

Der elektronische Heilberufsausweis (*eHBA*) für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich unter besonderer Beachtung der Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Problematik



Eine Analyse
& Information des BMVZ e.V.
Stand: 12. Oktober 2020

**Bundesverband Medizinische Versorgungszentren –
Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.
BMVZ e.V.**
Schumannstraße 18
10117 Berlin

Kontakt:

BMVZ-Geschäftsstelle
buero@bmvz.de

Tel.: 030 – 270 159 50
Fax: 030 – 270 159 49
www.bmvz.de

Inhaltsübersicht

Seite 2
eHBA: unabdingbar für die Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten

Seite 3
Fristen und Termine

Seite 4
Verhältnis von SMC-B und eHBA

Seite 4
Arzt-individuelles Antragsverfahren

Seite 5
Finanzierung

Seite 6
Was bedeutet die eHBA-Einführung für Arbeitgeber angestellter Ärzte?

Seite 8
Sanktionen

(1) Der eHBA: unabdingbar für die Vertragsärzte

Spätestens mit der Verpflichtung, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung elektronisch (eAU) auszustellen, wird im Rahmen des Ausbaus der Telematikinfrastruktur (TI) der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) in Deutschland zwingend erforderlich für die Praxisarbeit eines jeden an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes. Gleiches gilt für die vertragszahnärztliche Versorgung sowie für alle Vertragspsychotherapeuten.



Zwar ist im August 2020 vom BMG auf entsprechende Forderungen der KBV die Einführung der eAU vom 1. Januar 2020 nach hinten verlegt worden, und die Einsatzverpflichtung des eHBA galt ohnehin erst ab Januar 2022. **Das ändert aber nichts daran**, dass sich alle ambulanten Psychotherapeuten und (Zahn-)Ärzte, respektive ihre Arbeitgeber zeitnah mit dem eHBA beschäftigen müssen.

Er ist im Kontext der Telematikinfrastruktur so etwas wie der Hauptschlüssel zur elektronischen Patientenakte (ePA), inklusive des Notfalldatensatzes (NFDm), sowie für das sichere Übermitteln patientenbezogener Daten an weitere TI-Anwender (bspw. Krankenkassen, Apotheken). Seine zentrale Funktion ist die qualifizierte Signatur, mit der Ärzte Verordnungen (eRezept), Medikationspläne (eMP) und Arztbriefe nachweislich unterzeichnen. Nutzbar ist er auch für die Authentifizierung der Onlineabrechnung gegenüber der KV und für ähnliche Verfahren.

Primäre Rechtsgrundlage für die Notwendigkeit des Vorhaltens des eHBA ist § 291a Absatz 5 SGB V; alle weiterführenden rechtlichen Rahmenbedingungen und Grundlagen der TI hat das Bundesgesundheitsministerium ([LINK](#)) übersichtlich aufgelistet.

Für den Anfang gilt die Notwendigkeit, einen eHBA zu besitzen, nur für Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung. D.h. Privatärzte oder reine Krankenhausärzte können den Ausweis beantragen, müssen aber nicht. Ambulant tätige Mediziner brauchen jedoch – in Abhängigkeit der gesetzlichen Vorgaben und Fristen zu eAU, eRezept und ePA – künftig einen eHBA, um ihren vertragsärztlichen Pflichten nachzukommen.

Alle Vorgaben gelten für Vertragsärzte wie für angestellte Kollegen, für Viertelärzte wie für Kollegen, die ausschließlich Vertretungen im ambulanten Bereich übernehmen. Es ist – nach heutiger Lage - davon auszugehen, dass der 01.01.2022 der späteste Stichtag ist, an dem alle Ärzte, die in irgendeiner Form vertragsärztlich tätig sein wollen, einen eHBA benötigen. Insbesondere für den kurzfristigen oder gar spontanen Einsatz von Krankenhausärzten im ambulanten Bereich stellt damit der eHBA künftig neben der Eintragung ins Arztregister eine zusätzliche zeitliche (Verfahrensdauer) und finanzielle (Ausstellungskosten) Hürde dar.

Als personengebundener Sichtausweis wird der eHBA regelhaft bei der zuständigen Landesärztekammer (Landeszahnärztekammer/Landespsychotherapeutenkammer) online beantragt. Hergestellt und ausgegeben wird er von sogenannten Vertrauensdiensteanbietern. Dadurch verursacht der neue eArzttausweis, anders als die papierne Variante, Kosten, die zudem deutlich höher liegen als für vergleichbare Signaturkarten, die derzeit von Heilberuflern genutzt werden (können). Begründet wird dies mit dem erhöhten technischen Aufwand für die hochwertige eSignatur, die es Ärzten künftig auch über ihre berufliche Tätigkeit hinaus ermöglichen soll, rechtssichere Unterschriften digital zu leisten.

Zusätzlicher Mehrwert für Ärzte ist, dass der eHBA auch bei Jobwechseln über Kammergrenzen hinweg gültig bleibt. Die Ummeldung wird auf der Karte dann elektronisch vollzogen, sobald der Kammerwechsel angezeigt wurde.

(2) Fristen & Termine

Wie insgesamt bei der Digitalisierung ist auch bei den Fristen eine auffällige Verwirrung vorherrschend. Jedenfalls ist es keine einfache Recherche herauszufinden, wann der eHBA nun zwingend vorhanden sein muss. Im Wesentlichen hängt diese Frist wohl davon ab, wann die Nutzung der Komponenten, die seinen Einsatz unabdingbar machen, verpflichtend ist.

Für die Vertragsärzte steht hier vor allem die eAU im Vordergrund. Sie sollte ursprünglich ab dem 1. Januar 2021 elektronisch vom Arzt an die Kasse übermittelt werden müssen. Nach einem geschlossenen Protest aller KVen in diesem Sommer und der Einsicht, dass es wohl tatsächlich unmöglich sei, bei allen Ärzten rechtzeitig alle Komponenten zum Laufen zu bringen, wurde medienwirksam vom BMG zugestimmt, diese Frist auf das vierte Quartal 2021 nach hinten zu verlegen.

Nicht so präsent war in den Medien allerdings die Einschränkung, dass auch der GKV-Spitzenverband dieser Verzögerung zustimmen musste, was er nicht tat. Naturgemäß haben die Kassen ein großes Interesse, die eAU schnellstmöglich zu starten, da sie am meisten davon profitieren.

Auch wenn sich das im Moment nicht 100% verifizieren lässt, scheint der GKV-Spitzenverband einer Verschiebung nur bis zum 30. Juni 2021 zugestimmt zu haben. Damit müssten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ab dem dritten Quartal 2021 von allen Praxen und MVZ elektronisch übermittelt werden. Dafür ist wiederum der eHBA zwingende Voraussetzung.

Eigentlich. Gleichzeitig bleibt zu bedenken, dass es an anderen Stellen bisher hieß, der eHBA müsse bei jedem Arzt spätestens zum 1.1.2022 einsatzfähig sein – also deutlich später. Dieser offensichtliche Widerspruch - der noch größer ausfällt, betrachtet man das ursprüngliche Einführungsdatum der eAU, den 1.1.2021 – lässt sich vermutlich mit folgendem Nebensatz aus einem Ärzteblattartikel vom 30. Juli 2020 zur eAU erklären.

„Für die sichere Übermittlung benötigen Ärzte zudem einen Dienst für Kommunikation im Medizinwesen (KIM) sowie spätestens ab Januar 2022 für die Signatur einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). Übergangsweise kann bis dahin bei fehlender Verfügbarkeit des eHBA mit der sogenannten SMCB-Karte signiert werden.“

Quelle: www.aerzteblatt.de/nachrichten/115181/Ministerium-erlaubt-uebergangsfristen-fuer-elektronische-arbeitsunfaehigkeitsbescheinigung

In der Gesamtbetrachtung ist davon auszugehen, dass diese Übergangsregelung zur Nutzbarkeit der SMC-B auch greift, wenn vom GKV-Spitzenverband der 1. Juli 2021 als Start für die eAU durchgesetzt wird. Wir vermuten auch, dass ein solcher ersatzweiser Einsatz der Institutskarte auch bei der Befüllung der ePA angedacht ist, die Ärzte ja ab dem 1.1.2021 vornehmen können sollen. Derzeit ergeben sich daher nach unserem Kenntnisstand folgende Vorgaben:

eAU →

verpflichtend ab Juli 2021

(darf bis Januar 2022 auch mit SMC-B authentifiziert werden)

eRezept →

Einführung im Sommer 2021 | verpflichtend ab Januar 2022

ePA →

ab 01/2021 müssen Kassen eine anbieten und Ärzte können sie mit aktuellen Daten füllen | bis Juni 2021 müssen Ärzte den Nachweis erbringen, dass sie über die erforderlichen Komponenten und Dienste zum Zugriff auf die ePA verfügen



In diesem Kontext derzeitig verbindliche Aussagen zu erhalten, hat sich allerdings als außerordentlich schwierig erwiesen. Bitte erkundigen Sie sich gegebenenfalls bei Ihrer KV und Kammer. Ein früherer Einsatz der eHBA ist im Übrigen – ungeachtet der hier erfolgten Auslotung der äußeren Grenzen - jederzeit möglich.

(3) Verhältnis von eHBA und SMC-B

Da das Vertrauensdienstegesetz verlangt, dass der eHBA grundsätzlich in alleiniger Kontrolle des Ausweisinhabers verbleibt, ist eine Nutzung durch Dritte – wie dem Praxispersonal – nicht vorgesehen, bzw. nicht zulässig. Deshalb korrespondiert der eHBA mit der SMC-B-Karte, die direkt dem Konnektor zugeordnet ist und es – abgesehen von der qualifizierten elektronischen Signatur – dem Praxispersonal ermöglicht, im Auftrag des Arztes Funktionen des eHBA auszuführen, bzw. zu veranlassen.

Die SMC-B-Karte (*Security Mobile Card – Betriebsstätte*) wird daher auch ‚Institutskarte‘ genannt. Mit dieser weist sich die jeweilige Arztpraxis als TI-Teilnehmerin aus und ist in der Folge auch berechtigt, z.B. Patientendaten der elektronischen Gesundheitskarte auszulesen. Aufgrund der bereits seit 2019 bestehenden Verpflichtung, das Versichertenstammdatenmanagement (VDSM) durchzuführen, dürften alle Praxen bereits über eine (bzw. mehrere) SMC-B verfügen. Sie sind jedoch ebenfalls höchstens fünf Jahre gültig, da dann die Sicherheitszertifikate ablaufen. Der SMC-B muss im Kontext der neuen Anwendungen jedoch nicht vorfristig erneuert werden.

Die beiden Ausweise - SMC-B als standortgebundener Praxisausweis und der eHBA als personengebundener Artausweis – haben, genau wie die analoge BSNR und die LANR, unterschiedliche Aufgaben. Die SMC-B wird immer dann benutzt, wenn etwas im Namen der Praxis geschieht, z.B. das Lesen der administrativen Daten der eGK bei der Anmeldung. Der eHBA hingegen führt persönliche Zugriffe auf die eGK aus, wenn dies vorgeschrieben ist, und kennzeichnet diese. So unterschreibt beispielsweise der Arzt/Psychotherapeut mittels des eHBA einen Notfalldatensatz persönlich, um die Verantwortlichkeit für dessen Richtigkeit festzuhalten. Das Anlegen des Notfalldatensatzes auf der eGK selbst kann dagegen durch die MFA mittels der SMC-B erfolgen.

(4) Individuelles Antragsverfahren

Da also viele digitale Anwendungen künftig verpflichtend erbracht werden müssen, gilt im Umkehrschluss, dass jede vertragsärztlich tätige Person – ausnahmslos auch in MVZ und BAGs - gezwungen ist, den eHBA für sich zu beantragen, um dieser Verpflichtung zumindest theoretisch nachkommen zu können. Dies kann auch nicht vom MVZ als Arbeitgeber oder von dessen Ärztlichem Leiter übernommen werden. Es handelt sich vielmehr um ein vollständig individualisiertes Antragsverfahren, das jeder Zahnarzt/Arzt/Psychotherapeut aufgrund der hohen Identifikationsvorgaben höchstselbst erledigen muss.



Für Arbeitgeber angestellter Ärzte stellt sich damit nicht nur die Finanzierungsfrage, sondern auch die nach der Aufklärung und Motivation der angestellten Kollegen, sich um den eHBA zu kümmern.

Produziert werden die kostenpflichtigen Ausweiskarten der zweiten Generation von derzeit vier zugelassenen Anbietern: Bundesdruckerei, medisign, SHC Stolle/Atos, T-Systems. Adressat der Beantragung sind aber die Landesärztekammern, bzw. ihre Entsprechungen für die Zahnärzte und Psychotherapeuten. Alternativ können in einigen Kammerbezirken auch direkt die jeweiligen Antragsportale der Anbieter genutzt werden. Die Zuständigkeit richtet sich dabei prinzipiell nach der Lage der Arbeitsstätte; nur für Ärzte/Psychotherapeuten ohne Tätigkeit gilt wie bei der Kammermitgliedschaft generell das Wohnortprinzip.

Die meisten Kammern halten einen Online-Bestellvorgang auf ihren Internetseiten vor und führen ihre Mitglieder durch den nicht ganz einfachen Antragsprozess. Allerdings haben die Recherchen gezeigt, dass teils sehr unterschiedliche Masken verwendet werden, so dass eine zusammenfassende Darstellung hier nicht leistbar ist. Wichtige Begrifflichkeiten während des Anmelde-

vorgangs lauten Vorgangsnummer (die seitens des Kartenherstellers an die Antragsperson gegeben wird, um eine Weiterbearbeitung des Antrags im Verlauf sicherzustellen) und Telematik-ID (eindeutig zuzuordnende Nummer des Karteninhabers, die die Zugriffsrechte generiert). Zudem ist allen Verfahren gemeinsam, dass zum Antragsprozedere grundsätzlich eine zusätzlicher Identitätsnachweis gehört, und dass für die eigentliche Produktion zwei bis drei Wochen nach Antragstellung einzuplanen sind.

Als Identitätsnachweis wird ohne Ausnahme das persönliche Erscheinen des Arztes bei der Identifikationsstelle verlangt. Am gängigsten ist das PostIdent- sowie das KammerIdent-Verfahren. Welche Verfahren konkret möglich sind und welche Bedingungen (z.B. Voranmeldung, Buchung konkreter Terminslot) dafür gelten, ist von Kammer zu Kammer verschieden.

Die Vertrauensdiensteanbieter sind im Rahmen der Vorgaben des SGB V berechtigt, individuell festzulegen, wann und in welcher Höhe Kosten für den eHBA anfallen und welche Gültigkeitsdauer dieser hat, wobei diese aufgrund der Sicherheitsanforderungen an die Signatur längstens fünf Jahre betragen kann. Dementsprechend variiert die Vertragslaufzeit des eHBA ebenso wie die Kosten zwischen den vier Anbietern.

Nachfolgend finden Sie eine kurze Übersicht (Stand September 2020). **CAVE!** Trotz sorgfältiger Recherchen übernehmen wir für die aufgelisteten Konditionen keine Gewähr.

	Bundesdruckerei	Medisign	SHC Stolle/Atos	T-Systems
Laufzeit	5 Jahre	mind. 2 Jahre, max. 5 Jahre	mind. 2 Jahre, max. 5 Jahre	mind. 2 Jahre, max. 4 Jahre
Kosten (inkl. MwSt.)	410,27 € einmalig	100 € p.a., plus 34 € einmalige Bereitstellung	23,99 € je Quartal bzw. 95,96 € p.a.	26,70 € je Quartal bzw. 427,20 € einmalig

(5) Finanzierung

Der eHBA ist – so der Plan des Gesetzgebers - in Zukunft eine unverzichtbare Komponente der TI. Per Gesetz sind die Krankenkassen verpflichtet, die finanziellen Kosten der Anbindung der Praxen an die TI zu übernehmen. Dass das nie vollständig erfolgt, ist ebenso frustrierend wie allgemein bekannt. Dieses Prinzip gilt leider auch für den eHBA. Formell heißt es, dass die Kosten für den eHBA anteilig in die TI-Pauschalen mit eingerechnet wurden (*was immer das heißen soll*). Zusätzlich erhält jede Praxis je Quartal und Ausweis 11,63 € erstattet, was einem Jahressatz von 46,52 € entspricht. Bei Kosten von rund 100 € per anno und Ausweis handelt es sich folglich um eine etwa hälftige Refinanzierung.

Positiv ist aber immerhin, dass die Anzahl der erstattungsfähigen eHBAs je Praxis nicht begrenzt ist. D.h. das MVZ erhält die Quartalspauschale genau so oft, wie es angestellte Ärzte (*gemessen an der Kopfzahl*) beschäftigt. Jedenfalls lässt sich aus den Regularien nichts Anderes ableiten.

§ 7 TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ärzte)

(3) Die Betriebskosten der Vertragsarztpraxis gemäß § 3 Absatz 1 lit. g. werden durch Zahlung einer Betriebskostenpauschale gemäß der Anlage 2 dieser Vereinbarung quartalsweise je HBA-Smartcard erstattet.

(4) Ein Anspruch auf Zahlung der Betriebskostenpauschalen nach Absatz 1 bis 3 besteht ab dem Quartal der erstmaligen Nutzung der Anwendung gemäß § 291 Absatz 2b Satz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte. Der Anspruch endet im Quartal der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Vertragsarztpraxis.

Finanziell ‚gefördert‘ wird dabei über die Quartalsabrechnung der KV die Praxis/das MVZ. Aufgrund der Personenbezogenheit ist jedoch Zahlungsverpflichteter und Rechnungsempfänger für

die eHBA der einzelne Arzt – teils auch noch über seine Privatanschrift, da einzelne Kammern aufgrund von nicht näher benannten Unsicherheiten das Antragsverfahren nur über die Privatadresse der Ärzte abwickeln.



In der Folge entsteht hier ein dreifaches Spannungsfeld. Zum Ersten grundsätzlich wegen der Differenz zwischen Kosten und Erstattung. Zum Zweiten zwischen angestelltem Arzt und Praxisinhaber, darüber wem, wie und wann die Erstattung zusteht, verbunden mit der kaum aufzulösenden Frage, wer eigentlich genau den Nutzen der eHBA hat: *Arzt oder MVZ?* Zum Dritten bezüglich der Frage, was mit den Kosten passiert, wenn ein angestellter Arzt die Arbeitsstelle wechselt. Nicht geregelt ist zudem die Kostenerstattung für den eHBA von Ärzten, die nicht zur Praxis gehören, diesen aber benötigen, weil sie z.B. Vertretungen übernehmen.

Diese Frage bestehen auch deshalb, weil diesbezügliche besondere Fragen kooperativer Versorger bei der Etablierung der Prozesse durch die Selbstverwaltungspartner und die Gematik augenscheinlich keinerlei Rolle gespielt haben. Oder, wie das Westfälische Ärzteblatt (*hier nur beispielhaft angeführt*) in seiner Oktoberausgabe schreibt: „Für angestellte Ärzte und Ärztinnen ist es die Frage einer individuellen Vereinbarung, ob der Arbeitnehmer die Kosten übernehmen wird.“

(6) Was bedeutet die eHBA-Einführung für Arbeitgeber angestellter Ärzte?

In der Konsequenz ist es insbesondere für größere Kooperation, die mit angestellten Ärzten arbeiten, unabdingbar, sich praxisindividuell mit der Frage zu befassen, wie man sich bezüglich des eHBA positioniert und welche Angebote hier gegebenenfalls den angestellten Medizinern gemacht werden oder eben nicht.

Denn obwohl es sich in der Gesamtbetrachtung – insbesondere auch aus Arztsicht - bei rund 450 € auf einen Fünfjahreszeitraum eher um Peanuts handelt, ist das ganze Thema geeignet, in den nächsten Monaten zum betriebsinternen Sprengstoff zu werden, weil die ‚normalen‘ Zuständigkeitsgrenzen zwischen Arzt und Arbeitgeber durch die Umstände völlig eingerissen werden. Gerade an der Schnittstelle angestellter Arzt und MVZ als Arbeitgeber dürfte der eHBA daher ein eher sensibles Thema sein.

Mögliche Argumente der Ärzte:

- *Das MVZ muss den eHBA bezahlen, denn es erhält ja auch die Erstattung.*
- *Das MVZ will ja, dass ich den Ausweis habe, muss sich also auch kümmern.*
- *Ich brauche den Arztausweis ja nicht, sondern das MVZ/die Praxis.*
- *Ich bin doch angestellt, weil ich mich um solchen Kram gar nicht kümmern will.*
- *Das MVZ XY übernimmt die Kosten für den eHBA der Ärzte doch auch.*

Mögliche Argumente des MVZ/Praxisinhabers:

- *Der Arzt erhält die Rechnung, muss also auch zahlen.*
- *Es ist ja ein persönlicher Ausweis, den der Arzt als Nachweis braucht, nicht das MVZ.*
- *Die Quartalspauschale von 11,63 € wird die Sicherstellung der Funktionstüchtigkeit der Infrastruktur, nicht für die Karte bezahlt.*
- *Wir könnten als Prämie/Leistungsbestandteil vereinbaren, die Kosten zu tragen.*
- *Der Ausweis gehört zu den ärztlichen Berufspflichten.*

Soweit wir das bisher überblicken, gibt es für dieses Problem keine klare Lösung. Es bleibt aber zu vermuten, dass die Entwicklung darauf hinauslaufen wird, dass zunehmend erwartet werden wird, dass sich die MVZ als Arbeitgeber mit dem Thema an sich befassen und vor allem auch die Kosten tragen. Also kann es nur darum gehen, möglichst intelligente Lösungen zu suchen. Ein sicherer Fehler wäre dementsgegen, die Frage einfach laufen zu lassen.

Denkbar ist, bevor das Thema im MVZ virulent wird, eine klare Information herauszugeben, dass das MVZ es derzeit für noch nicht sinnvoll hält, die eHBA zum Einsatz zu bringen und deshalb empfohlen wird, mit der Beantragung zu warten, bis die wirkliche Verpflichtung zeitlich näher rückt. Natürlich verbunden mit der Verantwortung, diese Prozesse dann auch wirklich seitens der Leitung so im Auge zu behalten, dass hier keine Fristen verpasst werden. Auf diese Art könnte das ‚Problem‘ vertagt werden, bis sich die Lösungen anderswo herauskristallisieren.

Kommt das für Sie nicht in Betracht, scheint es sinnvoll, sich mit den unterschiedlichen Laufzeitmodellen der vier zugelassenen Anbieter zu befassen. Wenn das MVZ die Kosten eh übernehmen muss, ist es dann wegen der hohen Fluktuation besser, nur ein 2-Jahres-Modell zu wählen? Oder würde das Vertrauen, das gerade über eine lange Vertragsdauer zum Ausdruck käme, die Bindung der Ärzte zum MVZ positiv beeinflussen? Wählt man die rabattierte Einmalzahlung oder das Abo-Modell, was den Ausstieg erleichtert, wenn der Arzt doch kündigt?

Wer zahlt, entscheidet. Es scheint daher legitim, dass das MVZ den Ärzten, wenn es die Kosten übernimmt, vorgibt, welchen Anbieter sie mit welchen Konditionen wählen sollen. Allerdings bleibt das – wie oben beschrieben – ein individuell von den Ärzten auszuführender Prozess. Folglich bedarf es klarer, sinnvollerweise schriftlicher Absprachen zu Kostenübernahme und Vertragsbedingungen. Dem Arzt kann auch grundsätzlich nicht die Freiheit genommen werden, sich anders zu entscheiden; es liegt daher im Interesse des MVZ, transparent klarzustellen, unter welchen Bedingungen Kosten übernommen werden und wann nicht.

Zusätzlich unklar wird die Problematik dann bei Arztwechseln, wenngleich davon auszugehen ist, da ja der Arzt persönlich die Vertragsvereinbarung mit dem Vertrauensanbieter abschließt, dass im Falle einer Kündigung die Zahlungsverpflichtung auch bei ihm verbleibt. In jedem Fall sollte bei einer Kostenübernahmeerklärung, die das MVZ als Arbeitgeber eventuell abgibt, eine vorsorgliche Regelung für solche Fälle enthalten sein. Gleiches gilt künftig für die Frage, wenn Ärzte neu eingestellt werden und einen eHBA bereits ‚mitbringen‘.

Vielleicht drücken Sie den Ärzten Ihren Respekt aber auch am besten aus, indem sich die Leitung gar nicht in den Antragsprozess einmischt; dafür aber pauschale Erstattungssätze unabhängig vom gewählten Anbieter und Laufzeitmodell vorsieht? Möglicherweise ist es auch sinnvoll, wenn Sie eine schnelle Digitalisierung anstreben oder z.B. im frühzeitigen Angebot, die ePA zu befüllen (*ab Januar 2021 mit 10 € gefördert*) einfach einen strategischen Vorteil sehen, die Ärzte zusätzlich direkt oder indirekt für eine möglichst frühe Antragstellung zu motivieren?

Und was ist mit Ärzten, die das ganze Thema trotz all Ihrer Bemühungen ignorieren? Es wird in nicht allzu ferner Zeit der Punkt kommen, an dem der eHBA eine zwingende Voraussetzung für die vertragsärztliche Tätigkeit ist. Ihn zu besitzen, gehört dann zu den berufsrechtlichen Pflichten. Damit haben MVZ und Praxen arbeitsrechtliche Disziplinarmöglichkeiten, wenn – wie grundsätzlich empfohlen - die Klauseln zur Einhaltung des Berufsrechts im Arbeitsvertrag, sauber formuliert, enthalten sind. Stimmungstechnisch werden solche Maßnahmen naturgemäß allerdings wenig hilfreich sein.

Es muss daher – neben der Finanzierungsfrage – im Interesse des MVZ liegen, alle angestellten Ärzte im Besonderen über die Digitalisierung und deren praktischen Nutzen aufzuklären, was voraussetzt, dass sich jemand explizit mit diesem Thema befasst. Wofür ist der eHBA gut? Wann sind seine Anwendungen verpflichtend? Welchen Nutzen stiften eRezept oder eAU? Und muss ein Arzt den Ausweis auch haben, wenn er weiterhin alles weitestgehend analog macht? (*Die Antwort lautet klar: Ja.*)

Unabhängig von der Frage, ob hier bei einzelnen Anwendungen Fristen noch einmal verschoben werden: Die Zeit ohne ‚e‘ wird nicht zurückkommen und der eHBA daher zwangsläufig zu d-e-m Schlüssel, den Ärzte und Psychotherapeuten brauchen, um in den neuen Rahmenbedingungen eine tragende Rolle einzunehmen.



Auch wenn daher noch einige Monate Luft ist, bevor es zeitlich eng wird, sollten Inhaber und MVZ-Leiter bereits jetzt über eine Strategie nachdenken, wie sie mit den aufgeworfenen Fragen umgehen: *Der Elefant steht bereits im Raum und wird auch nicht mehr weggehen.*

(7) Sanktionen sind im Übrigen auch vorgesehen.

Im TSVG vom Mai 2019 ist geregelt, dass wer nicht fristgerecht am elektronischen Übermittlungsverfahren teilnimmt, mit Sanktionen, die regional von der KV festzulegen sind, rechnen muss. Infrage kommen Geldstrafen, Disziplinarverfahren bis hin zum Zulassungsentzug. Letzteres wird vor allem deshalb diskutiert, da das Ausstellen der AU zum ‚Kerngeschäft‘ des Vertragsarztes gehört. Wenn dieser aufgrund fehlender Infrastruktur die formalen Rahmenbedingungen dafür nicht erfüllen kann, also Teilen seines Versorgungsauftrages nicht nachkommt, müsse ihm die Zulassung entzogen werden.

Im PDSG, das am 18. September als letzte Hürde den Bundesrat passiert hat, aber noch nicht in Kraft gesetzt wurde, ist – in Wiederholung einer Vorschrift, die ähnlich auch schon im DVG vom November 2019 enthalten war - vorgegeben, dass es ab Juli 2021 zu einer einprozentigen Honorarkürzung kommt, wenn die für die ePA vorzuhaltenden Komponenten und Dienste fehlen und keine ePA-Befüllung mit Patientendaten erfolgen könnte. Hierbei geht es um die theoretische Verpflichtung, die ePA füllen zu können. Nicht darum, ob das ein Arzt auch tatsächlich macht. Inwieweit der eHBA hier neben KIM und KomLe zu den notwendigen Komponenten zählt, ist nicht ganz klar. Zumindest ist es aber sehr wahrscheinlich.

§ 341 Absatz 6 SGB V (neu mit dem PDSG)

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer haben gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass sie über die für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Dienste verfügen. Wird der Nachweis nicht bis zum 30. Juni 2021 erbracht, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent zu kürzen; die Vergütung ist so lange zu kürzen, bis der Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern. Die Kürzungsregelung nach Satz 2 findet im Fall, dass bereits eine Kürzung der Vergütung nach § 291b Absatz 5 erfolgt, keine Anwendung.

Auch Teil des PDSG ist die Vorschrift, dass SMC-B-Karten ab Inkrafttreten nur noch bei Nachweis des Vorliegens eines eHBAs des Antragsstellers (bei MVZ der Ärztliche Leiter) ausgestellt werden dürfen. Hier wurde also eine zusätzliche ‚Sicherung‘ für die flächendeckende Verbreitung des neuen Heilberufsausweise eingebaut.