicher Vorsorge hinzuweisen und Interessierten weiterführende Informationen an die Hand zu geben.

Hierzu können Sie den Vorsorge-Flyer des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz in Ihrer Praxis auslegen oder an Patienten und Angehörige übergeben. Über den auf dem Flyer abgedruckten QR-Code beziehungsweise Link gelangen interessierte Bürgerinnen und Bürger zur digitalen Version der Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter“.

Kernstück der Broschüre sind ausfüllbare und rechtssichere Formulare für Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung.

*Georg Eisenreich, MdL
Bayerischer Staatsminister der Justiz*



Den Vorsorge-Flyer zum Auslegen im Wartezimmer können Sie kostenlos bestellen. Dafür einfach den QR-Code scannen.



Bayerische Gesundheits-Start-ups pushen

Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach unterzeichnete Mitte März gemeinsam mit der Selbstverwaltung eine Absichtserklärung, Bayern als führenden Standort für digitale Gesundheitsinnovationen zu fördern.

Anlässlich eines Treffens mit den TUM Venture Labs sowie Vertreterinnen und Vertretern von Start-ups und der Selbstverwaltung – darunter der KVB, sowie den Ärzte- und Zahnärztekammern und gesetzlichen Krankenkassen – betonte die Ministerin am 12. März in München, dass man eine gemeinsame Vereinbarung zur Förderung von Gesundheits-Start-ups unterzeichnet habe. Das Ziel sei es, durch eine enge Zusammenarbeit die Entwicklung digitaler und innovativer Lösungen voranzutreiben.

„Bayern soll ein Hub für innovative Gesundheits-Lösungen werden, der bundesweit und europaweit Maßstäbe setzt“, so Gerlach. Man könne mit den starken Start-ups des Freistaats und deren neuen Technologien und digitalen Lösungen die Versorgung effizienter, patientenfreundlicher und zukunftsfähiger machen. Dazu habe man mit Unterzeichnung der bundesweit einzigartigen Absichtserklärung eine wichtige Grundlage geschaffen. Junge Unternehmen könnten so gezielt unterstützt und Innovationen schneller in die Praxis gebracht werden. „Zudem steigern wir die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung und fördern den Austausch zwischen Start-ups und den relevanten Akteuren.“



Auch Peter Heinz (KVB) und Gerald Quitterer (BLÄK) gehörten zu den Unterzeichnenden (von links). Rechts: Gastgeberin Judith Gerlach.

Die unterzeichnenden Akteure bekennen sich in der Absichtserklärung dazu, die Gesundheitsversorgung in Bayern durch gezielte Maßnahmen weiterzuentwickeln. Diese sind: Förderung von Innovationen, niederschwellige Bereitstellung von Informationen, Etablierung eines „Round Table“ als zentrale Dialogplattform, Erarbeitung von Best-Practice-Modellen und eine regelmäßige Evaluation.

Für die KVB unterzeichnete der erste stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Dr. med. Peter Heinz, die Absichtserklärung. Für die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) tat dies Präsident Dr. med. Gerald Quitterer.

Einige junge Start-ups hatten nach dem formellen Teil der Veranstaltung anschließend Gelegenheit, ihre Ideen mit der Selbstverwaltung zu diskutieren. Für die KVB standen ihnen hierfür Fabian Demmelhuber und Dr. rer. pol. Marcel Jedraßczyk vom Referat Versorgungsinnovationen Rede und Antwort.



Für ausführliche Informationen zum Termin am 12. März sowie den Inhalten der Absichtserklärung bitte QR-Code scannen.



Redaktion

Ministerin Judith Gerlach (Mitte) mit allen Unterzeichnenden: Gemeinsam will man starke Start-ups in Bayern weiter pushen.

„ePA für alle“ – VV appellierte erneut an Karl Lauterbach

Klare Appelle und Forderungen an die künftige Bundesregierung zur Stärkung der ambulanten Versorgung prägten die Vertreterversammlung (VV) der KVB Ende März in München. Deutliche Worte gab es noch einmal zur Einführung der elektronischen Patientenakte („ePA für alle“). Hier wurde der Appell der VV mittlerweile erhört, den Start der „ePA für alle“ flächendeckend zu verschieben, um einen Fehlstart zu vermeiden.

Zu Beginn der Vertreterversammlung gratulierten die Delegierten und der Vorstand der Vorsitzenden der Vertreterversammlung, Dr. med. Petra Reis-Berkowicz, für den Erhalt der Bayerischen Staatsmedaille für Verdienste um Gesundheit, Pflege und Prävention (siehe auch Seite 4). Anschließend informierte der KVB-Vorstand, Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp, über wesentliche Projekte und Initiativen der KVB in den vergangenen Monaten. Dabei erhielten die Anwesenden erste Einblicke in die geplante Digitalisierungsoffensive der KVB, um die Kommunikation der KV Bayerns mit ihren Praxen zu erleichtern. Diese wurde von der Vertreterversammlung einstimmig unterstützt.

Neue Projekte in Pflegeheimen und im Rettungsdienst

Eine langfristige Entlastung insbesondere der hausärztlichen Praxen solle das telemedizinische Projekt

DocOnLine in Pflegeheimen bringen, das derzeit mit fünf bayerischen Einrichtungen gestartet werde. Vom Pilotprojekt RTWakut im Landkreis Rosenheim sollen ebenfalls Anstöße für eine bessere Patientensteuerung ausgehen. Dabei können Patienten, die kein Notfall sind, nach einer digitalen Ersteinschätzung mit dem Rettungswagen in die Praxen der Haus- und Fachärzte gefahren werden und damit die Notaufnahmen entlasten. Des Weiteren warb der Vorstand bei der Ärzteschaft für die zuletzt weiter optimierten Abrechnungsservices, beispielsweise von Hybrid-DRG. Eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung erwartet sich der Vorstand von einer Initiative der bayerischen Selbstverwaltungspartner. Mittels umfangreicher Bedarfsanalysen sollen die unabhängigen Zulassungsausschüsse in ihren Entscheidungen über zusätzliche psychotherapeutische Behandlungskapazitäten fundiert unterstützt werden. Dies soll in den Planungsbereichen zur Anwendung kommen, in denen Auswertungen der KVB besonders lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz identifiziert haben.

Wiederholter Appell, „ePA für alle“ zu verschieben

Mit Nachdruck sprachen sich Vorstand und Vertreterversammlung gegen einen zu frühen Start der „ePA für alle“ aus. Echte Lasttests im laufenden Patientenbetrieb mit deutlich mehr als den bisher 300 eingebundenen Praxen seien aufgrund der bisher oft man-





gelhaften Hard- und Softwarearchitektur noch gar nicht möglich. Der Start sei so lange zu verschieben, bis wesentliche Qualitätskriterien wie die reibungslose Einbindung in alle Praxisverwaltungssysteme erfüllt seien. Auch die Informationspolitik der Krankenkassen weise weiterhin massive Defizite auf, insbesondere zu den einzelnen Widerspruchs- und Einschränkungsmöglichkeiten der „ePA für alle“. Die Vertreterversammlung appellierte letztlich erfolgreich an das Bundesgesundheitsministerium, den Rollout der „ePA für alle“ zu verschieben.

Videopsychotherapie: Rechtsunsicherheit nach Änderung im Bundesmantelvertrag

Kritisch sehen Vorstand und Delegierte die jüngst entstandenen Rechtsunsicherheiten und Widersprüche im Zusammenhang mit der Videopsychotherapie. Das Berufsrecht erfordere die Anwesenheit der Patienten bei Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung in den Praxisräumen. Die Psychotherapievereinbarung im geänderten Bundesmantelvertrag lasse aber dies auch per Video zu. Nur als ersten Schritt wertet es der Vorstand, dass in Zukunft Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) genauer auf ihren Erfolg hin untersucht werden. Die geplante Evaluation weise inhaltliche und methodische Schwächen auf und müsse daher nachgeschärft werden.

Investoren im Gesundheitswesen regulieren

Einstimmig drängten die Delegierten auf ein Praxenförderungs- und Praxenzukunftsgesetz, um die Rahmen-

bedingungen für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten zu verbessern und damit das gesamte Gesundheitswesen resilienter zu machen. Auch die Regulierung von investorenbetriebenen medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) wurde weiterhin als dringlich angesehen, um die Qualität der ambulanten Versorgung aufrechtzuerhalten. Der Einstieg von Investoren in MVZ müsse deutlich erschwert werden. Weitere Themen waren die Reform der Notfallversorgung und die Ablehnung jeglicher Einmischung Dritter, wie der Krankenkassen, in die Terminvergabe der Praxen.

Absage an Register für psychisch kranke Menschen

Eine klare Absage erteilten Vorstand und Delegierte Überlegungen, ein Register für psychisch Kranke zu erstellen, wie sie nach den jüngsten Attentaten in Magdeburg, Aschaffenburg, München und zuletzt Mannheim erhoben wurden. Die Stigmatisierung, die mit einem solchen Register einhergehe, würde das Risiko von Gewalttaten möglicherweise eher steigern und brächte keine Verbesserung der inneren Sicherheit in Deutschland.

Dr. phil. Axel Heise (KVB)

Was kann KIM?

Der vor vier Jahren eingeführte Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) bietet den Praxen eine Reihe von interessanten Möglichkeiten. Im ersten Teil unserer Serie stellen wir den eArztbrief und 1-Click-Abrechnung vor.

Mit Einführung des Telemedizininfrastruktur-basierten Kommunikationsdienstes KIM im Jahr 2021 wurde die technische Grundlage zur Revolutionierung der Kommunikation im Gesundheitswesen geschaffen. KIM bietet das Potenzial, Formulare, Unterlagen und Informationen deutlich effektiver, effizienter und sicherer auszutauschen als es über herkömmliche Wege möglich ist. Erste Bekanntheit hat der Dienst im Jahr 2022 mit der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) erlangt. Die eAU ist mittlerweile bestens etabliert und KIM als Übertragungsweg nicht mehr wegzudenken.

eArztbrief

Der eArztbrief spielt eine immer wichtigere Rolle in der digitalen Kommunikation zwischen Praxen und anderen Gesundheitseinrichtungen. Seit Juni 2024 sind Praxen verpflichtet, eArztbriefe über KIM empfangen zu können. Außerdem ist eine Vergütung von eArztbriefen nur noch bei einem Versand via KIM möglich. Die Erstellung erfolgt dabei direkt im Praxisverwaltungssystem (PVS) und wird mittels des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) signiert und via KIM aus dem PVS heraus versendet.

Vorteile

Der eArztbrief ist unverkennbar schneller als die Post und nachweisbar sicherer als das Fax. Er kommt unmittelbar im PVS des Empfängers an – unabhängig davon, welche Software verwendet wird. Dies sorgt für eine nahtlose Übermittlung der Informationen, die zudem ohne Medienbruch der jeweiligen Patientenkartei zugeordnet werden können. Ferner bietet die Signatur mittels eHBA Rechtssicherheit.

Beispiel

Frau Dr. Müller überweist ihren Patienten für eine CT-Untersuchung an eine radiologische Praxis. Nach der Untersuchung und Befundung der Ergebnisse stellt diese sämtliche Bilddateien zum Abruf auf ihr Radiologie-Portal ein und schickt den Befundbericht als Arztbrief via KIM sicher an Dr. Müller.

Tip: Um die KIM-Adresse eines Kollegen schnell und einfach zu ermitteln, nutzen Sie am besten die Kollegensuche der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Über dieses Tool ist auch die Suche nach der LANR oder BSNR möglich:

<https://kollegensuche.kv-safenet.de/pages/index.xhtml>

Empfehlung: Die kv.digital GmbH bietet explizit für Praxen Testmöglichkeiten zum eArztbrief an. Eine schlichte Anleitung führt den Anwender durch ein Testszenario zur Überprüfung, ob das eingesetzte PVS eArztbriefe korrekt versendet und empfängt: www.kv.digital/medizinische-kommunikation/test-arztbrief.html

1-Click-Abrechnung

Seit dem zweiten Quartal 2024 können Abrechnungsdateien via KIM an die KVB übermittelt werden. Die 1-Click-Abrechnung ermöglicht es, die Abrechnung mit nur einem „Klick“ schnell und sicher über das PVS einzureichen.

Vorteile

Die 1-Click-Abrechnung reduziert den Zeitaufwand für die Abrechnungsabgabe, da die Daten medienbruchfrei aus dem PVS übermittelt werden und kein zusätzliches Abspeichern oder Hochladen der Dateien anfällt. Die erfolgreiche Übermittlung wird in Form einer Eingangsbestätigung von der KVB via KIM quittiert. Zudem ist der Schutz der vertraulichen Inhalte aufgrund definierter Sicherheitsstandards während des gesamten Prozesses gewährleistet. Wie Sie die 1-Click-Abrechnung in Ihrer Praxis nutzen können, erfragen Sie am besten bei Ihrem Softwarehaus.

In der nächsten Ausgabe beleuchten wir die eNachricht und die elektronische Ersatzbescheinigung (eEB). Weitere Informationen rund um das Thema KIM finden Sie unter www.kvb.de/ti unter dem Reiter „Kommunikation im Medizinwesen“.

Anja Narat, Nicola Micevic
(beide KVB)

Zi-Event „Ausgezeichnete Gesundheit“

Vor mehr als 250 Gästen aus Politik, Ärzte- und Wissenschaft hat Ende März im Allianz Forum in Berlin-Mitte das Frühjahrs-event „Ausgezeichnete Gesundheit“ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) stattgefunden. Führende Gesundheitspolitiker sowie Ärztinnen und Ärzte skizzierten ein Zukunftsbild der ambulanten Versorgung, die nach einhelliger Meinung echte Reformen benötigt.

Patientensteuerung, Delegation ärztlicher Tätigkeiten und Telemedizin standen weit oben auf der gesundheitspolitischen Agenda der Veranstaltung. „Unsere Gesundheitsversorgung braucht einen schnellen Wandel. Verstreicht diese Legislaturperiode ohne neue Weichenstellungen, wird die Bevölkerung Deutschlands Engpässe in der vertragsärztlichen Versorgung überaus deutlich zu spüren bekommen“, so die Kuratoriumsvorsitzende des Zi und Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, Dr. med. Annette Rommel in ihrer Eröffnungsrede. Anders als in den Jahren zuvor, standen diesmal Erfahrungen und programmatische Vorhaben der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für zentrale gesundheitspolitische Weichenstellungen innerhalb der ambulanten Versorgung in den nächsten vier Jahren im Fokus der Veranstaltung. Neben einer dringend erforderlichen Steuerung von Patientinnen und Patienten in der Akut- und Notfallversorgung rangieren insbesondere die breitere Delegation ärztlicher Tätigkeiten sowie die Ausweitung

telemedizinischer Leitungen ganz weit oben auf der gesundheitspolitischen und ärztlichen Agenda.

Zum letztgenannten Thema steuerte der Vorstandsvorsitzende der KV Bayerns, Dr. med. Christian Pfeiffer, die Darstellung des aktuellen Angebots der KVB zur digitalen Patientensteuerung bei. Mit DocOnLine könne für Versicherte unter www.doconline-bayern.de ein niederschwelliger digitaler Zugang zur ambulanten Versorgung realisiert werden, indem per SmED, einem anerkannten Ersteinschätzungsverfahren, die Steuerung und Priorisierung der Patienten in die für sie richtigen Versorgungsstrukturen erzielt werde. Per Videosprechstunde sei damit die Erreichbarkeit einer ärztlichen Beratung zu Zeiten des Bereitschaftsdienstes gewährleistet – mit bislang sehr guten Erfahrungswerten. Diese Form der sogenannten hybriden Versorgung – also der Weiterleitung in die etablierten analogen Versorgungsstrukturen für den Fall, dass der digitale Weg nicht ausreichend ist – sei die Zukunft.

Auch Petra Grimm-Benne, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt, bekräftigte, dass die Digitalisierung mit einem verstärkten Ausbau telemedizinischer Angebote eine überragende Chance biete, sowohl die Versorgungsqualität als auch die Patientenzufriedenheit weiter zu optimieren.

Ähnlich äußerte sich Katharina Schenk, Ministerin für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie des



Landes Thüringen. Auch sie verwies auf die überragende Bedeutung der Akzeptanz digitaler Angebote für die Gesundheitsversorgung von morgen. Der spezifische Benefit von Digitalisierung und insbesondere von telemedizinischen beziehungsweise KI-gestützten Diagnoseverfahren müsse für den einzelnen Patienten jedoch noch deutlicher herausgestellt werden. Dabei sei es von zentraler Bedeutung, digitale und analoge Versorgungspfade transparent zu machen, statt Hilfesuchende im medizinischen Angebotsdschungel zurückzulassen.

Weitere Informationen zur Veranstaltung, Bilder, Vorträge sowie die komplette Video-Aufzeichnung des Abends finden Sie unter: www.zi.de/service/veranstaltungen/detailansicht/ausgezeichnete-gesundheit-2025.



Redaktion

KVB-Chef Dr. Christian Pfeiffer (Mitte) warb mit Blick in die Zukunft der ambulanten Versorgung für digitale Sprechstunden-Konzepte wie DocOnLine der KV Bayerns.

Versorgungsprogramm für Kinder und Jugendliche

Nach dem Start der ambulanten Komplexversorgung für Erwachsene im Oktober 2022 wurde nun auch ein Versorgungsprogramm für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche auf den Weg gebracht. Am 9. Juli 2024 trat die neue G-BA-Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) in Kraft. Zum 1. April 2025 wurde nunmehr auch die Vergütung der Leistungen aus dieser Richtlinie beschlossen.

„Die Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher erfordert eine enge Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen und eine Vernetzung über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinweg. Der steigende Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung bei gleichzeitigem Fachkräftemangel stellt eine große Herausforderung für die Behandlung dieser Patientengruppe dar“, so die zweite stellvertretende KVB-Vorstandsvorsitzende, Dr. med. Claudia Ritter-Rupp. Die neue Komplexrichtlinie erweitert das bestehende Versorgungsangebot der interdisziplinären Praxisteams der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) und soll die regionale Vernetzung der Leistungserbringer stärken. Durch abgestimmte Prozesse und eine intensive Koordination soll die Kontinuität der Betreuung gewährleistet und die Behandlung nachhaltig verbessert werden.

Wer kann an der Richtlinie teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind folgende Fachgruppen:

1. Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen,

3. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche,
4. Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Welche Patientengruppe umfasst die neue Richtlinie?

Die KJ-KSVPsych-Richtlinie richtet sich insbesondere an Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit schweren psychischen Störungen, die erhebliche Einschränkungen im Alltag und einen komplexen Behandlungsbedarf aufweisen. Um in die Versorgung aufgenommen zu werden, muss mindestens eine Erkrankung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) oder F7x.1 des ICD-10-GM, sowie ein psychosozialer Umstand (5. Achse MAS) und eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung (6. Achse MAS, Stufe 4 – 8) vorliegen.

Versorgung im Team

Die Richtlinie weicht von der psychiatrischen Komplexversorgung für Erwachsene (KSVPsych-RL) ab. Das Kernstück der Versorgung ist ein „Zentrales Team“, das den Patienten betreut und sich aus mindestens folgenden drei Personen zusammensetzt: einem teilnahmeberechtigten Facharzt, einem teilnahmeberechtigten Psychotherapeuten sowie einer nichtärztlichen Koordinationsperson.

Die Intensität des Zusammenwirkens bestimmt sich patientenindividuell und kann bei Bedarf erweitert werden. Somit können neben zum Beispiel Kliniken mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer PIA auch weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme (wie zum Beispiel Jugendämter, Jugendhilfe und Schulen) als „Erweitertes Team“ mit in die Versorgung eingebunden werden (Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit).

Es bedarf keiner Überweisung, eine Empfehlung in die Versorgung kann beispielsweise durch Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten oder sozialpsychiatrische Dienste ausgesprochen werden. Zu Beginn

erfolgt eine Eingangssprechstunde durch einen teilnahmeberechtigten Facharzt oder Psychotherapeuten (unter anderem Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Ausschluss Parallelbehandlung (zum Beispiel SPV)). Dem schließt sich zeitnah eine differenzialdiagnostische Abklärung an. Auf Basis dieser wird durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten des Zentralen Teams ein patientenindividueller Gesamtbehandlungsplan erstellt. Fallbesprechungen mit den Teilnehmern des Zentralen Teams sollen sicherstellen, dass der Behandlungsprozess nahtlos weitergeführt wird (mindestens eine pro Quartal).

Aufbau neuer Strukturen

Bereits die Erwachsenen-KSVPsych-Richtlinie zeigt: Patienten profitieren besonders vom interdisziplinären Austausch und der Unterstützung durch eine nicht-ärztliche Koordinationsperson. In psychotherapeutischen Praxen gestaltet sich die Einbindung solcher Fachkräfte jedoch oft schwierig, da sie dort nur selten verfügbar sind. Um diesem Engpass zu begegnen, können Praxen auch eine externe Koordinationsperson einbinden – sie muss nicht zwingend in der eigenen Praxis angestellt sein.

Auch wirtschaftlich kann die Teilnahme für Praxen attraktiv sein: Besondere Leistungen wie Fallbesprechungen, die Übernahme der Bezugsfunktion oder die Koordination durch nichtärztliche Fachkräfte, werden extrabudgetär vergütet. Ein Augenmerk wird auch auf die Transition und die SGB übergreifende Zusammenarbeit im Rahmen von Hilfefunktionen mit weiteren Hilfe- und Unterstützungssystemen

gelegt. Weitere Informationen zu der Abrechnung und eine Übersicht zu den GOPen des neuen Abschnitts 37.6 EBM finden Sie in den KVB INFOS auf Seite 46.

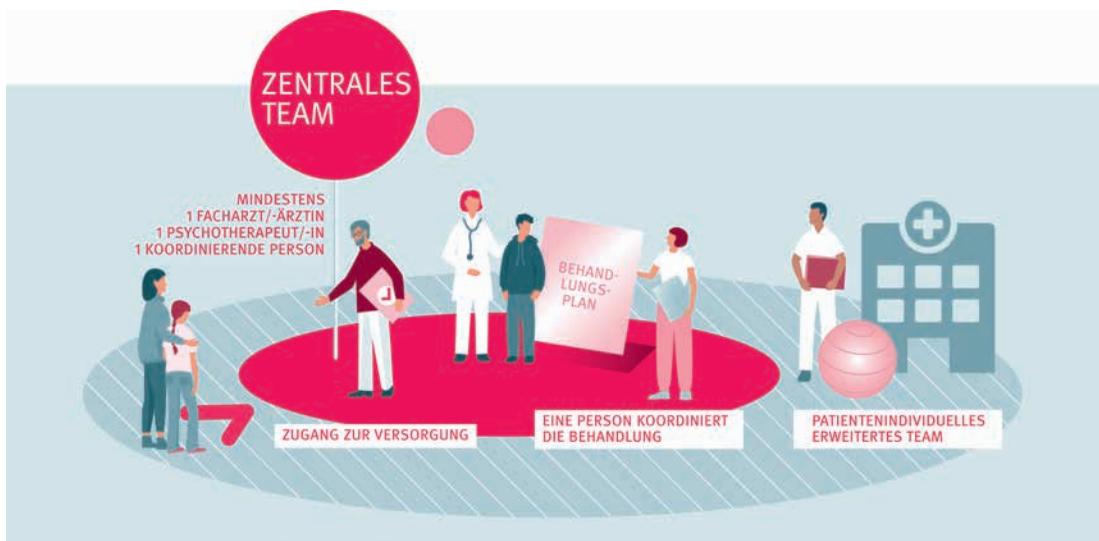
Für Informationen rund um die KJ-KSVPsych-RL, insbesondere zur Antragstellung, zu den Teilnahmevoraussetzungen und Details zur Abrechnung, bitte QR-Code scannen.



Inga Jürgens (KVB)

Wesentliche Elemente

- **Individuelle Behandlungsplanung:** Ein Bezugsarzt oder -psychotherapeut koordiniert die Therapie und wirkt als zentraler Ansprechpartner. Er ist Teil des „Zentralen Teams“ und kann allen vier oben genannten Fachgruppen angehören. Der Zulassungsumfang spielt hierbei keine Rolle.
- **Nichtärztliche Koordination:** Eine nichtärztliche Fachkraft übernimmt organisatorische Aufgaben wie Terminvereinbarungen, Netzwerkarbeit und den regelmäßigen Kontakt mit dem Patienten (Qualifikation: zum Beispiel Ergotherapeuten, MFA, Sozialarbeiter, psychiatrische häusliche Krankenpflege, Psychologen, etc.).
- **Niedrigschwellige Teambildung:** Die Zusammenarbeit erfolgt ohne verpflichtende vertragliche Bindungen zwischen den beteiligten Akteuren.



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Psychotherapie: zusätzliche Angebote nötig

Sowohl Krankenkassen als auch KVB sehen wegen der großen Nachfrage einen Bedarf für zusätzliche Angebote in der psychotherapeutischen Versorgung. Gemeinsam haben sie die Lage analysiert und Ansatzpunkte für Verbesserungen identifiziert.

Die Nachfrage nach psychotherapeutischen Behandlungsangeboten ist in den vergangenen Jahren in Bayern erheblich gestiegen. Analysen der KVB zeigen, dass sich die Wartezeiten zwischen dem Erstkontakt in einer psychotherapeutischen Praxis und dem Beginn einer Richtlinien-therapie zwischen 2021 und 2023 in nahezu allen Planungsbereichen Bayerns deutlich verlängert haben. Zugleich ist die Zahl der behandelten Patienten pro Praxis angestiegen. Allerdings lassen die derzeit bundesweit gültigen Vorgaben der Bedarfsplanung in fast allen Regionen des Freistaats keine Neuzulassungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu. Eine zusätzliche Zulassung ist in den betroffenen Bereichen daher nur über befristete Ermächtigungen oder Sonderbedarf möglich. Deshalb gibt es nun eine neue bayernweite Initiative, um die unabhängigen Zulassungsgremien in ihren Entscheidungen über solche zusätzlichen psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten zu unterstützen. Denn die Partner der Selbstverwaltung – die bayerischen Krankenkassen und die KVB – sind sich einig: In Regionen mit besonders langen Wartezeiten scheinen zusätzliche psychotherapeutische Versorgungsangebote

notwendig, um kurzfristig eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen.

Dies ist das Ergebnis von mehreren Gesprächsrunden unter Leitung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention, an denen Vertreter der KVB, der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Bayern sowie der Psychotherapeutenkammer (PTK Bayern) teilgenommen haben. Die Vertreter der KVB und der Krankenkassen haben sich darauf verständigt, den Zulassungsgremien detaillierte Versorgungsanalysen an die Hand zu geben, um in Regionen mit besonders langen Wartezeiten eine bessere Entscheidungsgrundlage für Anträge auf befristete Ermächtigungen oder Sonderbedarfszulassungen zu schaffen. Konkret geht es dabei um 13 Planungsbereiche in ganz

Bayern, in denen ein zusätzlicher Bedarf an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besteht. Außerdem gibt es in neun Planungsbereichen auch Nachholbedarf in der Psychotherapie für Erwachsene.

Die einzelnen Planungsbereiche finden Sie unter www.kvb.de/ueber-uns/pressearbeit/07032025.

An einer Niederlassung interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wenden sich bitte an das jeweils regional zuständige Beratungscenter der KVB unter www.kvb.de/mitglieder/beratung. Falls Sie interessierte Kolleginnen und Kollegen kennen, weisen Sie sie bitte auf diese neuen Möglichkeiten hin.

Redaktion

Pragmatische Lösungen finden

„Wir setzen uns intensiv für eine bedarfsgerechte ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in Bayern ein. Dazu stehen wir in engem Austausch mit den Entscheidungsträgern und -gremien, um pragmatische Lösungen für die adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten zu finden. Gerade in der psychotherapeutischen Versorgung genügt die bestehende Bedarfsplanung, die bundesweit vorgegeben ist, in Teilen Bayerns nicht mehr den realen Erfordernissen. Insofern sind wir sehr glücklich, dass wir unter der Moderation des Bayerischen Gesundheitsministeriums nun mit den anderen Beteiligten gute Ansatzpunkte für konkrete Verbesserungen in der psychotherapeutischen Versorgung in Bayern gefunden haben.“

Der Vorstand der KVB

„ePA für alle“ – aktuelle Fragen und Antworten

Bereits seit dem 15. Januar 2025 wird die elektronische Patientenakte für alle, kurz „ePA für alle“, in ausgewählten Pilotpraxen in den TI-Modellregionen Franken und Hamburg sowie in Teilen Nordrhein-Westfalens erprobt. Die nächste Stufe der Testung erfolgt in der sogenannten Hochlaufphase auch außerhalb der Testregionen, wodurch die Erprobung der „ePA für alle“ breiter aufgestellt wird. Die Nutzung für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bleibt zunächst freiwillig.

Im Rahmen unserer Online-Informationsveranstaltungen und -Fragestunden zur „ePA für alle“ haben uns viele, häufig inhaltsgleiche Nachfragen erreicht. Unsere Top-Ten an Fragen und Antworten rund um die Nutzung der „ePA für alle“ haben wir in diesem Artikel zusammengefasst. Weitere umfangreiche Informationen zur „ePA für alle“ finden Sie auf unserer ePA-Themenseite unter www.kvb.de/eпа und in KVB FORUM, Ausgabe 1/2-2025.

1 Müssen alle Ärzte und Psychotherapeuten Daten in die ePA einstellen?

Grundsätzlich sind alle Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten verpflichtet, die ePA mit bestimmten Daten zu befüllen, die sie im Rahmen der aktuellen Behandlung der Patientin beziehungsweise des Patienten selbst erhoben haben und die elektronisch vorliegen. Das heißt, im Regelfall ist immer derjenige Arzt oder Psychotherapeut dazu verpflichtet, ein Dokument in die ePA einzustellen, der es erstellt hat. Befunde oder Arztbriefe anderer Praxen müssen nicht zwingend eingestellt werden, mit Einwilligung des Patienten ist dies jedoch grundsätzlich möglich. Eine Ausnahme gilt derzeit für Labore und Pathologen, die aufgrund des fehlenden Arzt-Patienten-Kontakts zumeist keinen Zugriff auf die ePA haben und somit auch keine Dokumente einstellen können. Bei Labor- oder histologischen Befunden sind daher im Regelfall die beauftragenden Ärzte für die Befüllung der ePA zuständig. Krankenhäuser sind ebenfalls verpflichtet, unter anderem Entlassbriefe in die ePA des Patienten einzustellen.



2 Welche Informationen müssen Ärzte und Psychotherapeuten in die ePA einstellen?

Ärzte und Psychotherapeuten sind verpflichtet, Laborbefunde, Befunddaten aus bildgebender Diagnostik, Befundberichte aus invasiven oder chirurgischen sowie nichtinvasiven oder konservativen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und elektronische Arztbriefe in die ePA einzustellen. Maßgabe sollte sein, dass diese Dokumente für Mit- und Nachbehandelnde relevant sind und diesen einen Mehrwert bieten. Es sollte sich somit um Dokumente handeln, die für Dritte (also Ärzte oder Psychotherapeuten) erstellt worden sind und die Anamnese, Befundung und Behandlung unterstützen. Eine Einstellung von Informationen in die ePA sollte somit erst dann erfolgen, wenn diese vollständig sind. Demnach muss nicht jede schriftliche Aufzeichnung in der ePA abgelegt werden. Es gilt vielmehr, das, was Ärzte und Psychotherapeuten heute schon an Kolleginnen und Kollegen berichten, in die ePA einzustellen. Die ePA ersetzt aber nicht die ärztliche Kommunikation. Die Befüllungspflicht gilt, sofern die Daten im Rahmen der konkreten aktuellen Behandlung erhoben und elektronisch verarbeitet wurden, die Praxis Zugriff auf die ePA hat und der Patient dem Einstellen nicht widersprochen hat.

Die am häufigsten gestellten Fragen, die uns zur „ePA für alle“ seitens unserer Mitglieder erreichen, haben wir Ihnen in diesem Beitrag zusammengestellt.

3 Kann ein Patient verlangen, dass auch Daten über die genannte Pflichtbefüllung hinaus eingestellt werden?

Ja, denn bestimmte Daten müssen auf Wunsch beziehungsweise auf Verlangen des Patienten in die ePA eingepflegt werden (sogenannte „Wunschdaten“), soweit diese Daten in der konkreten aktuellen Behandlung durch den Arzt oder Psychotherapeuten erhoben und elektronisch verarbeitet wurden und der Patient in die Übermittlung und Speicherung dieser Daten eingewilligt hat. Hierzu zählen unter anderem Befunddaten, Diagnosen, durchgeführte und geplante Therapiemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen, Behandlungsberichte und sonstige untersuchungs- und behandlungsbezogene medizinische Informationen, Daten zur pflegerischen Versorgung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Daten aus Disease-Management-Programmen, Daten zu Heilbehandlungen und Reha-Maßnahmen sowie Daten zu Erklärungen zur Organ- und Gewebespende. Daten aus vergangenen Behandlungen müssen dabei nicht in die ePA eingestellt werden.

4 Brauchen Praxen für den Zugriff und das Einstellen von Daten in die ePA eine Einwilligung des Patienten?

Für den Zugriff auf die ePA im aktuellen Behandlungskontext und das Einstellen von Daten im Rahmen der Pflichtbefüllung ist im Regelfall keine Einwilligung des Patienten erforderlich. Der Zugriff auf die ePA wird einfach durch das Stecken der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) freigegeben. Ärzte und Psychotherapeuten sind aber dazu verpflichtet, die Patienten darüber zu informieren, welche Daten sie in die ePA übertragen und speichern. Eine Ausnahme gilt bei Ergebnissen von genetischen Untersuchungen oder

Analysen im Sinne des Gendiagnostikgesetzes: Die Speicherung dieser sensiblen Daten in der ePA darf nur nach expliziter Einwilligung des Patienten – schriftlich oder in elektronischer Form – erfolgen. Auch für das Einstellen von sogenannten „Wunschdaten“ ist eine Einwilligung erforderlich, die nachprüfbar zu dokumentieren ist.

5 Kann ein Patient, auch wenn die Praxis Zugriff auf die ePA hat, dem Einstellen von Daten widersprechen?

Auch wenn die Praxis generell Zugriff auf die ePA hat, kann der Patient in der Praxis dem Einstellen von (bestimmten) Daten in die ePA im aktuellen Behandlungskontext widersprechen. Hierfür gibt es keine konkrete Formvorgabe, sodass der Widerspruch mündlich erfolgen kann. Er ist jedoch nachprüfbar in der Primärdokumentation festzuhalten. Bei sensiblen Daten, die Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung geben könnten, beispielsweise psychische Erkrankungen, Schwangerschaftsabbrüche oder sexuell übertragbare Erkrankungen, müssen Ärzte und Psychotherapeuten die Patienten explizit auf das Recht zum Widerspruch gegen Übermittlung und Speicherung in die ePA sowie auf die Möglichkeit, die Verarbeitung dieser Daten zu beschränken, hinweisen.

6 In welchem Zeitfenster sollte die ePA befüllt werden?

Standardmäßig hat eine Praxis nach dem Stecken der eGK 90 Tage – quartalsunabhängig – Zugriff auf die ePA des Patienten. Ärzte und Psychotherapeuten und ihre Praxisteams haben daher in der Regel die Möglichkeit, die ePA des Patienten nicht nur während des Praxisbesuchs mit den relevanten Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext zu befüllen, son-



dem auch zeitversetzt, wenn der Patient bereits die Praxis verlassen hat. Da Patienten den Zugriffszeitraum mittels App anpassen können und dieser entsprechend ablaufen kann und die einzustellenden Daten gegebenenfalls relevant für die Anschlussversorgung eines Patienten sind, wird empfohlen, die ePA während oder zeitnah nach der Behandlung zu befüllen.

7 Warum ist die Auswahl geeigneter Metadaten bei der Befüllung der ePA wichtig?

Metadaten sind strukturierte Daten, die andere Daten beziehungsweise Dokumente beschreiben und damit das Filtern der Dokumente oder die konkrete Suche nach Dokumenten erleichtern. Beispiele sind der Dokumentenname oder -typ, Autor oder Erstellungszeitpunkt. Um die Suche nach relevanten Dokumenten in der ePA zu beschleunigen, ist somit wichtig, dass jedes Dokument, das in die ePA eingestellt wird, mit passenden Metadaten versehen wird. Das Praxisverwaltungssystem sollte hierbei unterstützen.

8 Wie können Ärzte und Psychotherapeuten ihren Informationspflichten nachkommen?

Grundsätzlich ist die Informations- beziehungsweise Hinweispflicht in jedem Behandlungskontext zu erfüllen. Ziel ist jedoch eine möglichst aufwandsarme Umsetzung in der Praxis und eine gute Integration in die Praxisabläufe. Entsprechend können zur Erfüllung der Informationspflicht vorgefertigte Vordrucke in Form von Flyern und Aushängen eingesetzt werden, die abhängig vom jeweiligen Einzelfall gegebenenfalls mit dem persönlichen Gespräch verbunden werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat hierfür einen Patientenflyer bereitgestellt, der auf der KBV-Internetseite unter www.kbv.de/html/epa.php abrufbar ist.

Im Kontext besonderer Informations- und Hinweispflichten bei sensiblen Gesundheitsdaten sind die ausdrücklichen Hinweispflichten und Formvorgaben (schriftliche/elektronische Einwilligung) stets zu beachten. Zwar können auch in diesen Fällen Vordrucke verwendet werden, aber die Empfehlung lautet hier in Kombination mit dem persönlichen Gespräch.

9 Wie können Patienten vorgehen, wenn sie keine sensiblen Daten (zum Beispiel im Rahmen der Psychotherapie) in ihrer ePA gespeichert haben möchten?

Ein Patient, der die ePA generell nutzt, aber nicht möchte, dass Praxen beispielsweise im Rahmen seiner psychotherapeutischen Versorgung Dokumente einstellen oder auf die ePA zugreifen, kann dem Zu-

griff der Praxis gesamthaft widersprechen. Diesen Widerspruch kann der Patient gegenüber seiner Krankenkasse (das heißt, der Ombudsstelle der Krankenkasse) vornehmen lassen oder über die ePA-App selbst einstellen. Soll die Praxis die Daten der ePA einsehen, aber nicht Dokumente in die ePA einstellen können, kann der Patient den Zugriff auf seine ePA zulassen, aber in der Praxis im Behandlungskontext dem Einstellen von Dokumenten widersprechen. Praxen dokumentieren diesen Widerspruch in ihrer Behandlungsdokumentation.

Auch die von der Krankenkasse automatisch in die ePA übermittelten Abrechnungsdaten und die automatisch mit eRezept-Daten befüllte elektronische Medikationsliste (eML) können sensible Daten enthalten und Hinweise beispielsweise auf psychische Erkrankungen geben.

Möchte der Patient vermeiden, dass diese Daten in seine ePA gelangen, sollte er neben den genannten Widersprüchen auch dem Einstellen der Abrechnungsdaten und der Medikationsliste separat gegenüber der Krankenkasse oder in der ePA-App widersprechen. Zudem besteht über die App die Möglichkeit, die Abrechnungsdaten und die eML zu verbergen, sodass sie nur noch für den Patienten sichtbar sind.

10 Können Dokumente in der ePA nachträglich geändert oder gelöscht werden? Werden Dokumente automatisch gelöscht?

Ein Arzt oder Psychotherapeut kann Informationen innerhalb eines Dokuments in der ePA nicht ändern. Er kann jedoch ein Dokument in einer aktualisierten oder korrigierten Version einstellen und gegebenenfalls fehlerhafte Dokumentversionen in Absprache mit dem Patienten wieder aus der ePA entfernen.

Neben Ärzten und Psychotherapeuten, die somit in Absprache mit dem Patienten von ihnen in die ePA eingestellte Dokumente löschen können, können Patienten selbst Dokumente aus der ePA mit ihrer ePA-App entfernen. Praxen sind nicht verpflichtet, gelöschte Dokumente erneut einzustellen. Da die ePA als lebenslange Akte entworfen wurde, werden medizinische Dokumente nicht automatisch gelöscht.

*Nina Kösel, Antonia Gramenz
(beide KVB)*

„ePA für alle“ – auch für Minderjährige?

Zuletzt hatte die „ePA für alle“ nicht nur mit den vom Chaos Computer Club aufgedeckten massiven Sicherheitsmängeln und der Diskussion über den offiziellen Start ihres flächen-deckenden Rollouts Schlagzeilen gemacht. Lauter wurden zuletzt auch die Stimmen, die davor warnen, dass die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) bei Minderjährigen für Ärztinnen und Ärzte sowie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zum Drahtseilakt werden kann! [1]

Die medizinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen findet per se im Spannungsverhältnis verschiedener Rechtsverhältnisse statt (Kind – gegebenenfalls mehrere gesetzliche Vertreter – Arzt/Psychotherapeut). Dass dieses Spannungsverhältnis durch die „ePA für alle“ nicht aufgelöst, sondern sogar verstärkt wird, liegt auf der Hand: Die Herausforderungen für Ärzte und Psychotherapeuten, die minderjährige Patientinnen und Patienten mit vorhandener ePA behandeln, werden zunehmen!

Die Liste der Fragen, die sich hier stellen, ist lang! [2]

Wie verhält man sich richtig, wenn sich Sorgeberechtigte über die Befüllung der ePA ihres Kindes nicht einig sind? Was gilt, wenn ein minderjähriger Patient die Befüllung der ePA ablehnt, die Eltern diese aber fordern, oder umgekehrt? Was ist zu beachten, wenn zum Beispiel

eine 16-Jährige ohne Wissen der Eltern die Verordnung eines Kontrazeptivums wünscht, die Eltern aber weiterhin Zugriff auf die ePA der Tochter haben?

Neben einem kurzen Überblick über die rechtlichen Vorgaben der ePA-Einrichtung und des ePA-Managements im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen, werden im Folgenden Empfehlungen für den Praxisalltag gegeben, die bedacht werden sollten, wenn ein minderjähriger Patient mit ePA in der Praxis vorstellig wird.

Rechtliche Vorgaben zur Einrichtung der ePA durch die Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen sind seit Mitte Januar 2025 verpflichtet, jedem Versicherten eine ePA zur Verfügung zu stellen, der der Einrichtung nicht innerhalb von sechs Wochen nach entsprechender Information widerspricht (Wechseln vom sogenannten „Opt-in-Modell“ zum „Opt-out-Modell“). Das gilt auch für Kinder und Jugendliche. Für die Einrichtung und Nutzung der ePA gibt es also keine gesetzliche Altersbeschränkung. Minderjährige erhalten – unter den gleichen Voraussetzungen wie Erwachsene – ab dem Zeitpunkt, zu dem sie gesetzlich krankenversichert sind und eine Krankenversicherungsnummer besitzen, eine (lebenslange) ePA. [3] Eine Unterscheidung in eine ePA für „Erwachsene“ und eine für „Minderjährige“ gibt es nicht. Sämtliche Regelungen gelten



eins zu eins, wie beispielsweise die Vorgaben zur Befüllung der ePA mit Pflicht- und Wunschinhalten durch Ärzte und Psychotherapeuten.

Das Gesetz (Sozialgesetzbuch V) sieht vor, dass ab Vollendung des 15. Lebensjahres, also mit dem 15. Geburtstag, Jugendliche die Versicherten- und Widerspruchsrechte im Hinblick auf die ePA auch selbst ausüben können. [4]

Die Frage ist, wer übernimmt dies für Kinder und Jugendliche **vor Vollendung des 15. Lebensjahres?** Und was gilt, wenn ein Minderjähriger bereits **vor seinem 15. Geburtstag** „seine“ ePA selbst und allein (ohne Einsichtnahme der Erziehungsberechtigten) nutzen will?

Die Fragen führen ins hier maßgebliche „Sorgerecht“ nach den Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Eine ausführlichere Darstellung der komplexen und durch Rechtsprechung geprägten Regelungen würde an dieser Stelle zu weit führen. Einige wesentliche Punkte werden im Folgenden also nur kurz umrissen und – zur besseren Orientierung – für die Auswirkungen auf das ePA-Management grafisch veranschaulicht (siehe nebenstehende Grafik).

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



Kurz zusammengefasst

Es gelten die allgemeinen Regeln zur gesetzlichen Vertretung von Minderjährigen, das heißt:

- Eltern/Erziehungsberechtigte sind – in Ausübung ihrer elterlichen Sorge – gesetzliche Vertreter für alle Rechtsgeschäfte und rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen.
- Daraus resultiert: Aufklärungspflichten und Zustimmungserfordernis für medizinische Behandlungen!
- Sorgeberechtigte müssen stets gemeinschaftlich entscheiden, können sich aber gegenseitig ermächtigen, allein zu bestimmen.
- Die gesetzliche Vertretung der Sorgeberechtigten endet, wo die Einwilligung- oder Einsichtsfähigkeit* des Minderjährigen beginnt (siehe Kasten zur Einwilligungsfähigkeit).

***Einwilligungsfähigkeit**

Einwilligungsfähig ist, wer die Bedeutung und die Tragweite seiner Erklärung erkennen und die damit verbundenen Risiken selbst einschätzen kann. Das Gesetz sieht keine starre Altersgrenze, also (theoretisch) kein Mindestalter vor. Nach sogenannter „herrschender Meinung“ sind Minderjährige unter 14 Jahren („Kinder“) nur in Ausnahmefällen bereits einwilligungsfähig.

Umsetzung in der Praxis und ePA-Management bei Minderjährigen

Die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben im Praxisalltag der Ärzte und Psychotherapeuten werden – insbesondere in der Altersgruppe der 13- bis 15-Jährigen – dadurch erschwert, dass es keine starre Altersgrenze für die Frage gibt, ab wann die gesetzliche Vertretung für den Minderjährigen endet (siehe schraffierter Bereich in der Grafik). Erforderlich ist stets eine Betrachtung des Einzelfalls.

Für den Umgang mit der ePA für Minderjährige bedeutet das:

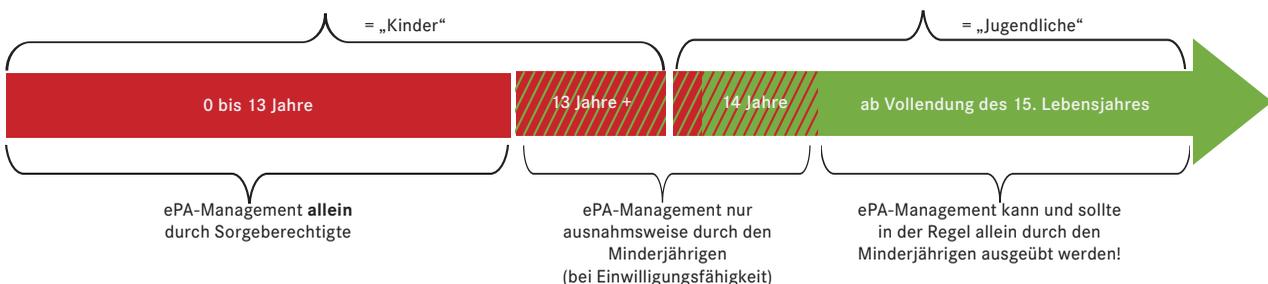
- **Bis zur Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen**, also in der Regel von 0 bis 14 Jahren, entscheidet der beziehungsweise die Sorgeberechtigten gemeinsam, beispielsweise über das Widerspruchsrecht für die Anlage/Nichtanlage der ePA, das Einstellen und Löschen personenbezogener Daten und über die Zugriffsrechte auf die ePA des Minderjährigen. Diese haben ein umfassendes Informations- und Einsichtsrecht. Können sich Eltern als gemeinsam Sorgeberechtigte nicht über den Regelfall der Befüllung einigen, sollte die ePA seitens des Arztes/Psychotherapeuten nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums befüllt werden. [5]

- **Mit Vollendung des 15. Lebensjahres** können sämtliche Versicherten- und Widerspruchsrechte allein durch den Minderjährigen ausgeübt werden, ohne dass es hierzu einer Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters bedarf. Sollte der Minderjährige auch nach seinem 15. Geburtstag von seiner geistigen Entwicklung noch nicht so weit sein, die ePA selbst oder auch allein zu verwalten, können das weiterhin die gesetzlichen Vertreter übernehmen. [6]
- **Bei früherer Einwilligungsfähigkeit** des Minderjährigen sollte dieser die ePA auch zu einem früheren Zeitpunkt allein nutzen können. Laut Bundesgesundheitsministerium sollte dies gegenüber der Krankenkasse – seitens der gesetzlichen Vertreter oder des behandelnden Arztes/Psychotherapeuten – bestätigt werden.

Funktional verhält sich die ePA für Kinder und Jugendliche identisch zu der für Erwachsene. Mit der Vertreterfunktion, die bis zu fünf Vertreter vorsieht, kann über die ePA-App der jeweiligen Krankenkasse sozusagen ein „Familienmanagement“ umgesetzt werden.

Hinweise und Empfehlungen im Umgang mit der ePA bei Minderjährigen

Die nachfolgenden Hinweise und Empfehlungen sollen als Hilfestel-



Grafik: KVB - eigene Darstellung



lung für die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben im Praxisalltag dienen, insbesondere auch dem Schutz und der Wahrung der Rechte von Minderjährigen.

- Die für den medizinischen Kontext festgestellte vorhandene oder nicht vorhandene Einwilligungsfähigkeit des minderjährigen Patienten sollte auf den Umgang mit der ePA übertragen werden. Je näher der Minderjährige von seiner geistigen Reife her an der Grenze zur Einwilligungsfähigkeit steht, desto sorgfältiger sollte die Abwägung erfolgen. Bei Unsicherheit sollte von einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden.
 - Ab Einwilligungsfähigkeit des minderjährigen Patienten sollten konsequent nur seine Entscheidungen berücksichtigt werden (zum Beispiel Widerspruchsrechte gegen die Befüllung der ePA). Die Vorstellungen der gesetzlichen Vertreter sind ab dann für Ärzte und Psychotherapeuten grundsätzlich unbeachtlich. So haben dann beispielsweise auch die Hinweis- und Informationspflichten gegenüber dem Minderjährigen zu erfolgen.
 - Es ist abzuklären, wer die ePA des minderjährigen Patienten „managed“ – der Minderjährige oder (noch) die Sorgeberechtigten?
- Bei Uneinigkeit zweier Sorgeberechtigter hinsichtlich der Befüllung der ePA mit Daten, sollte dem Wunsch des einen Sorgeberechtigten auf Nichtbefüllung nicht entsprochen werden, sondern eine Befüllung der ePA erfolgen. Derjenige Sorgeberechtigte, der gegen die Befüllung der ePA mit den Gesundheitsdaten des Minderjährigen ist, könnte diese – bei Nutzung einer ePA-App und Freischaltung der „Vertreterfunktion“ – im Nachgang selbst löschen.
 - Wenn erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter einer Befüllung entgegenstehen (Stichwort: „Kindswohlgefährdung“), sollte eine Befüllung unterlassen werden (in dem Fall ohne Abstimmung/Wissen mit dem betroffenen Minderjährigen beziehungsweise dessen Eltern). [7] Die Gründe für die Nichtbefüllung der ePA (zum Beispiel drohende Selbstgefährdung des Minderjährigen) sollten unbedingt in der Behandlungsdokumentation nachvollziehbar aufgeführt sein.
 - Auch bei Minderjährigen (unabhängig vom Alter) gilt, dass sämtliche vertragsärztlichen Pflichten im Umgang mit der ePA zu beachten sind (Befüllung, Information, Dokumentation).

Fazit

Mit der „ePA für alle“ kommt eine Vielzahl an Aufgaben auf Ärzte und Psychotherapeuten zu. Für diejenigen, die auch Kinder und Jugendliche zu ihren Patienten zählen, wird es zusätzliche Herausforderungen geben, sicher nicht immer, aber regelmäßig! Das dürften die vorherigen Ausführungen gezeigt haben.

Durch eine frühzeitige Befassung mit der Thematik lassen sich auch

schwierige Situationen in der Praxis gut bewältigen – so jedenfalls die Hoffnung. Und wenn dieser Artikel dazu einen Beitrag leisten kann, wäre das erfreulich!

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

Nach Redaktionsschluss

Ausnahmen für Kinder und Jugendliche geregelt

Inzwischen konnten auch offene Punkte bezüglich der ePA für Kinder und Jugendliche geklärt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat nach eigenen Angaben erreicht, dass Ärzte und Psychotherapeuten nicht verpflichtet sind, bei unter 15-Jährigen Daten in die ePA zu übermitteln, sofern dem erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen. Gleiches gilt, soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen vorliegen und die Befüllung der ePA den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Ärzte und Psychotherapeuten, die von diesem Recht Gebrauch machen, halten dies in ihrer Behandlungsdokumentation fest. Die KBV hat dazu in Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium am 16. April 2025 eine Richtlinie (siehe QR-Code) erlassen. Damit haben Ärzte und Psychotherapeuten Klarheit, dass sie in den genannten Fallkonstellationen keine Daten einstellen müssen, die das Kindeswohl gefährden könnten.

Quelle: KBV





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:

axentis.de/Georg J. Lopata (Seite 17), (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (Seite 4), Bayerisches Staatsministerium der Justiz (Seite 12), Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Seite 4), Kassenärztliche Bundesvereinigung (Seite 19), stock.adobe.com/L Ismail/peopleimages.com (Titelseite), stock.adobe.com/ASDF (Seite 2), stock.adobe.com/New Africa (Seite 2), stock.adobe.com/Ideenkoch (Seite 4), stock.adobe.com/stockpics (Seite 5), stock.adobe.com/refresh(PIX) (Seite 7), stock.adobe.com/Manuel Schönfeld (Seite 8), stock.adobe.com/Yakobchuk Olena (Seite 9), stock.adobe.com/beeboys (Seite 21), stock.adobe.com/Zerbor (Seite 22), stock.adobe.com/Racie Fotodesign (Seite 26), KVB/Nadine Stegemann (Seite 3), KVB (alle weiteren)



Gedruckt auf FSC®-
zertifiziertem Papier



www.blauer-engel.de/uz195

- ressourcenschonend und umweltfreundlich hergestellt
- emissionsarm gedruckt
- überwiegend aus Altpapier

RG4

Dieses Druckerzeugnis
ist mit dem Blauen Engel
ausgezeichnet.

