



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

FACHPAPIER ELEKTRONISCHE ÜBERWEISUNG

INHALT

KONTEXT UND ZIELSETZUNG	3
Einführung	3

ÜBERWEISUNGSARTEN UND FOKUS DES PROJEKTES	5
Die Weiterentwicklung der Überweisung auf Muster 6	6
Mit- und Weiterbehandlung als dominierender Anwendungsfall der eÜberweisung	6

DIE eÜBERWEISUNG IN VERTRAGSARZTPRAXEN	8
Primärarztpraxis	8
Facharztpraxis	8
Patientinnen und Patienten	8

UMSETZUNG IN DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR	9
Zentraler Versorgungsfachdienst in der TI	9
Zugriff für die beteiligten Praxen	11

TERMINVEREINBARUNG	13
Terminvereinbarung mit der Praxis	14
Terminvermittlung durch die 116117	14
Terminvereinbarung durch die überweisende Praxis	14

WEITERE AKTEURE UND ROLLEN	15
Systeme zur digitalen Bedarfseinschätzung und medizinischen Ersteinschätzung	15
Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen	15
Ärztlicher Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen	15
Gesetzliche Krankenversicherungen	15

ERWEITERTE NUTZUNG DER INFRASTRUKTUR DER eÜBERWEISUNG	16
Nichtärztliche Gesundheitsberufe und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	16

NOTWENDIGE RECHTLICHE ANPASSUNGEN	16
--	-----------

KONTEXT UND ZIELSETZUNG

EINFÜHRUNG

Der Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung sieht die Einführung einer verbindlichen Primärarztversorgung vor, um den Zugang zur fachärztlichen Versorgung stärker zu steuern. Die eÜberweisung ist im Entwurf des Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDiG) als eines der zentralen digitalen Elemente dieses Systems vorgesehen. Mit der Primärarztversorgung würde die Überweisung über ihre bisherige Funktion als Instrument der Informationsübermittlung hinaus zusätzliche Steuerungsfunktionen übernehmen und Informationen zur Dringlichkeit der weiteren Behandlung enthalten. Damit würden Überweisung und Terminvermittlung enger miteinander verknüpft.

Parallel zum Gesetzgebungsverfahren beginnt die fachliche Ausgestaltung der eÜberweisung in der gematik. Dieses Papier beschreibt die Position der KBV zur Umsetzung der eÜberweisung im Kontext des GeDiG und der laufenden Arbeiten in der gematik.

In ihrem Positionspapier „Ambulant passgenau versorgt“ (Mai 2025) beschreibt die KBV, wie eine strukturierte und bedarfsgerechte Steuerung von Patientenströmen ausgestaltet werden kann, um Ressourcen effizient einzusetzen und die Versorgungsqualität langfristig zu sichern. Die eÜberweisung fügt sich in diesen Ansatz ein. Auch die Digitalstrategie der KBV „Digital und nah“ (Mai 2025) benennt digitale Unterstützung als einen wesentlichen Erfolgsfaktor für eine wirksame Patientensteuerung. Dabei suchen Patientinnen und Patienten nach Vorstellung der KBV zunächst grundsätzlich eine primärversorgende Praxis auf, die die weitere Behandlung koordiniert. Ausnahmen wie die Inanspruchnahme von augenärztlicher oder psychotherapeutischer Versorgung oder Leistungen der Früherkennung sowie Schutzimpfungen ohne Überweisung müssen gewährleistet bleiben. Der Zugang zur fachärztlichen Mit- und Weiterbehandlung erfolgt auf Grundlage einer ärztlichen Überweisung. Ergänzend soll die 116117 einschließlich ihrer digitalen Angebote (Web und App) insbesondere für Patientinnen und Patienten ohne feste hausärztliche Anbindung als zusätzlicher Zugang zur Versorgung dienen. Durch medizinische Ersteinschätzung und passgenaue Terminvermittlung sollen Patientinnen und Patienten schneller in die passende Versorgungsebene gelangen, was gleichzeitig Arztpraxen sowie Notaufnahmen entlastet.

Die Überweisung ist bereits heute ein zentrales Instrument der koordinierten und wirtschaftlichen Versorgung im vertragsärztlichen System. Sie setzt den Sicherstellungs- und Wirtschaftlichkeitsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung um und unterstützt eine abgestufte Patientensteuerung zwischen den Versorgungsebenen. Die eÜberweisung knüpft an diese bestehende Funktion an und überführt die Überweisung in die digitale Welt. Dabei ist sie eng mit den Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) verzahnt und baut auf den von der gematik spezifizierten TI-Komponenten auf. Gleichzeitig steht sie im Kontext der gesetzlichen Weiterentwicklungen rund um die elektronische Patientenakte (ePA). Unabhängig von ihrer technischen Umsetzung bleibt der Zweck der Überweisung weiterhin die Anbahnung eines Erstkontakts in einer fachärztlichen Praxis.

Aus vertragsärztlicher Perspektive bietet die eÜberweisung die Chance, den innerärztlichen Informationsaustausch durch die gezielte digitale Weitergabe von Informationen zu verbessern. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte des Formularlabors der KV Westfalen-Lippe, die die KBV hierzu befragt hat, sehen darüber hinaus folgende Vorteile:

- › Vergabe von Terminen nach medizinischer Dringlichkeit und damit Entlastung insbesondere hausärztlicher Praxen bei der Vermittlung dringender Termine
- › Übermittlung umfangreicher und besser strukturierter Informationen, etwa zu Fragestellungen, Vorbefunden und dem Behandlungsanlass
- › Ermöglichung des Zugriffs der überweisungsannahmenden Praxis auf die Überweisung bereits bei der Terminvereinbarung, um Fehlsteuerungen bei der Terminvergabe zu vermeiden

Dr. Matthias Döring, Hausarzt aus Münster:

„Die ePA ist zugemüllt mit irrelevanten Befunden. Mit der eÜberweisung muss die gezielte Übergabe von Informationen möglich sein.“

Karl Arne Faust, Hausarzt aus Detmold:

„Die Informationen, die ich derzeit auf dem Überweisungsformular mitgeben kann, sind sehr begrenzt. Mit der eÜberweisung sollte es möglich sein, auch umfangreichere Informationen zu transportieren.“

Damit die eÜberweisung den erwarteten Nutzen und die gewünschte Steuerungswirkung entfalten kann, sind drei Voraussetzungen zu erfüllen:

- › **Informationsverfügbarkeit:** Relevante Informationen müssen für die beteiligten Praxen einfach verfügbar sein. Dies betrifft sowohl die Überweisung selbst als auch die Rückübermittlung von Befunden.
- › **Transparenz:** Praxen benötigen die für die Versorgung relevanten Informationen zu all ihren Patientinnen und Patienten, um ihre Steuerungsfunktion wahrnehmen zu können.
- › **Verbindlichkeit:** Die eÜberweisung und die damit verbundene Patientensteuerung erfordern verbindliche Regeln für alle Beteiligten, also die beteiligten Praxen *und* die Patienten.

ÜBERWEISUNGSARTEN UND FOKUS DES PROJEKTES

In der vertragsärztlichen Versorgung werden unterschiedliche Überweisungsformulare für verschiedene Behandlungssituationen genutzt. Neben der klassischen Überweisung auf Muster 6 kommen beispielsweise gesonderte Formulare für Laborüberweisungen, die Früherkennung des Zervixkarzinoms oder das Konsiliarverfahren vor Aufnahme einer Psychotherapie zum Einsatz. Einen weiteren Sonderfall stellt die Einweisung ins Krankenhaus dar.

Grundsätzlich ist zwischen gerichteten und ungerichteten Überweisungen zu unterscheiden. Bei gerichteten Überweisungen, etwa Laborüberweisungen oder im Bereich der Früherkennung Zervix-Karzinom, steht die empfangende Einrichtung bereits fest. Für diese Arzt-zu-Arzt-Kommunikation existieren seit Jahren digitale Übermittlungswege. Bei ungerichteten Überweisungen wählen Patientinnen und Patienten die weiterbehandelnde Praxis selbst aus. Für diesen Anwendungsfall steht bislang keine technische Lösung zur Verfügung, die sowohl eine sichere Informationsübermittlung als auch die freie Arztwahl gewährleistet. Im Rahmen des gematik-Projekts eÜberweisung soll hierfür eine Lösung geschaffen werden.



Abb. 1: Fokus des Projektes eÜberweisung

Mit der Einführung einer Primärarztversorgung wird die Zahl der Überweisungen deutlich steigen. Derzeit werden jährlich rund 70 Millionen Überweisungen für Behandlungsfälle mit Arzt-Patienten-Kontakt ausgestellt. Auswertungen der KBV zeigen, dass diese Zahl auf etwa 170 Millionen Überweisungen pro Jahr ansteigen könnte. Bei der Berechnung wird davon ausgegangen, dass es Ausnahmen von der Überweisungspflicht für chronisch Erkrankte gibt, die einer dauerhaften fachärztlichen Versorgung bedürfen.

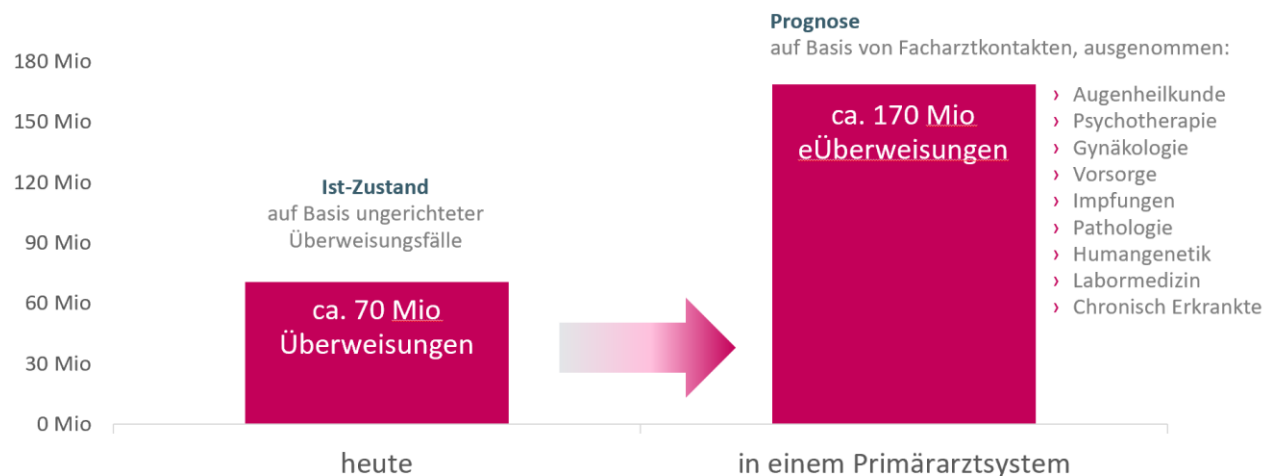


Abb. 2: Voraussichtliche Entwicklung der Anzahl der ungerichteten Überweisungen bei Primärarztversorgung

DIE WEITERENTWICKLUNG DER ÜBERWEISUNG AUF MUSTER 6

Mit der Überweisung auf Muster 6 werden heute unter anderem Angaben zum Versicherten, zur überweisenden Praxis, zu Diagnosen, Vorbefunden, zur Medikation und zum Behandlungsauftrag übermittelt. Die KBV wird die Inhalte des Formulars gemeinsam mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten überprüfen und an die aktuellen Anforderungen der Versorgung anpassen. Um auch zukünftig möglichst passgenau Terminvereinbarungen zwischen terminsuchenden Patienten und überweisungsannahmenden Praxen zu ermöglichen, muss dabei sichergestellt sein, dass Patientinnen und Patienten selbst den auf ihrer Überweisung vermerkten Überweisungsgrund beziehungsweise die medizinische Fragestellung einsehen können.

Wesentliche Bestandteile der Informationsübermittlung sind zudem Vorbefunde und Medikationspläne, die bislang in Papierform mitgegeben werden müssen. Um einen spürbaren Mehrwert für die Versorgung zu schaffen, müssen diese Informationen künftig niedrigschwellig und ohne zusätzlichen Aufwand für die Praxen digital übermittelt werden können.

MIT- UND WEITERBEHANDLUNG ALS DOMINIERENDER ANWENDUNGSFALL DER eÜBERWEISUNG

Die vertragsärztliche Überweisung kann zur Mit- und Weiterbehandlung, als Auftragsleistung, zur Konsiliaruntersuchung sowie zur stationären oder belegärztlichen Mitbehandlung erfolgen. Diese verschiedenen Anwendungsfälle müssen auch bei der Ausgestaltung der eÜberweisung berücksichtigt werden.

Bei den ungerichteten Überweisungen, die im Fokus des Projektes stehen, dominiert jedoch die Mit- und Weiterbehandlung. Auswertungen der KBV auf Basis von Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2024 zeigen, dass rund 82 Prozent der ungerichteten Überweisungen auf diesen Anwendungsfall entfallen. Auftragsleistungen machen knapp 16 Prozent aus; hiervon entfallen 78 Prozent auf die Radiologie. Konsiliaruntersuchungen sowie stationäre und belegärztliche Mitbehandlungen spielen zahlenmäßig eine untergeordnete Rolle.

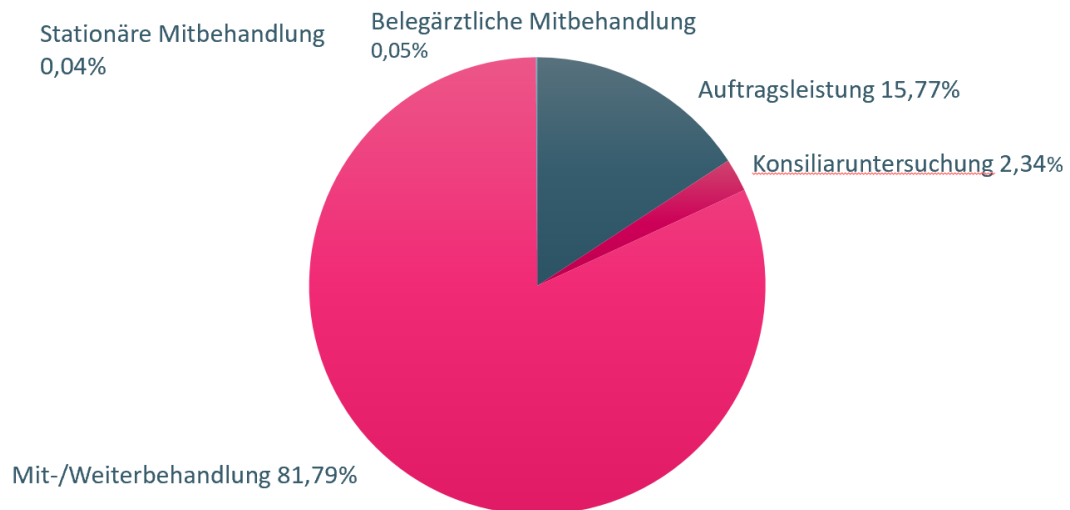


Abb. 3: Verteilung der Überweisungsarten (auf Basis von Abrechnungsdaten 2024)

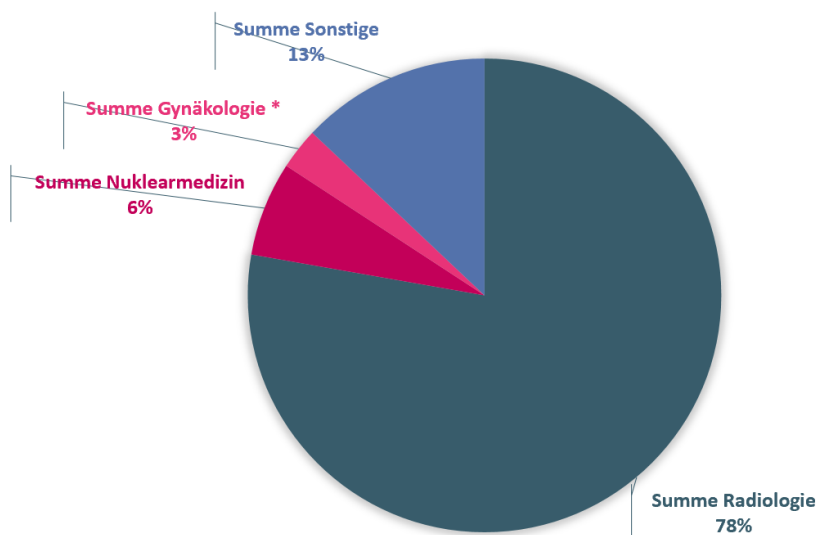


Abb. 4: Verteilung der Fachgruppen bei ungerichteten Überweisungen als Auftragsleistung (auf Basis von Abrechnungsdaten 2024)

DIE eÜBERWEISUNG IN VERTRAGSARZTPRAXEN

Die eÜberweisung dient der strukturierten Übermittlung von Patienteninformationen zwischen überweisender und überweisungsannahmender Praxis. Ärztliche eÜberweisungen werden von Ärztinnen und Ärzten ausgestellt, sie transportieren eine medizinische Fragestellung oder einen Auftrag und gegebenenfalls die damit verbundenen Begleitinformationen.

PRIMÄRARZTPRAXIS

Der Primärarzt stellt im Rahmen seiner steuernden Funktion eÜberweisungen aus, sofern eine fachärztliche Mit- und Weiterbehandlung medizinisch angezeigt ist. Hierbei dokumentiert er Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen, formuliert eine medizinische Fragestellung oder einen Auftrag, legt die Dringlichkeit und die Fachrichtung fest und schafft damit die Grundlage für die Terminvermittlung. Neben den strukturierten Angaben können Vorbefunde und weitere relevante Dokumente übermittelt werden. Welche Informationen der eÜberweisung beigefügt werden, entscheidet die überweisende Ärztin oder der überweisende Arzt auf Grundlage der medizinischen Erforderlichkeit. Die Verantwortung für die Auswahl der zur Weiterbehandlung erforderlichen Informationen verbleibt damit bei der behandelnden Praxis. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, ergänzende Hinweise in einem Freitextfeld zu hinterlegen. Die eÜberweisung als ärztliche Leistung wird mit dem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) signiert.

Während des gesamten Überweisungsprozesses kann die überweisende Praxis jederzeit den Bearbeitungsstatus der eÜberweisung einsehen. Nach Abschluss der Behandlung erhält sie den Befund als elektronischen Arztbrief per KIM-Nachricht zurück.

Dr. med. Christof Mittmann, Orthopäde und Unfallchirurg aus Münster:

„Eine qualifizierte Überweisung enthält vor allem eine konkrete medizinische Fragestellung, damit ich weiß, warum der Patient zu mir überwiesen wurde.“

FACHARZTPRAXIS

Die überweisungsannahmende Facharztpraxis kann die Inhalte der eÜberweisung einschließlich der Begleitdokumente bei Bedarf bereits im Zuge der Terminvereinbarung einsehen, um zu prüfen, ob eine passgenaue Versorgung angeboten werden kann. Mit der Terminvereinbarung wird die eÜberweisung dem Behandlungsfall zugeordnet und für weitere Terminbuchungen gesperrt. Nach Abschluss der Behandlung übermittelt die Facharztpraxis den fachärztlichen Befund per KIM an die überweisende Praxis und schließt den Vorgang über den Versorgungsfachdienst ab. Fachärztinnen und Fachärzte können Patientinnen und Patienten bei Bedarf an andere Fachgebiete weiterüberweisen. In diesem Fall übernehmen sie die Rolle einer überweisenden Praxis und verfügen über die gleichen Funktionen und Rechte wie eine Primärarztpraxis.

Die Entscheidung über die Einbindung nichtärztlichen Praxispersonals in die Prozesse rund um die eÜberweisung und die Terminvereinbarung liegt im Rahmen der Organisationsfreiheit in ärztlicher Verantwortung.

PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Patientinnen und Patienten sind zentrale Akteure im Prozess der eÜberweisung und haben die Kontrolle über deren Nutzung im weiteren Versorgungsprozess. Sie können die Inhalte der eÜberweisung einschließlich der Begleitdokumente einsehen und diese zur digitalen, telefonischen oder persönlichen Terminvereinbarung oder Inanspruchnahme einer weiterführenden Behandlung nutzen.

Solange eine eÜberweisung noch nicht eingelöst wurde, kann sie durch die oder den Versicherten gelöscht werden. Dies ist in der eÜberweisungsliste erkennbar. Eine inhaltliche Bearbeitung der eÜberweisung ist

für Patientinnen und Patienten nicht möglich. Diagnosen, Dringlichkeitsangaben, medizinische Fragestellungen oder Begleitdokumente können sie weder ergänzen noch verändern.

UMSETZUNG IN DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR

ZENTRALER VERSORGUNGSFACHDIENST IN DER TI

Die KBV hat sich gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Januar 2026 für die Etablierung eines Versorgungsfachdienstes in der Telematikinfrastruktur (TI) ausgesprochen. Dieser soll medizinische und administrative Versorgungsdaten sektorenübergreifend sicher, schnell und einheitlich bereitstellen. Für die eÜberweisung ergeben sich insbesondere die folgenden Anforderungen:

Zentrale Speicherung der überweisungsbegleitenden Unterlagen direkt auf dem Versorgungsfachdienst

Die eÜberweisung wird gemeinsam mit den für die Weiterbehandlung erforderlichen Begleitdokumenten (z. B. Befunden) über die TI auf dem Versorgungsfachdienst bereitgestellt. Die überweisungsannahmende Praxis erhält dadurch alle relevanten Informationen zentral an einem Ort und kann sich bereits mit der Terminbuchung und somit vor dem Behandlungskontakt ein vollständiges Bild des Behandlungsanlasses verschaffen.

Exkurs: Nutzung des Versorgungsfachdienstes versus der elektronischen Patientenakte (ePA)

- › Praxen stellen Befunde entsprechend der gesetzlichen Vorgaben in die ePA ein, sofern der Patient dem nicht widerspricht. Die Bereitstellung dieser Dokumente als Begleitinformation zur eÜberweisung ist davon unberührt.
- › Die ePA eignet sich nicht als Grundlage für die verlässliche Durchführung des Überweisungsprozesses. Als versichertengeführte Akte kann ihre Nutzung eingeschränkt oder vollständig abgelehnt werden.
- › Versicherte können in der ePA Dokumente löschen, ausblenden oder Zugriffsrechte einschränken. Zudem ist ein Zugriff auf die ePA häufig erst beim Praxiskontakt (Stecken der elektronischen Gesundheitskarte) möglich.
- › Eine Umsetzung der eÜberweisung ausschließlich über die ePA würde daher das Ziel eines verbesserten Informationsflusses, der Verfügbarkeit relevanter Informationen für alle Patientinnen und Patienten und einer einheitlichen Prozessgestaltung verfehlen.

Übermittlung der Behandlungsergebnisse der überweisungsannahmenden Praxis

Die Ergebnisse der Behandlung werden weiterhin über die etablierten Kommunikationswege in Form eines elektronischen Arztbriefes per KIM direkt an die überweisende Praxis übermittelt. Dies ist möglich und sinnvoll, weil es sich auf dem Rückweg um eine gerichtete Kommunikation handelt, da der Empfänger der Information bekannt ist.

Unabhängig davon meldet die überweisungsannahmende Praxis über den Versorgungsfachdienst zurück, dass der Behandlungsfall abgeschlossen wurde. Der synchrone Versand des elektronischen Arztbriefes per KIM und die Statusmeldung im Versorgungsfachdienst sollen durch das Praxisverwaltungssystem unterstützt werden. Für Versicherte wird der Arztbrief zusätzlich automatisiert in der ePA bereitgestellt, soweit dieser beziehungsweise dem Einstellen des Dokuments nicht widersprochen wurde.

Zentrale Bereitstellung einer eÜberweisungsliste

Für die Primärarztpraxis stellt eine Übersicht aller eÜberweisungen einer Patientin oder eines Patienten, die oder der sich in Behandlung befindet, eine wichtige Grundlage für die Koordination und Steuerung der Behandlung dar. Auch mit- und weiterbehandelnde Facharztpraxen können hieraus relevante Informationen zum bisherigen Behandlungsverlauf gewinnen. Ebenso können Doppelinanspruchnahmen hierdurch vermieden werden.

Die eÜberweisungsliste (eÜL) wird automatisiert aus dem Versorgungsfachdienst erzeugt und enthält insbesondere die folgenden Informationen:

- › Wann wurde der Patient zu welchem Fachgebiet überwiesen?
- › Welche Befunde wurden von der überweisungsannehmenden Praxis im Zusammenhang mit der Überweisung erstellt?
- › Welchen Status hat die Überweisung aktuell (z. B. „offen“ oder „in Behandlung“)?

Verbindliche eÜberweisungsliste außerhalb der ePA

Die KBV fordert, dass die eÜL für alle Patientinnen und Patienten verfügbar ist. Alle am Behandlungsprozess beteiligte Praxen benötigen Zugang zu einer kompakten und verlässlichen Übersicht des Status der eÜberweisungen für alle Patientinnen und Patienten.

Eine Speicherung der eÜberweisungsliste ausschließlich in der ePA wäre hierfür ungeeignet, da die eÜL dann nur für Versicherte mit aktiver ePA verfügbar wäre. Zudem darf die eÜL aus Sicht der KBV weder gelöscht noch verschattet werden können, damit sie ihre Funktion als Übersicht erfolgter und wahrgenommener Überweisungen aller Patientinnen und Patienten erfüllen kann.

Synchronisation zwischen eÜberweisung auf dem Versorgungsfachdienst und 116117-Terminservice

Die eÜberweisung enthält die Informationen, die für eine gezielte Terminvereinbarung erforderlich sind. Die Verfahren zur Terminvereinbarung werden durch die eÜberweisung nicht verändert. Bestehende Wege der Terminvereinbarung (telefonisch, digital oder persönlich mit der Praxis) bleiben genauso bestehen wie die Möglichkeit der Nutzung der 116117 für die Vermittlung akuter beziehungsweise dringender Termine.

eÜberweisung und vereinbarter Termin werden miteinander verknüpft, damit alle an der Versorgung Beteiligte die notwendigen Informationen zur Überweisung unmittelbar einsehen können. Dafür ist eine Schnittstelle zwischen Versorgungsfachdienst (eÜberweisung) und dem System zur Terminverwaltung der überweisungsannehmenden Praxis beziehungsweise ihrem PVS und dem Versorgungsfachdienst (eÜberweisung) und dem 116117-Terminservice erforderlich.

Unterstützung differenzierter Zugriffsrechte

Im Rahmen des Überweisungsprozesses werden unterschiedliche Arten von Informationen verarbeitet:

- › Versichertendaten
- › Daten der überweisenden Praxis
- › Medizinische Informationen einschließlich Begleitdokumenten
- › Informationen zur Terminvermittlung (u. a. Dringlichkeit, Fachgebiet, ggf. Leistung)
- › Informationen zum vereinbarten Termin (u. a. Daten der Facharztpraxis und zum Termin)

Der Versorgungsfachdienst muss eine differenzierte Rechtevergabe unterstützen. Die am Behandlungsprozess beteiligten Praxen sowie die Versicherten erhalten Zugriff auf sämtliche Informationen. Systeme, die zur Vermittlung eines Termines eingesetzt werden, erhalten hingegen nur Zugriff auf die dafür notwendigen Informationen – wie bestimmte Versichertendaten und die Daten zur Terminvermittlung.

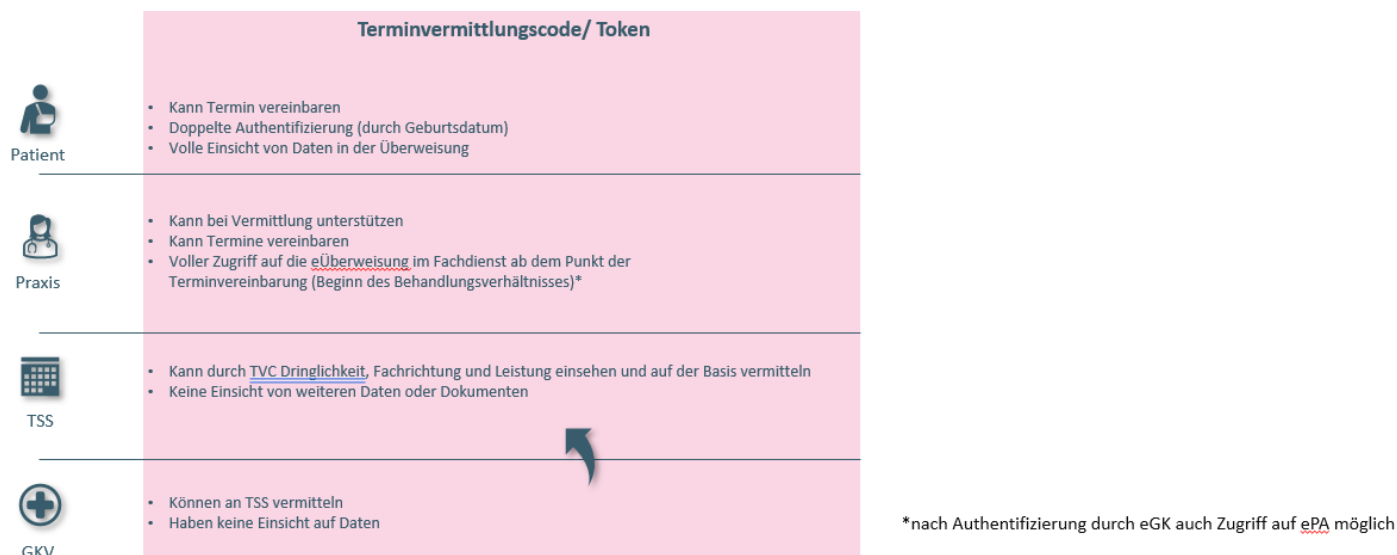


Abb. 5: Welche Daten über den Terminvermittlungscode (TVC) eingesehen werden können, orientiert sich an der Rolle im Überweisungsprozess

ZUGRIFF FÜR DIE BETEILIGTEN PRAXEN

Anforderungen aus Sicht der Primärarztpraxis

Für die Ausstellung einer eÜberweisung muss ein niederschwelliger Zugriff auf den Versorgungsfachdienst durch eine vollständige und nutzerfreundliche Integration in die PVS gewährleistet werden. Analog zum eRezept dürfen bei bestehendem TI-Zugang und vorliegenden Versichertenstammdaten keine zusätzlichen Hürden, etwa PIN-Eingaben oder gesonderte Einwilligungen, erforderlich sein.

Neben der Einsicht in die eÜL muss die Primärarztpraxis den Status von ihr ausgestellter eÜberweisungen jederzeit bei Bedarf nachvollziehen und die eÜberweisung, beispielsweise durch weitere Begleitdokumente, nachträglich ergänzen können.

Anforderungen aus Sicht der Facharztpraxis

Die überweisungsannahmende Praxis muss bei Bedarf im Zuge der Terminvereinbarung und damit vor dem Termin vollständigen Zugriff auf die eÜberweisung einschließlich aller Begleitdokumente erhalten. Der Zugriff sollte unabhängig vom gewählten Weg der Terminvereinbarung einheitlich erfolgen. Auch bei einer telefonischen Terminvereinbarung muss gewährleistet sein, dass die eÜberweisung bereits im Zuge der Terminvereinbarung und damit vor dem Behandlungstermin eingesehen werden kann.

Als Zugriffskriterium kommen die digitale Gesundheitsidentität des Versicherten oder – sofern diese nicht verfügbar ist – der etablierte Terminvermittlungscode (TVC) in Betracht. Jede eÜberweisung erhält hierfür künftig einen TVC.

Der Terminvermittlungscode dient dabei nicht nur der technischen Authentifizierung, sondern auch der eindeutigen Zuordnung zwischen eÜberweisung, Termin und überweisungsannahmender Praxis. Der Zugriff auf die eÜberweisung erfolgt damit nicht voraussetzungslos, sondern ist an einen konkreten Versorgungs- und Auftragszusammenhang geknüpft. Gleichzeitig unterstützt der TVC die Vermeidung von Mehrfachbuchungen und stellt sicher, dass der Überweisungsprozess nachvollziehbar dokumentiert werden kann.

Weiterentwicklung des Regelwerks und technische Spezifikation

Die Einführung der eÜberweisung erfordert neben der Etablierung eines Versorgungsfachdienstes auch Anpassungen der bestehenden Regelwerke der vertragsärztlichen Versorgung. Die konkrete Ausgestaltung der Überweisung obliegt den Partnern des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä). Hierzu sind insbesondere die Regelungen des § 24 BMV-Ä zu den Überweisungen sowie die korrespondierenden, bislang auf das Muster 6 ausgerichteten Vordruckvereinbarungen weiterzuentwickeln.

Darüber hinaus wird eine eigenständige technische Spezifikation benötigt, die insbesondere Anforderungen an das Datenformat (z. B. auf Basis von FHIR-Profilen), den Überweisungsgrund beziehungsweise die medizinische Fragestellung, strukturierte Pflichtangaben zu Auftrag, Diagnose und Dringlichkeit, Bereitstellungs- und Abrufmechanismen sowie die Signaturverfahren regelt. Hierzu gehören vor allem Anforderungen an den Einsatz des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA), Komfortsignaturen und die Nutzung der SMC-B. Ebenso sind die Anbindung an Verzeichnisdienste sowie die Integration in die Terminvermittlungsprozesse zu berücksichtigen.

Klärungsbedarf besteht darüber hinaus hinsichtlich eines möglichen Parallelbetriebs von papiergebundener und elektronischer Überweisung sowie beim Umgang mit technischen Störungen während des Überweisungsprozesses.

TERMINVEREINBARUNG

Terminvereinbarung und eÜberweisung sind eng miteinander verknüpft. Die eÜberweisung enthält die Informationen, die für eine gezielte Terminvereinbarung erforderlich sind, greift jedoch nicht in den Terminvereinbarungsprozess ein. Die Terminvereinbarung erfolgt maßgeblich über bestehende Wege der Praxen: digital, telefonisch oder persönlich in der Praxis. Daneben bietet die 116117 die Möglichkeit, insbesondere dringende und akute Termine zu vermitteln (digital und telefonisch).

Eine stärkere Digitalisierung der Terminvereinbarung sollte aus Effizienzgründen das Ziel sein. Praxen bauen ihr Angebot zur digitalen und/oder KI-gestützten Terminvereinbarung stetig aus. Gleichzeitig wird das digitale Angebot der 116117 für dringende und akute Termine weiterentwickelt.

Unabhängig davon müssen analoge Wege der Terminvereinbarung gleichwertig unterstützt werden.

Aktuell bestehen folgende Möglichkeiten der Terminvereinbarung:

- › Direkte Terminvereinbarung mit der Praxis (digitale Angebote der Praxis, telefonisch oder persönlich)
- › In spezifischen Fällen digitale Terminbuchung über die 116117 (Web und App) und die telefonische Terminvermittlung durch die 116117
- › Terminvereinbarung durch eine überweisende Praxis für ihre Patientinnen und Patienten

Zukünftig werden diese Zugangswege wie folgt technisch abgebildet:

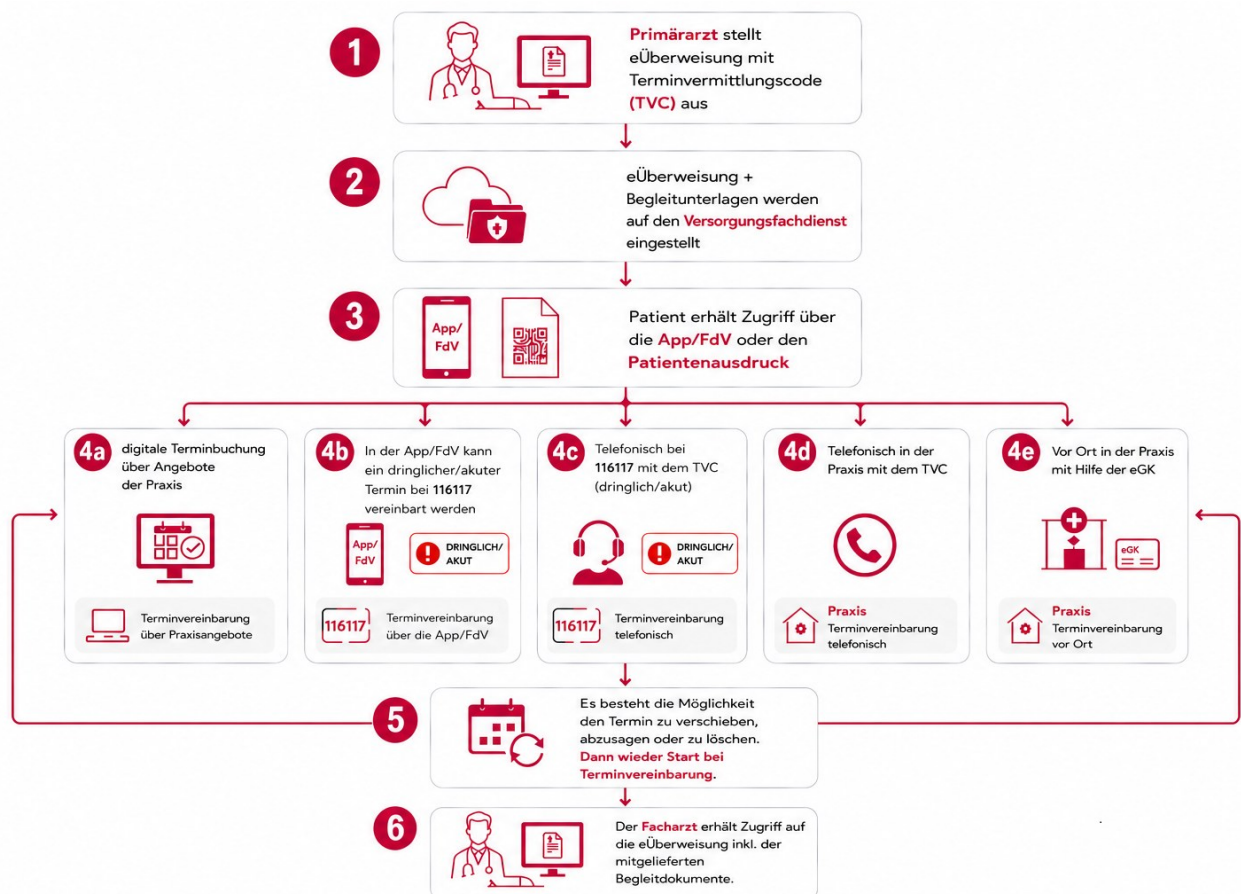


Abb. 6: Zukünftige Zugangswege für die Terminvereinbarung

Mit dem TVC kann ein Termin im Rahmen der Gültigkeit der eÜberweisung gebucht, abgesagt und auch neu gebucht werden. Zum Zeitpunkt des Termins verliert der Code seine Gültigkeit. Dies gilt auch dann, wenn der Patient den Termin ohne Absage nicht wahrgenommen hat.

TERMINVEREINBARUNG MIT DER PRAXIS

Die direkte Terminvereinbarung mit der überweisungsannehmenden Praxis bleibt auch künftig der primäre Zugangsweg. Patientinnen und Patienten vereinbaren Termine digital, telefonisch oder persönlich mit den Praxen. Sie nutzen dabei den TVC, mit dem die überweisungsannehmende Praxis Zugriff auf die eÜberweisung erhält. Durch den Zugriff auf die Informationen in der eÜberweisung im Zuge der Terminvereinbarung mit dem Patienten kann die überweisungsannehmende Praxis bei Bedarf sicherstellen, dass die Anforderungen der eÜberweisung zum Termin passen (z. B. erforderliche Geräte).

TERMINVERMITTLUNG DURCH DIE 116117

Die Vermittlung insbesondere dringender und akuter Termine kann auch über die Angebote der 116117 erfolgen. Der Zugang kann entweder direkt über die 116117-App beziehungsweise das Webangebot www.116117-termine.de erfolgen oder über die Frontends der Versicherten (FdV) beziehungsweise ePA-Apps der Krankenkassen initiiert werden.

FdV der Krankenkassen als Zugangskanal

Die Frontends der Versicherten (FdV/ePA-Apps) der Krankenkassen stellen einen möglichen Einstiegspunkt für die digitale Terminbuchung insbesondere dringender und akuter Termine dar. Versicherte sind dort über ihre digitale Gesundheitsidentität identifiziert und werden damit in die Terminbuchungsfunktion der 116117 weitergeleitet.

Der eigentliche Buchungsprozess sowie die Verknüpfung zwischen eÜberweisung und gebuchtem Termin erfolgen innerhalb der Infrastruktur der 116117. Diese übermittelt nach Abschluss des Buchungsprozesses die Anzeige vorhandener eÜberweisungen und gebuchter Termine an das jeweilige Frontend. Der Patient bleibt über seine digitale Identität während des gesamten Prozesses eindeutig identifiziert.

Die 116117-App als direkter Zugang zur Terminbuchung

Die 116117-App stellt einen direkten Zugang zur Vermittlung insbesondere dringender und akuter Termine dar, der gleichwertig neben dem Einstieg über ein Frontend oder eine App der Krankenkassen steht. Sofern eine digitale Gesundheitsidentität verfügbar ist, nutzt die 116117 diese für den Buchungsprozess. Perspektivisch soll die Identifizierung alternativ über PoPP (Ausbaustufe 2) erfolgen. Ist auch dies nicht möglich, kann die Terminbuchung über die Eingabe oder das Scannen des TVC gestartet werden. Der Code kann von Patientinnen und Patienten sowie ihren Vertretern auch für eine Terminvermittlung über das Web-Angebot der 116117 genutzt werden.

Telefonische Terminvermittlung durch die 116117

Die telefonische Terminvermittlung bleibt weiterhin verfügbar. Den Terminservicestellen muss es möglich sein, anhand des TVC auf die für die Terminvermittlung erforderlichen Informationen zuzugreifen.

TERMINVEREINBARUNG DURCH DIE ÜBERWEISENDE PRAXIS

Insbesondere für vulnerable Patientengruppen mit dringendem Behandlungsbedarf soll weiterhin die Möglichkeit für überweisende Vertragsarztpraxen bestehen, Termine für ihre Patientinnen und Patienten zu vereinbaren. Hierfür kann die eÜberweisung über die bestehenden Anwendungen der 116117 unmittelbar für eine Terminbuchung genutzt werden.

Alternativ kann die ausstellende Praxis unter Nutzung des TVC direkt mit der überweisungsannehmenden Praxis einen Termin vereinbaren. Diese Praxis hat sich z.B. bei dringenden Behandlungsanlässen und in regionalen Versorgungsnetzwerken etabliert und ist auch heute schon über das HAFA-Tool möglich.

WEITERE AKTEURE UND ROLLEN

Die eÜberweisung dient der strukturierten Übermittlung von Informationen zwischen Versorgungsebenen. Hauptakteure sind dabei primär- und fachärztlich tätige Praxen. Darüber hinaus können weitere Akteure die Infrastruktur der eÜberweisung nutzen, beispielsweise zur Übermittlung von Ergebnissen einer digitalen Bedarfseinschätzung oder medizinischen Ersteinschätzung. Die jeweiligen Rollen und Rechte werden im Folgenden dargestellt.

SYSTEME ZUR DIGITALEN BEDARFSEINSCHÄTZUNG UND MEDIZINISCHEN ERSTEINSCHÄTZUNG

Systeme zur digitalen Bedarfseinschätzung und medizinischen Ersteinschätzung nutzen die Infrastruktur der eÜberweisung zur Übermittlung strukturierter Informationen an die nächste Versorgungsebene. Hierzu gehören insbesondere Angaben zu Symptomen, medizinischem Bedarf, Versorgungsebene und Dringlichkeit. Im Unterschied zu ärztlichen Leistungserbringern stellen diese Systeme keine Diagnosen, formulieren keine medizinischen Fragestellungen, wählen keine Begleitdokumente aus und können eÜberweisungen nicht elektronisch signieren. Eine Rückübermittlung von Befunden oder Statusinformationen ist nicht erforderlich.

Die von diesen Systemen erzeugten eÜberweisungen können zur Terminbuchung berechtigen. Im Interesse einer zielgerichteten Patientensteuerung sollte dies auf Fachgebiete beschränkt bleiben, die durch die jeweiligen Systeme verlässlich identifiziert werden können.

TERMINSERVICESTELLEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Die Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen Patientinnen und Patienten bei der Vermittlung zeitnaher Termine in der ambulanten Versorgung. Für eine zielgerichtete Terminvermittlung müssen die Terminservicestellen Zugriff auf die für die Vermittlung erforderlichen Informationen der eÜberweisung erhalten. Hierzu zählen insbesondere Angaben zur Fachrichtung, zur Dringlichkeit und ggf. Auftrag. Ein Zugriff auf medizinische Befunde oder weitere Inhalte des Behandlungskontexts ist hierfür nicht erforderlich und sollte ausgeschlossen bleiben.

ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) kann eÜberweisungen und die zugehörigen Begleitdokumente für die Vorbereitung und Durchführung der Behandlung nutzen. Dies gilt insbesondere für Ergebnisse einer medizinischen Ersteinschätzung oder digitalen Bedarfseinschätzung, die bereits vor dem Behandlungskontakt zur Verfügung stehen. Sofern eine weiterführende Behandlung erforderlich ist, kann der ÄBD selbst eÜberweisungen ausstellen und verfügt insoweit über die gleichen Rechte wie eine überweisende Arztpraxis.

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNGEN

Gesetzliche Krankenversicherungen nehmen im Rahmen der eÜberweisung keine medizinisch-steuernde Rolle ein. Sie erstellen keine eÜberweisungen, führen keine medizinischen Bewertungen durch und sind nicht Empfänger der im Rahmen der eÜberweisung übermittelten medizinischen Informationen. Die Inhalte einer eÜberweisung stehen ausschließlich den an der Behandlung beteiligten Arztpraxen sowie den Patienten selbst zur Verfügung.

Soweit gesetzliche Regelungen künftig Zugriffsrechte für Krankenkassen auf Bestandteile der eÜberweisung vorsehen sollten, sind diese aus Sicht der KBV eng am jeweiligen Verarbeitungszweck auszurichten. Ein Zugriff auf medizinische Inhalte, insbesondere Diagnosen, Fragestellungen oder beigelegte Befunde ist auszuschließen. Zulässig erscheinen allenfalls Zugriffe auf Metadaten oder abrechnungsrelevante Strukturinformationen, soweit diese für gesetzlich definierte Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

Die Reichweite möglicher Zugriffsrechte sowie die zugriffsberechtigten Datenkategorien sind eindeutig zu definieren und technisch abzusichern.

ERWEITERTE NUTZUNG DER INFRASTRUKTUR DER eÜBERWEISUNG

Die Infrastruktur der eÜberweisung – der Versorgungsfachdienst – soll perspektivisch auch für weitere digitale Versorgungsprozesse genutzt werden können, bei denen eine freiwillige ePA nicht hinreichend ist. Auch in der Notfallversorgung sollen künftig Informationen im Rahmen digitaler Fallübergaben zwischen den beteiligten Akteuren ausgetauscht werden, um Mehrfacherfassungen zu vermeiden und eine verlässliche Kommunikation zwischen allen an der Notfallversorgung Beteiligten zu ermöglichen. Darüber hinaus sieht das Bundesministerium für Gesundheit vor, dass künftig auch nichtärztliche Gesundheitsberufe sowie Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) die Infrastruktur der eÜberweisung nutzen können. Aus Sicht der KBV sind die mit einer Überweisung verbundene medizinische Bewertung und Steuerungsfunktion allein ärztliche Aufgaben. Dies gilt unabhängig davon, ob zusätzliche Informationen durch nichtärztliche Gesundheitsberufe oder digitale Systeme bereitgestellt werden.

NICHTÄRZTLICHE GESUNDHEITSBERUFE UND DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN

Im Rahmen der Diskussionen zur Primärarztversorgung wird vereinzelt die Möglichkeit erörtert, bestimmten nichtärztlichen Gesundheitsberufen, beispielsweise Pflegefachpersonen oder Heilmittelerbringern, und Digitalen Gesundheitsanwendungen die Ausstellung von eÜberweisungen zu ermöglichen. Die konkrete Ausgestaltung einer solchen Rolle sowie deren Einbindung in die Patientensteuerung sind derzeit offen.

Nichtärztliche Gesundheitsberufe können grundsätzlich keine ärztlichen Diagnosen stellen und verfügen regelmäßig nicht über die Befugnis, verbindliche Festlegungen zur medizinischen Dringlichkeit oder zur erforderlichen fachärztlichen Weiterbehandlung zu treffen. Dies gilt in ähnlicher Form für DiGA. DiGA sind Medizinprodukte, deren Zweckbestimmung in der Regel die Unterstützung bei der Behandlung oder dem Management spezifischer Erkrankungen umfasst und nicht die Bestimmung einer geeigneten Versorgungsebene, Fachrichtung oder Dringlichkeit.

NOTWENDIGE RECHTLICHE ANPASSUNGEN

eÜBERWEISUNG: KLARE FORMULIERUNG ALS VERPFLICHTENDER VERSORGUNGSFACHDIENST

Die eÜberweisung in Gänze – die Daten der Überweisung selbst sowie die Begleitinformationen beziehungsweise -dokumente – sind gesetzlich eindeutig als verpflichtender Versorgungsfachdienst auszugestalten und nicht lediglich als optionales Angebot neben der ePA. Eine bloße Bereitstellung über die versichertegeführte ePA genügt nicht, da Versicherte möglicherweise keine ePA haben, Inhalte löschen, verschatten oder den Zugriff einschränken können. Im GeDiG sowie in den korrespondierenden Vorschriften des SGB V ist daher eine Nutzungsverpflichtung für Ausstellung und Einlösung zu verankern.

EINSTIEG ÜBER 116117 ODER ÜBER FDV DER KRANKENKASSEN

Der digitale Einstieg in die Terminbuchung muss sowohl über die 116117 als auch über die Frontends der Versicherten beziehungsweise ePA-Apps der Krankenkassen möglich sein. Beide Zugangswege sind gleichwertig auszugestalten, damit Versicherte unabhängig von ihrer kassenbezogenen Anbindung einen niederschweligen Zugang erhalten. Hierfür sind die Vorschriften zur Terminvermittlung mit den Regelungen zu den Versicherten-Frontends zu verzahnen. Zugleich ist abzusichern, dass die digitale Gesundheitsidentität über beide Einstiegspunkte verlässlich mitgeführt wird.

ABSPRUNG AUS FDV DER KRANKENKASSEN IN 116117-ANGEBOT („FUNKTIONSBEREICH TERMINVERMITTLUNG = 116117“)

Es ist klarzustellen, dass der Funktionsbereich der Terminvermittlung allein bei der 116117 liegt und die Frontends der Krankenkassen nur als Einstiegs- und Anzeigekanal fungieren. Beim Übergang in das Buchungsangebot ist die digitale Gesundheitsidentität mitzunehmen, um die durchgängige Identifizierung zu

gewährleisten. Die Verknüpfung zwischen eÜberweisung und Termin erfolgt innerhalb der Infrastruktur der 116117. Diese Rollenverteilung ist rechtlich eindeutig festzulegen, um die Terminvermittlungshoheit der Kassenärztlichen Vereinigungen zu sichern.

ZUGRIFF TSS AUF TERMINVERMITTLUNGSRELEVANTE DATEN DER eÜBERWEISUNG MIT TVC

Den Terminservicestellen ist der Zugriff auf die für die Vermittlung erforderlichen Daten der eÜberweisung anhand des Terminvermittlungscodes abzusichern. Hierzu zählen Fachrichtung, Dringlichkeit und ggf. Auftrag, während ein Zugriff auf medizinische Befunde auszuschließen ist. Die Rechtevergabe folgt damit dem Grundsatz der Erforderlichkeit und Zweckbindung. Die zugriffsberechtigten Datenkategorien sind eindeutig zu definieren und technisch abzusichern.

ZUGRIFF AUF eÜBERWEISUNG MIT TVC AB TERMINBUCHUNG („BEHANDLUNGSKONTEXT HERGESTELLT“)

Die überweisungsannahmende Praxis erhält mit der Terminbuchung vollständigen Zugriff auf die eÜberweisung samt Begleitdokumenten, da hierdurch der Behandlungskontext hergestellt wird. Der Zugriff erfolgt über den TVC und ist damit an einen konkreten Versorgungs- und Auftragszusammenhang geknüpft. Er ist unabhängig vom gewählten Weg der Terminvereinbarung einheitlich auszugestalten und auch bei telefonischer Vereinbarung vor dem Termin zu ermöglichen. So werden freie Arztwahl, datenschutzrechtliche Erforderlichkeit und Nachvollziehbarkeit gewahrt.

Kontakt:

Projektteam eÜberweisung
Imeke Holthusen, Tel.: 030 4005-1416, IHolthusen@kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
IHolthusen@kbv.de, www.kbv.de