

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

Feature: Elektronische Verordnung von Heilmitteln

Version: 1.0.0_CC
Revision: 1666830
Stand: 17.07.2026
Status: zur Abstimmung freigegeben
Klassifizierung: öffentlich_Entwurf
Referenzierung: gemF_VO_Heilmittel

30

Dokumentinformationen

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

Gender-Hinweis

In diesem Dokument wird, soweit möglich, die neutrale Form der Rollenbezeichnungen verwendet, um alle Geschlechter gleichermaßen anzusprechen. Beispiele hierfür sind Begriffe wie "Therapierende", "Verordnende" oder "Leistungserbringende". Diese Formulierungen sind geschlechtsneutral und inklusiv. An einzelnen Stellen kann jedoch aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet werden (z. B. "Arztpraxis", "Patientenausdruck"). Diese ist nicht geschlechtsspezifisch zu verstehen, sondern schließt gleichermaßen weibliche, männliche und diverse Personen ein.

41

Änderungen zur Vorversion

42

Es handelt sich um die Erstversion des Dokumentes.

43

Anpassungen des vorliegenden Dokumentes im Vergleich zur Vorversion können Sie der

44

nachfolgenden Tabelle entnehmen.

45

46

Dokumentenhistorie

Version	Stand	Kap./ Seite	Grund der Änderung, besondere Hinweise	Bearbeitung
1.0.0_CC	17.07.2026		zur Kommentierung freigegeben - Ersterstellung	gematik

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort	6
2 Einordnung des Dokuments	7
2.1 Motivation	7
2.2 Rechtsgrundlagen	8
2.3 Zielgruppe und Zielsetzung des Dokuments	8
2.4 Vorgehensweise	9
2.5 Abgrenzung und Einordnung bzgl. E-Rezept für Arzneimittel	10
2.6 Bezeichnungen	10
2.7 Leistungsgewährungsprinzipien	15
3 Anforderungen aus Nutzendenperspektive	20
3.1 Anforderungen von Versicherten	20
3.1.1 Rollen im Versorgungsprozess	20
3.1.2 Hemmnisse im heutigen Prozess	21
3.1.3 Anforderungen an den digitalen Prozess	21
3.2 Anforderungen der Verordnenden (ambulant und stationär)	21
3.2.1 Rollen im Versorgungsprozess	21
3.2.2 Hemmnisse im heutigen Prozess	22
3.2.3 Anforderungen an den digitalen Prozess	22
3.3 Anforderungen der Heilmittelerbringenden	23
3.3.1 Rollen im Versorgungsprozess	23
3.3.2 Hemmnisse im heutigen Prozess	23
3.3.3 Anforderungen an den digitalen Prozess	23
3.4 Anforderungen der Kostenträger	24
3.4.1 Rolle im Versorgungsprozess	24
3.4.2 Hemmnisse im heutigen Prozess	24
3.4.3 Anforderungen an den digitalen Prozess	25
4 Darstellung des fachlichen Soll-Prozesses	26
5 Anwendungsfälle	28
5.1 Verordnung ausstellen	28
5.1.1 Beschreibung	28
5.1.2 Übersicht über alle verordneten Leistungen in der ePA	29
5.1.3 Verordnungsberechtigte Personengruppen & Institutionen	30
5.1.4 Sonderfall: Ersatzverfahren	31
5.1.5 User Stories	31
5.2 Verordnung einlösen	32
5.2.1 Beschreibung	32
5.2.2 Einlöseweg - eGK/Gesundheits-ID via PoPP	34
5.2.3 Einlöseweg via FdV	35
5.2.4 Einlöseweg - Patientenausdruck	36

87	5.2.5 Terminfindung vor der Einlösung	37
88	5.2.6 Einlöseberechtigte Institutionen	37
89	5.2.7 Fristen	38
90	5.2.8 Sonderfall: Praxiswechsel während der Leistungserbringung	41
91	5.2.9 Einsichtnahme der Verordnung durch Kostenträger (z. B. für Antrag auf	
92	langfristigen Heilmittelbedarf)	41
93	5.2.10 Einlösen als Vertretender	42
94	5.2.11 User Stories	42
95	5.3 Verordnung ändern	45
96	5.3.1 Beschreibung	45
97	5.3.2 Grundsätzliche Anforderungen, die an den Korrekturprozess gestellt werden	46
98	5.3.3 User Stories	48
99	5.4 Dokumentation der erbrachten Leistungen	50
100	5.4.1 Beschreibung	50
101	5.4.2 Dokumentation der erbrachten Leistungen zur Transparenz für Versicherte und	
102	Verordnende (Leistungsdatensatz)	50
103	5.4.3 Dokumentation der erbrachten Leistungen für die Abrechnung	
104	(Abrechnungsdatensatz)	51
105	5.4.4 User Stories	51
106	5.5 Therapiebericht dem Verordnenden bereitstellen	51
107	5.5.1 Beschreibung	51
108	5.5.2 User Stories	52
109	5.6 Verordnung abschließen.....	53
110	5.6.1 Beschreibung	53
111	5.6.2 Manueller Abschluss der Verordnung	54
112	5.6.3 Automatischer Abschluss der Verordnung	54
113	5.6.4 Bestätigung des Abschlusses einer Verordnung (= Quittung)	55
114	5.6.5 User Stories	55
115	5.7 Verordnung abrechnen.....	56
116	5.7.1 Im Sachleistungsprinzip	56
117	5.7.2 Im Kostenerstattungsprinzip	56
118	5.8 Manuelles Löschen von Datensätzen	57
119	5.8.1 Ärztliche Verordnung löschen	57
120	5.8.2 Leistungsdatensatz löschen	57
121	5.8.3 Datensätze zur Korrekturanfrage löschen	57
122	5.8.4 User Stories	57
123	6 Fachliches Statusmodell	58
124	6.1 Erläuterungen zum Statusmodell	59
125	6.1.1 Status 'initialisiert'	59
126	6.1.2 Status 'offen'	59
127	6.1.3 Status 'zugewiesen'	61
128	6.1.4 Status 'in Behandlung'	62
129	6.1.5 Status 'Korrektur'	63
130	6.1.6 Status 'teilweise abgeschlossen'	64
131	6.1.7 Status 'abgeschlossen/abgebrochen'	65
132	6.1.8 Status 'gelöscht'	66
133	7 Gültigkeiten und Löschregeln	67
134	8 Handlungsbedarf für den Gesetzgeber.....	69

135	9 Anhang A – Verzeichnisse.....	73
136	9.1 Abkürzungen	73
137	9.2 Abbildungsverzeichnis	74
138	9.3 Tabellenverzeichnis.....	75
139	9.4 Referenzierte Dokumente	76
140	9.4.1 Dokumente der gematik	76
141	9.4.2 Weitere Dokumente	76
142	10 Anhang	77
143	10.1 Fachlicher Soll-Prozess	77
144	10.2 Demonstratoren	78
145	10.3 MVP - Release 1.0	80
146	10.3.1 Beteiligte Akteure	81
147	10.3.2 Funktionen / Anwendungsfälle	82
148	10.3.3 Verordnungsfähige Leistungen	85
149		

150

1 Vorwort

151

Das vorliegende Fachkonzept beschreibt die Fachanwendung zur elektronischen
152 Verordnung von Heilmitteln.

2 Einordnung des Dokuments

2.1 Motivation

Das vorliegende Fachkonzept beschreibt die Fachanwendung zur elektronischen Verordnung von Heilmitteln (VO HeiMi). Heilmittel wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungstherapie und Podologie sind unverzichtbare Bestandteile der medizinischen Versorgung und tragen maßgeblich zur Genesung vieler Versicherter bei. Im Jahr 2025 beliefen sich die Ausgaben für Heilmittel auf rund 4,41% der GKV-Gesamtausgaben, was etwa 14,83 Mrd. Euro entspricht ([GKV-Kennzahlen](#)). Diese Ausgaben steigen seit Jahren kontinuierlich, unter anderem durch den demografischen Wandel und die wachsenden Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Die Notwendigkeit effizienter und transparenter Prozesse in der Heilmittelversorgung wurde in Umfragen, Interviews und Hospitationen mit Verordnenden, Therapierenden, Versicherten sowie Mitarbeitenden in Praxen, Krankenhäusern und Krankenkassen deutlich bestätigt. Die Interviews wurden von der gematik im Sommer 2025 mit Mitgliedern der [E-Health Community](#) durchgeführt. Die Befragten berichteten wiederkehrend von erheblichem administrativem Aufwand, Medienbrüchen und häufigen Rückfragen aufgrund unvollständiger oder fehlerhafter Verordnungen. Besonders die manuelle Bearbeitung, Handhabung und der Versand von Papierformularen wurden als zeitaufwendig und fehleranfällig wahrgenommen.

Die Einführung der elektronischen Verordnung für Heilmittel adressiert diese Herausforderungen und bringt zahlreiche Vorteile für alle Beteiligten:

- **Weniger Fehlerquellen und Interpretationsmöglichkeiten:** Standardisierte und strukturierte Datensätze ermöglichen automatisierte Plausibilitätsprüfungen bereits beim Verordnen, aber auch bei Heilmittelerbringenden. Dies senkt die Zahl der Korrekturfälle und den damit verbundenen Aufwand für Rückfragen.
- **Reduzierter Verwaltungsaufwand:** Der Wegfall von Papierformularen und die digitale Übermittlung entlasten Versicherte, Praxen, Therapierende und Kostenträger spürbar.
- **Mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit:** Eine eindeutige Verordnungs-ID kann entlang der gesamten Prozesskette einschließlich der Abrechnung von Leistungen verwendet werden. Dies erzeugt Klarheit im Dialog der Akteure und ermöglicht eine einfachere automatische Zuordnung von Vorgängen.

Durch die Digitalisierung der Heilmittelverordnung werden die Abläufe für alle Beteiligten spürbar vereinfacht, sodass mehr Zeit und Ressourcen für die eigentliche therapeutische Arbeit und eine hochwertige medizinische Versorgung zur Verfügung stehen. Gleichzeitig entsteht ein moderner, vernetzter Versorgungsprozess, der die Zusammenarbeit erleichtert.

Vor dem Lesen des vorliegenden Fachkonzepts empfiehlt es sich, entlang des Versorgungsprozesses vom Verordnen bis zum Therapiebericht den Demonstrator durchzugehen: [Darstellung eines Happy Cases im TI-Demonstrator](#)

2.2 Rechtsgrundlagen

Der Gesetzgeber hat die gematik (vgl. § 312 Abs. 1 Nr. 16 SGB V) damit beauftragt, die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit vertragsärztliche elektronische Verordnungen von Heilmitteln nach § 32 SGB V elektronisch gemäß § 360 Abs. 1 SGB V übermittelt werden können. Die gematik hat zudem die Verfahren festzulegen, mit denen Versicherte diese Verordnungen – soweit erforderlich – elektronisch ihrer Krankenkasse zum Beispiel zur Antragsprüfung oder zur Beantragung einer Kostenerstattung übermitteln können (vgl. § 312 Abs. 7 SGB V). Dieses Dokument beschreibt die fachlichen Grundlagen für die zukünftige Erstellung der elektronischen Heilmittelverordnung, die Auswahl und Zuweisung an eine Heilmittelpraxis und die Dokumentation der erbrachten Leistungen.

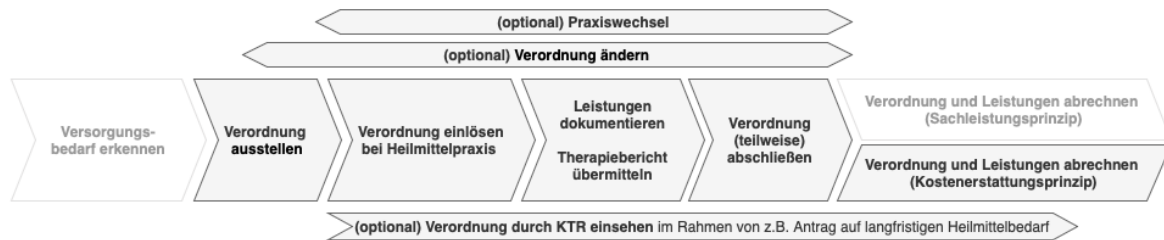
Weitere wesentliche Rechtsgrundlagen in diesem Zusammenhang, deren Festlegungen nicht in diesem Dokument oder von der gematik definiert werden, sind u. a.:

- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband sind gemäß [§ 86 SGB V](#) beauftragt, als Partner der Bundesmantelverträge die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen sonstiger in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Leistungen auch in elektronischer Form zu vereinbaren. Dies betrifft die Verordnungsinhalte (z. B. FHIR-Profil), den Patientenausdruck, das Ersatzverfahren sowie weitere vertragliche Regelungen.
- Die Leistungen und Rahmenbedingungen der Heilmittelversorgung sind in der [Heilmittel-Richtlinie](#) (bzw. [Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte](#)) des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie in den [Verträgen](#) nach [§ 125](#) und [§ 125a SGB V](#) geregelt.
- Die Regelungen zur Abrechnung der Leistungen werden gemäß [§ 302 SGB V](#) vom GKV-Spitzenverband festgelegt.
- Die Anforderungen an Softwareanbieter und die Nutzung zertifizierter Softwareprodukte sind in [§ 73 Abs. 10 SGB V](#) sowie in den entsprechenden Zulassungs- und Zertifizierungsrichtlinien der KBV beschrieben.
- Die Kriterien für den besonderen und langfristigen Heilmittelbedarf werden gemäß [§ 106b Abs. 2 SGB V](#) und [§ 32 Abs. 1a SGB V](#) sowie in den entsprechenden Diagnoselisten und Rahmenvorgaben festgelegt.
- Rechtsgrundlagen für die gesetzliche Unfallversicherung bilden u. a. § 27 Abs. 1 Nr. 4 SGB VII und § 27a Abs. 2 SGB VII.

2.3 Zielgruppe und Zielsetzung des Dokuments

Dieses Dokument beschreibt, wie die Verordnung von Heilmitteln in Zukunft digital erfolgen soll und betrachtet hierbei den Verordnungs- und den Einlöseprozess. Das Erkennen des Versorgungsbedarfs sowie die Leistungsbestätigung und die Abrechnung der Leistungen werden als Start und Abschluss des Prozesses teilweise mit in den Blick genommen, jedoch ohne, dass in diesem Dokument oder der technischen Spezifikation normative Vorgaben definiert werden. Sonderfälle, die vom dargestellten Gesamtprozess abweichen, werden ebenfalls beschrieben.

Highlevel Prozess



Scope des Fachkonzepts

- ☐ Anwendungsfall wird im Fachkonzept beschrieben
- ☐ Anwendungsfall wird im Fachkonzept beschrieben, aber ohne Anforderungen an technische Umsetzung

Abbildung 1 Highlevel Prozessdarstellung der Anwendungsfälle, die im Fachkonzept beschrieben werden

Der Fokus dieses Fachkonzepts liegt auf der elektronischen Verordnung von Heilmitteln im Sinne des § 32 SGB V und der Heilmittel-Richtlinie. Weitere verordnungsfähige Leistungen, wie z. B. die Patientenschulungen nach § 43 SGB V, die bei bestimmten Kostenträgern auch unter dem Begriff "Heilmittel" verstanden werden, werden in der ersten Ausbaustufe der eVO Heilmittel nicht umgesetzt. Eine Erweiterung der eVO um diese Leistungen wird in einer weiteren Ausbaustufe ausgearbeitet. Zeitlich ist dies nach Abschluss der Konzeption der weiteren gesetzlich verankerten Verordnungstypen nach § 312 SGB V einzuordnen.

Das Dokument richtet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit, z. B. Verbände im Gesundheitswesen, sowie an die Industrie. Das vorliegende Dokument soll ein Verständnis für die fachlichen Abläufe und Zusammenhänge schaffen und durch beispielhaft bereitgestellte Demonstratoren das spätere Nutzererlebnis vermitteln.

2.4 Vorgehensweise

Das Dokument basiert auf einer fachlichen Konzeption, die in Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Heilmittelverbänden und mehreren Gesellschaftern der gematik erarbeitet wurde.

Das vorliegende Dokument beschreibt zunächst den Problemraum sowie die Anforderungen an eine digitale Lösung aus Sicht der verschiedenen Akteure. Im Anschluss wird der SOLL-Prozess beschrieben, Sonderfälle werden betrachtet und anschließend werden Anwendungsfälle und funktionale Eigenschaften herausgearbeitet. Während der Konzeption erstellte Demonstratoren werden zudem bereitgestellt, um einzelne Aspekte des SOLL-Prozesses aus der Nutzendenperspektive grafisch darzustellen.

Es ist nicht Ziel des vorliegenden Fachkonzepts, die technische Architektur oder die Spezifikationen der elektronischen Verordnung Heilmittel zu erläutern, gleichwohl werden Annahmen an die technische Umsetzung getroffen. Sobald Konsens über die fachlichen Abläufe besteht, folgen die technische Konzeption und Spezifikation, welche den Auftrag der gematik gemäß § 312 Abs. 1 Nr. 16 und Abs. 7 SGB V erfüllen. Die Umsetzung durch die Industrie erfolgt nach Freigabe der Spezifikation. Sobald der Ende-zu-Ende-Prozess digital in der Produktion genutzt werden kann, ist geplant, die elektronische Verordnung für Heilmittel in den TI-Modellregionen zu verproben.

Hinweise auf offene Punkte

Themen, die noch intern geklärt werden müssen oder eine Entscheidung seitens der Gesellschafter erfordern, sind wie folgt im Dokument gekennzeichnet:

272 Beispiel für einen offenen Punkt.

273 2.5 Abgrenzung und Einordnung bzgl. E-Rezept für Arzneimittel

274 Der E-Rezept-Fachdienst verarbeitet aktuell E-Rezepte für Arzneimittel und elektronische
 275 Verordnungen für digitale Gesundheitsanwendungen. Der E-Rezept-Fachdienst soll für
 276 die Verordnung von Heilmitteln weiterentwickelt werden, d. h. es werden neue
 277 unabhängige Workflows (Prozessabläufe), Datensätze (FHIR-Profile) und die
 278 erforderlichen Rollen berücksichtigt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei
 279 Verordnungen von Arzneimitteln um die Abgabe von Einzelleistungen handelt und nicht
 280 um einen Versorgungsprozess, in dem meist mehrere Therapieeinheiten verordnet
 281 werden.

282 2.6 Bezeichnungen

283 Grundlage bildet das [[Glossar der Telematikinfrastruktur](#)]. Im vorliegenden Fachkonzept
 284 werden vorwiegend folgende Begriffe verwendet:

285 **Tabelle 1 Übersicht über vorwiegend verwendete Begriffe im Fachkonzept**

Begriff	Abkürzung	Beschreibung
Anfragen		Versicherte fragen bei einer Heilmittelpraxis die Therapie an (z. B. zur Terminfindung) und gewähren hierfür Einsicht in die Verordnung.
Arztpraxis		Die Arztpraxis ist die Leistungserbringerinstitution für den Verordnenden. Die Arztpraxis wird synonym für die Arztpraxis und das Krankenhaus verwendet, sofern dies nicht ausdrücklich abgegrenzt und hervorgehoben wird.
Basistarif		Der Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) ist ein gesetzlich vorgeschriebener Tarif, der eine Grundversorgung im Krankheitsfall sicherstellt und sich am Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) orientiert.
TI-Demonstrator		Die Demonstratoren stellen die einzelnen Anwendungsfälle und Prozessschritte aus Sicht der verschiedenen Akteure in fiktiven Primärsystemen und Apps dar. Der Fokus liegt dabei auf der Veranschaulichung der Prozesse und nicht auf den dargestellten Datensätzen. Die Demonstratoren dienen ausschließlich der Veranschaulichung und haben keinen normativen Charakter.
Einlösen		Übergeordneter Begriff für die Prozessschritte • Suche nach einer Heilmittelpraxis, • Anfrage bei einer Heilmittelpraxis und

		Annehmen einer Verordnung durch eine Heilmittelpraxis, die die Therapie erbringen soll. Wird synonym für den Begriff "Zuweisen" genutzt. Details dazu finden sich im Anwendungsfall 5.2: Verordnung einlösen.
Fachdienst	FD	Der zentrale Dienst in der TI für die Speicherung der Datensätze eines Vorgangs wird Fachdienst genannt.
Folgende Verordnung		Der Begriff wird nicht durch die Heilmittel-Richtlinie definiert. Er bezeichnet eine weitere Verordnung, die innerhalb desselben Verordnungsfalles nach einer bereits ausgestellten Verordnung ausgestellt wird. Jede „folgende Verordnung“ ist eine eigenständige Verordnung; zwischen den Verordnungen bestehen keine technischen Abhängigkeiten.
Fortgeschrittene Signatur	FES	Der Begriff wird in diesem Dokument verwendet für die nicht qualifizierte, d.h. nicht personenbezogene Signatur einer Organisation bzw. Leistungserbringerinstitution.
Frontend des Versicherten	FdV	Das Frontend des Versicherten ist eine Anwendung für den Versicherten, welche die für die Nutzung von Fachanwendungen notwendigen Funktionalitäten bündelt und dezentrale Fachlogik der Fachanwendung ausführt. Das FdV wird von der gematik und den in §360 Abs. 10 SGB V genannten Kostenträgern angeboten.
Happy Case		Bezeichnung für idealen Beispielablauf im TI-Demonstrator.
Heilberufsausweis	HBA	Ausweis des (Zahn-)Arztes/Heilberufsangehörigen; erforderlich u. a. für QES.
Heilmittelerbringer / Heilmittelerbringerin	HME	Heilmittelerbringende sind Personen, die therapeutische Leistungen aus den Heilmittelbereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie, Podologie und Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie erbringen. Der Begriff umfasst alle Berufsgruppen, die nach den geltenden Heilmittelrichtlinien zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Heilmitteln zugelassen sind. Synonym werden die Begriffe Therapeut / Therapeutin / Therapierende verwendet.
Kostenträger	KTR	Kostenträger sind im Kontext der TI die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, gesetzliche Unfallversicherungen sowie die sonstigen Kostenträger nach [§ 362 SGB V] . Unterscheidungen erfolgen hinsichtlich des Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzips siehe entsprechendes Kapitel.

Krankenversichertennummer		Eindeutige Identifikationsnummer eines Versicherten (gemäß 290 SGB V); erforderlich zur Zuordnung beim Kostenträger.
Leistungserbringung		Heilmittel werden an Versicherte abgegeben.
Leistungserbringer / Leistungserbringerin	LE	Leistungserbringende gehören zu einem zugriffsberechtigten Personenkreis und erbringen Leistungen des Gesundheitswesens für versicherte Personen. Nach § 339 SGB V darf er auf Versichertendaten in Anwendungen der Telematikinfrastruktur zugreifen. Im Hinblick auf elektronische Verordnungen sind Zugriffsrechte nach § 339 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 361 SGB V zu beachten.
Leistungserbringer-institution	LEI	Die in organisatorischen Einheiten oder juristischen Personen zusammengefassten Leistungserbringenden (z. B. Arztpraxen, Krankenhäuser).
Mitarbeitender medizinischer Institution / Medizinische(r) Fachangestellter	MFA	„Mitarbeitende medizinische Institutionen“ arbeiten in einer Institution zur medizinischen Versorgung (z. B. Arztpraxis, Krankenhaus) auf Weisung des/der verantwortlichen Vorgesetzten als berufsmäßiger Gehilfe des Leistungserbringers oder zur Vorbereitung auf den Beruf. Sie können auf die Daten zugreifen, soweit dies im Rahmen der zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist. Dazu müssen sie von einer Person autorisiert sein, die über einen HBA oder entsprechenden BA verfügt. Die Autorisierung und der Zugriff müssen nachprüfbar elektronisch protokolliert werden [§ 339 Abs. 5 Satz 1 SGB V]. Im Kontext der Heilmittel-Verordnung werden insbesondere auch die Mitarbeitenden des Sozialdienstes eines Krankenhauses (Patientenbetreuende) mit der Bezeichnung MFA (Medizinische Fachangestellte) eingeschlossen.
Primärsystem	PS	Ein IT-System, das bei einem Leistungserbringer eingesetzt wird – z. B. • eine Praxisverwaltungssoftware (PVS) • ein Krankenhausinformationssystem (KIS) • Kostenträgerverwaltungssystem (KTRVS) • NEU: Heilmittelsoftware (HMS) Das PVS wird in diesem Dokument synonym für das KIS verwendet, sofern dies nicht explizit abgegrenzt und hervorgehoben wird.
Proof of Patient Presence	PoPP	Ein Nachweis über einen Versorgungskontext, der ein Zusammentreffen von Leistungserbringer und Versichertem bestätigt. Weitere Informationen dazu

		finden sich im [Technischen Konzept PoPP].
Qualifizierte elektronische Signatur	QES	Signatur für vertragsärztliche Verordnungen am PVS in der TI.
Sachbearbeiter bei Kostenträger		Ein Sachbearbeiter beim Kostenträger prüft die Angaben eines Vorgangs (Sachleistungsprinzip) bzw. das Kostenerstattungsanfrage-Bundle (Kostenerstattungsprinzip) und entscheidet über die (Teil-)Genehmigung/Ablehnung.
User Story		Eine User Story ist eine in Alltagssprache formulierte Software-Anforderung. Sie ist bewusst kurzgehalten und umfasst in der Regel nicht mehr als zwei Sätze. User Stories werden im Rahmen der agilen Softwareentwicklung zusammen mit Akzeptanztests zur Spezifikation von Anforderungen eingesetzt. [Wikipedia: User Story] Aus diesem Grund kann in den User Stories eine abweichende Terminologie genutzt werden, welche für den Lesenden nachvollziehbar (bspw. Patient = Versicherter) ist.
Verordnender / (Zahn-) Arzt		Zugelassene Leistungserbringende, die berechtigt sind, Verordnungen (und Überweisungen) auszustellen (z. B. Arzt/Ärztin oder Zahnarzt/Zahnärztin). Als approbierte Heilberufler und aufgrund der Mitgliedschaft in einer (Zahn-)Ärztelkammer im Besitz eines eHBA. Sie sind befugt, vertragsärztliche Verordnungen am PVS zu erzeugen, mit einer QES zu versehen und diese in der TI bereitzustellen. Die hier zu berücksichtigenden (Zahn-)Ärzte sind immer einer LEI zuzuordnen (z. B. eigene Praxis, med. Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ, Krankenhaus). Synonym und übergreifend wird der Begriff "Verordnende" verwendet.
Verordnung	VO	Signierter elektronischer Verordnungsdatensatz für die Verordnung von Heilmitteln. Es wird nicht die für elektronische Verschreibungen von Arzneimitteln gebräuchliche Bezeichnung E-Rezept genutzt.
Verordnung - neue Version	VO-nV	Signierter elektronischer Verordnungsdatensatz in einer neuen Version, nachdem eine Korrektur durch den Arzt oder den PD vorgenommen wurde.
Versicherter		Versicherte sind natürliche Personen, die in einem Versicherungsverhältnis mit einem Kostenträger stehen und eine KVNR besitzen. An einzelnen Stellen im Fachkonzept wird synonym der Begriff Patient

		verwendet (z. B. Patientenausdruck, Patientenakte), wenn dieser bereits etabliert ist.
Vertreter		Vertretende sind Personen, die für die versicherte Person bestimmte Anwendungsfälle in Bezug auf die Verordnung durchführen können. Voraussetzung hierfür ist der Besitz der Gesundheitskarte, einer App bzw. des Ausdrucks zu einer Verordnung. Vertretende müssen nicht in einem Versicherungsverhältnis mit dem gleichen Kostenträger stehen. Von Vertretenden im Sinne dieser Definition ist der gesetzliche Vertretende zu unterscheiden. Nur gesetzlich Vertretende (z. B. Betreuer oder Sorgeberechtigter) können die Vertretung im Verwaltungsverfahren mit dem Kostenträger übernehmen.
Verzeichnisdienst	VZD	Der Verzeichnisdienst ist ein zentraler Dienst der TI-Plattform. Er beinhaltet die Speicherung aller Einträge von Leistungserbringenden und Institutionen mit allen definierten Attributen, die in das Verzeichnis aufgenommen werden sollen und die Fachdaten durch fachanwendungsspezifische Dienste. Anhand einer Suchanfrage können Clients und fachanwendungsspezifische Dienste Basis- und Fachdaten abfragen (z. B. X.509 Zertifikate). Ferner können Einträge des Verzeichnisses durch berechtigte fachanwendungsspezifische Dienste geändert, hinzugefügt und gelöscht werden. Der Verzeichnisdienst ist ein Produkttyp.
Vorgang		Ein Vorgang ist eine zeitlich abgegrenzte, zusammenhängende Folge von Handlungen und Anwendungsfällen rund um eine Heilmittel-Verordnung inkl. einzelner Datensätze, Korrekturvorschläge und neuer Versionen. Die Verwendung des Begriffes Vorgang ist erforderlich, um Ablauf, Prozessschritt und Status in Zusammenhang zu setzen. Der technische Begriff in der Spezifikation wird "Task am Fachdienst" sein.

286
287
288
289
290
291
292
293

2.7 Leistungsgewährungsprinzipien

Folgende Tabelle listet unterschiedliche Kostenträger auf und nennt die gesetzliche oder vertragliche Grundlage für die Beziehung zu Heilmittelverbänden, sofern vorhanden. Zudem wird im Hinblick auf gesetzlich oder vertraglich definierte Ausnahmefälle kurz hingewiesen, deren genauere Betrachtung im SOLL-Prozess sowie in den Anwendungsfällen erfolgt. Die Zuordnung des Leistungsgewährungsprinzips (Sachleistungsprinzip vs. Kostenerstattungsprinzip) ermöglicht für die Prozessbetrachtung im vorliegenden Dokument eine schematische Unterteilung in die beiden Prinzipien anstelle einer erneuten Betrachtung für jeden einzelnen Kostenträger.

Tabelle 2 Übersicht Leistungsgewährungsprinzipien

Kostenträger	Leistungsgewährungsprinzip	Vertragssituation mit Heilmittelverbänden
Gesetzliche Krankenversicherung	Sachleistungsprinzip ist der Normalfall. Abweichend vom Sachleistungsprinzip gibt es folgende Ausnahme: Wahl der Kostenerstattung § 13 Abs. 2 SGB	• Rechtsgrundlage für die Heilmittelversorgung in der gesetzlichen Versicherung gemäß § 32 SGB V • Es ist die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) die Heilmittelverordnung in Richtlinien zu regeln (Heilmittelrichtlinie und Heilmittelrichtlinie Zahnärzte) • Regelungen weiterer Rahmenbedingungen und Vergütungen zwischen GKV-Spitzenverband und maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringenden gemäß § 125 Abs. 1 SGB V und § 125a SGB V

Gesetzliche Unfallversicherung	Die Versorgung mit Heilmitteln ist Teil der Heilbehandlung (§ 27 Abs. 1 Nr. 4 SGB VII) und wird grundsätzlich als Sachleistung erbracht.	• Legaldefinition für Heilmittel gemäß §30 SGB II • Für Personen, die eine Wehrdienstbeschädigung erlitten haben oder deren Angehörige und Hinterbliebene, ist §16 Satz 1 Nr. 3 Soldatenentschädigungsgesetz (SEG) zu beachten. • Gesetzlicher Auftrag nach §§ 26 und 34 SGB VII: mit allen geeigneten Mitteln, Heilverfahrenssteuerung durch die Sachbearbeitung der UV-Träger, besondere Heilverfahren wie z. B. EAP im Heilmittelbereich). • Den Umfang der Heilbehandlung regelt § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB VII. • Nach § 30 SGB VII sind Heilmittel alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere Maßnahmen der physikalischen Therapie sowie der Sprach- und Beschäftigungstherapie. • Nach § 20 des Vertrages Ärzte/ UV-Träger mit der KBV (ÄV) dürfen Heilmittel nach § 30 SGB VII nur von D-Ärzten, Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 ÄV und nach § 12 ÄV hinzugezogenen Ärzten verordnet werden. • Grundlage des Vertrages Ärzte/ UV-Träger mit der KBV ist § 34 Abs. 3 SGB VII. • Es gibt in der UV keine Zuzahlungen durch Versicherte. <u>Vertragssituation:</u> • Auf der Grundlage von § 34 Abs. 8 SGB VII haben die DGUV/ SVLFG Rahmenverträge für die UV-Träger mit den Berufsverbänden für Physio- und Ergotherapie geschlossen: DGUV: Rehabilitation Vergütung der Leistungserbringer Hierin sind die Leistungen und Rahmenbedingungen der Versorgung mit physio- und ergotherapeutischen Leistungen für alle UV-Träger geregelt. • Für die Verordnungskorrektur, Behandlungsbeginn, Unterbrechungen, Verordnungsgültigkeit, Zeitintervalle, Langzeitverordnungen gibt es (nur Physio und Ergo) eigene Regeln und eigene VO-Vordrucke für
---------------------------------------	---	---

		Physio, Ergo und EAP, die von denen für die GKV abweichen und durch unseren gesetzlichen Auftrag nach dem SGB VII begründet sind. • Die Heilmittelrichtlinie des GBA gilt nicht für die UV. • Es gibt in der UV keine Blankoverordnungen und keine Diagnoselisten und Rahmenvorgaben für besonderen und langfristigen Heilmittelbedarf. • Das Entlassmanagement (§ 39 SGB V) gilt nur für den GKV-Bereich, es gibt keine vergleichbare Regelung für die UV. Trotzdem ist es wichtig, dass auch D-Ärzte Krankenhaus Heilmittelverordnungen für UV-Versicherte ausstellen können (z. B. nach Entlassung aus stationärer Behandlung, bei ambulanter Behandlung in D-Arzt-Sprechstunden im Krankenhaus). • Es gibt darüber hinaus keine weiteren Verträge einschl. UV-spezifischer Regelungen/ Verordnungen für Heilmittel (Logopädie, Podologie, Ernährung).
--	--	---

Private Krankenversicherung	Kostenerstattungsprinzip	Zwischen Privaten Krankenversicherungen und Heilmittelerbringenden besteht in der Regel keine direkte Vertragsbeziehung. Vertragspartner der Heilmittelerbringenden sind die privatversicherten Personen selbst. Diese schließen einen Behandlungs- und ggf. Honorarvertrag, erhalten eine Rechnung und begleichen diese zunächst in Eigenleistung. Die Kostenerstattung erfolgt anschließend durch die Private Krankenversicherung auf Grundlage des individuellen Versicherungsvertrags bzw. Tarifs der Versicherten
Beihilfe	Kostenerstattungsprinzip	Siehe Private Krankenversicherung. Maßgeblich für die Kostenerstattung ist der festgelegte Leistungsumfang für Gesundheitsleistungen von Beamtinnen und Beamten im Verhältnis zur privaten Krankenversicherung.
Sonstige Kostenträger: Bundespolizei	Sachleistungsprinzip	<u>Verwaltungsvorschrift zur Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung:</u> • § 10: Es finden die Regelungen der Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) Anwendung; der Heilmittelkatalog ist Bestandteil der Heilmittel-Richtlinien. • Kosten zu Lasten der Heilfürsorge für erbrachte Leistungen werden ausschließlich nach den aktuellen Vergütungslisten des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) übernommen. Darüberhinausgehende Kosten sind von den Heilfürsorgeberechtigten privat zu entrichten. • Heilfürsorgeberechtigte zahlen den sich nach § 32 Abs. 2 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V ergebenden Betrag (Zuzahlung) an die Leistungserbringenden (siehe Anlage 1 dieser Verwaltungsvorschrift).

Ausblick Sonstige Kostenträger	Die Festlegung erfolgt im Einzelfall mit dem jeweiligen Kostenträger, sobald ein weiterer Sonstiger Kostenträger sich der Telematikinfrastuktur bzw. insbesondere der Anwendung E-Rezept/Verordnung Heilmittel anschließt. Es ist davon auszugehen, dass das Leistungsprinzip dem Sachleistungsprinzip oder Kostenerstattungsprinzip zuzuordnen sein wird.	• Die Festlegung wird im Einzelfall vom jeweiligen Kostenträger bestimmt. • Weitere noch nicht in dieser Tabelle genannte Sonstige Kostenträger sind in § 362 SGB V aufgeführt.
---------------------------------------	---	--

301

3 Anforderungen aus Nutzendendenperspektive

Das Kapitel befasst sich aus Sicht der einzelnen Rollen bzw. Akteure im analogen heutigen IST-Versorgungsprozess mit den empfundenen Hemmnissen im Hinblick auf die Heilmittelverordnung sowie den gelebten Versorgungsprozess und formuliert Anforderungen an den digitalen Prozess. Die Beschreibung der Rollen, der Hemmnisse und der Anforderungen wurde in Workshops während der Discovery- und Konzeptionsphase mit Verordnenden, Mitarbeitenden des Sozialdienstes in Krankenhäusern, Heilmittelerbringenden sowie Sachbearbeitern von Kostenträgern erarbeitet oder in Interviews formuliert. In den Unterkapiteln werden die folgenden Perspektiven beschrieben:

- Versicherte
- Verordnende (ambulant und stationär)
- Heilmittelerbringende
- Kostenträger

3.1 Anforderungen von Versicherten

3.1.1 Rollen im Versorgungsprozess

Nach Ausstellung einer Heilmittelverordnung wählen Versicherte eigenständig eine geeignete Heilmittelpraxis (freie Wahl der Therapierenden) aus und vereinbaren einen Termin. Hierbei werden häufig Online-Suchen (z. B. die online verfügbare GKV-Leistungserbringerliste), Beratungsstellen der Kostenträger oder Online-Terminbuchungstools genutzt. Bei der Terminvereinbarung werden die Informationen der Verordnung meist der Heilmittelpraxis bereits telefonisch übermittelt. Bei der Einlösung müssen sie beachten, dass die Behandlung in der Regel innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung beginnen muss (bzw. 7 Tage bei Entlassrezepten oder 14 Tage bei dringendem Behandlungsbedarf). Die Verordnung wird beim ersten Behandlungstermin an die Heilmittelpraxis übergeben. Bei Fehlern oder Unklarheiten auf der Verordnung müssen Versicherte Rücksprache mit der Arztpraxis halten und ggf. eine Korrektur veranlassen. Gesetzlich Versicherte bestätigen nach jeder Sitzung durch ihre Unterschrift auf der Rückseite der Verordnung den Erhalt der Leistung. Die Versicherten sind außerdem verpflichtet, die gesetzliche Zuzahlung zu leisten, sofern keine Befreiung vorliegt. Ist die versicherte Person selbst nicht handlungsfähig, kann eine gesetzliche Vertretung alle Aufgaben übernehmen. Sofern ein Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf gestellt werden muss, haben Versicherte die Aufgabe, die Verordnung inkl. Antrag beim Kostenträger einzureichen und die Arzt- und Heilmittelpraxis über die Entscheidung zu informieren.

Besonderheit bei Versicherten mit einem Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip: Privatversicherte Personen reichen je nach Vorgabe ihrer Versicherung die Rechnung und die Verordnung nach Abschluss der Behandlung bei ihrer Versicherung oder auch bei mehreren Kostenträgern ein und erhalten dann eine oder mehrere anteilige Kostenerstattungen. Eine handschriftliche Bestätigung der einzelnen erbrachten Leistungen durch den Versicherten ist nicht erforderlich. Aus den Rechnungsunterlagen soll jedoch eindeutig ersichtlich sein, wann welche Leistungen erbracht wurden. Beim Einlösen der Verordnung gibt es meist keine feste Einlösefrist

oder Gültigkeit. Es gibt keine festgelegte Frist, bis wann die Belege zur Kostenerstattung spätestens eingereicht werden müssen. Ein Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf ist in der Regel nicht erforderlich (nur im Basistarif).

3.1.2 Hemmnisse im heutigen Prozess

Hoher organisatorischer Aufwand: Versicherte müssen eigenständig eine geeignete Heilmittelpraxis finden, Termine vereinbaren und folgende Verordnungen rechtzeitig und meist persönlich bei der Arztpraxis abholen, selbst wenn sich an Diagnose oder Therapie nichts ändert. Besonders bei knappen Therapieplätzen entsteht dadurch ein Zeit- und Organisationsaufwand.

Fristen und Fehleranfälligkeit: Die Behandlung muss innerhalb einer bestimmten Frist begonnen werden, sonst verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Die Fristen sind Versicherten oft unbekannt. Fehlerhafte oder abgelaufene Verordnungen führen zu zusätzlichen Wegen und Verzögerungen, da viele Korrekturen nur durch die Arztpraxis erfolgen können und von Versicherten koordiniert werden müssen.

Medienbrüche und papierbasierte Prozesse: Versicherte müssen mit Papierdokumenten (Verordnung, Rechnung) arbeiten, was zu Medienbrüchen führt. Der Verlust von Verordnungen (oder Rechnungen) ist häufig und erschwert den Prozess.

3.1.3 Anforderungen an den digitalen Prozess

Versicherte wünschen sich einen digitalen Prozess, der einfach, transparent und durchgängig ist. Die Ausstellung, Übermittlung und Einlösung der Heilmittelverordnung soll vollständig digital erfolgen, sodass folgende Verordnungen ohne erneuten Arztbesuch bereitgestellt werden können. Bereits vor dem ersten Termin möchten Versicherte die Verordnung digital für eine Heilmittelpraxis freigeben können, damit dort die Verordnung vorab geprüft und bei Bedarf direkt eine Korrektur durch den Verordnenden veranlasst werden kann. Alle relevanten Informationen – etwa Fristen, Status der Verordnung und nächste Schritte – sollten jederzeit digital einsehbar sein. Zudem erwarten Versicherte eine digitale Möglichkeit zur Terminvereinbarung, zur Bestätigung der erbrachten Leistungen und – bei Versicherten mit einem Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip – zur Einreichung von Verordnungen und zugehörigen Rechnungen, um Wartezeiten und Papieraufwand zu vermeiden.

3.2 Anforderungen der Verordnenden (ambulant und stationär)

3.2.1 Rollen im Versorgungsprozess

Verordnende aus dem ärztlichen und zahnärztlichen Bereich tragen die Hauptverantwortung für die Verordnung von Heilmitteln. Sie stellen gemäß § 3 Abs. 5 HL-RL die medizinische Notwendigkeit fest. Die Verordnung erfolgt nach persönlicher Untersuchung oder aus der laufenden Behandlung heraus. Dabei berücksichtigen sie nicht nur die Diagnose, sondern auch Kontextfaktoren wie Lebensumstände und bisherige Verordnungen. Die Auswahl des Heilmittels, der Menge und Frequenz sowie ergänzender Maßnahmen richtet sich für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Sachleistungsprinzip nach der Heilmittel-Richtlinie und dem Heilmittelkatalog. Bei Blankoverordnungen können sie die konkrete Ausgestaltung der Therapie den Therapierenden überlassen. Zahnärztlich Verordnende dürfen Heilmittel für Versicherte mit einem Kostenträger mit Sachleistungsprinzip gemäß der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte nur für bestimmte Indikationen im Zahn-, Mund- oder Kieferbereich

verordnen, insbesondere Physiotherapie sowie Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Die Verordnenden füllen die Verordnung meist im (Z)PVS aus, drucken und unterschreiben sie. Verordnende im vertragsärztlichen Bereich müssen hierfür ein PVS nutzen, das den Anforderungskatalog nach § 73 Abs. 10 SGB V sowie die Stammdaten umgesetzt hat.

Das Praxispersonal unterstützt bei der Organisation, Dokumentation und Kommunikation mit Versicherten, Heilmittelpraxen und Kostenträgern.

Bei Verordnungen, die zulasten der Bundespolizei oder einer Unfallkasse ausgestellt werden, informieren die Verordnenden den Kostenträger mittels eines Berichts über die Verordnung.

Besonderheiten bei Verordnungen im Krankenhaus:

Verordnende können im Rahmen des Entlassmanagements Heilmittelverordnungen ausstellen, um die Versorgung nach der Entlassung sicherzustellen. Bei diesen Verordnungen darf die Behandlung maximal sieben Tage nach Entlassung begonnen und zwölf Tage nach Entlassung abgeschlossen werden (gemäß § 16a Abs. 3 HL-RL). Sie müssen den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie entsprechen und dienen der Überbrückung bis zur weiteren ambulanten Versorgung.

3.2.2 Hemmnisse im heutigen Prozess

Hoher administrativer und bürokratischer Aufwand: Die Ausstellung von Heilmittelverordnungen durch Verordnende und die Vorbereitung durch MFAs ist mit erheblichem administrativem Aufwand verbunden. Das Ausfüllen, Ausdrucken und Unterschreiben der Formulare unterbricht den Praxisablauf und kostet viel Zeit. Die Übertragung von Informationen aus dem Praxisverwaltungssystem auf das Formular erfolgt oft manuell. Korrekturen oder Doppel-Ausstellungen sind häufig notwendig, wenn formale Fehler auftreten oder Fristen nicht eingehalten werden.

Mangelnde Kommunikation und fehlende Rückmeldungen: Die Kommunikation mit Heilmittelpraxen ist häufig unstrukturiert und aufwendig. Rückfragen und Änderungswünsche erfolgen meist telefonisch oder per Fax, was zu Verzögerungen führt. Auf der Verordnung angeforderte Rückmeldungen, z. B. in Form von Therapieberichten, werden selten oder nur auf Nachfrage übermittelt. Verordnende wünschen sich mehr Transparenz, z. B. darüber, ob und wie oft Versicherte tatsächlich zur Therapie gehen.

Komplexität und Unsicherheit beim Verordnen: Da es je nach Heilmittelbereich und Kostenträger unterschiedliche Regeln und Formulare gibt, müssen Verordnende mit den jeweiligen Vorgaben vertraut sein, um die Verordnung richtig und vollständig auszustellen. Werden die Vorgaben nicht berücksichtigt, führt dies zu aufwendigen Korrekturschleifen oder Rückfragen.

3.2.3 Anforderungen an den digitalen Prozess

Verordnende wünschen sich einen vollständig digitalen und medienbruchfreien Verordnungsprozess, bei dem Heilmittelverordnungen direkt elektronisch erstellt und signiert werden. Eine automatische Plausibilitätsprüfung im Verordnungsprozess soll die Vollständigkeit und formale Korrektheit der Angaben sicherstellen und so Rückfragen und Korrekturen vermeiden. Wichtig sind zudem klare und übersichtliche Vorgaben je Heilmittelbereich und Kostenträger sowie eine unterstützende Software, die bei der Auswahl der "zulässigen" Leistungen hilft und jederzeit eine Übersicht über das Verordnungsbudget bietet. Auch wünschen sich Verordnende, Rückmeldungen von Therapierenden, wie den angeforderten Therapiebericht, digital und ohne Medienbruch

zu erhalten. Die digitale Verordnung soll nahtlos in das Praxisverwaltungssystem integriert sein und Daten aus der Patientendokumentation automatisch übernehmen.

3.3 Anforderungen der Heilmittelerbringenden

3.3.1 Rollen im Versorgungsprozess

Heilmittelerbringende (im Konzept auch "Therapierende" genannt) nehmen im Versorgungsprozess eine zentrale Schnittstellenfunktion ein. Nach Vorlage der Heilmittelverordnung durch die Versicherten prüfen sie die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität. Bei festgestellten Fehlern oder Unklarheiten nehmen sie Kontakt zur verordnenden Arztpraxis auf, um Korrekturen oder Ergänzungen einzuholen, sofern die Korrekturen nicht selbstständig vorgenommen werden dürfen. Sie dokumentieren jede Behandlungseinheit auf der Rückseite der Verordnung, lassen die Leistung von Versicherten bestätigen und sind für die ordnungsgemäße Abrechnung mit dem Kostenträger verantwortlich (für Versicherte mit dem Kostenerstattungsprinzip erstellen sie Rechnungen). Darüber hinaus beraten sie Versicherte zur Therapie, übernehmen das Terminmanagement und kommunizieren bei Bedarf mit Verordnenden, Kostenträgern und Abrechnungsstellen. Die Einhaltung der Fristen, die korrekte Dokumentation und die Sicherstellung der Abrechnungsfähigkeit der Verordnung gehören zu ihren wesentlichen Aufgaben.

3.3.2 Hemmnisse im heutigen Prozess

Korrekturbedürftige Verordnungen: Heilmittelerbringende sehen häufig Anpassungsbedarf bei Verordnungen aus Krankenhäusern oder (Zahn-)Arztpraxen. Diese müssen dann zeitaufwendig mit der Arztpraxis geklärt und korrigiert werden, was zu Verzögerungen des Behandlungsstarts und erhöhtem bürokratischem Aufwand führt. Insbesondere Korrekturen, die nur durch die Verordnenden selbst vorgenommen werden dürfen, sind zeitaufwendig, da die Papierverordnung zwischen der (Zahn-)Arztpraxis und der Heilmittelpraxis hin- und hergefahren werden muss (durch Versicherte oder Heilmittelerbringende). Die Verordnung wird oft erst beim ersten Besuch eingesehen, sodass Fehler erst relativ spät im Prozess auffallen und nachträglich korrigiert werden müssen.

Hoher administrativer und bürokratischer Aufwand: Die Prüfung der Verordnung, die Dokumentation jeder Behandlungseinheit, das Einholen von Unterschriften und die Abrechnung mit verschiedenen Kostenträgern sind sehr zeitintensiv. Unterschiedliche Formulare und Vorgaben für GKV, PKV und Beihilfeträger erhöhen die Komplexität zusätzlich.

Doppelter Verwaltungsaufwand und Medienbrüche: Das Abheften von Verordnungen und die parallele Buchhaltung in Papier und in der Software erhöhen den Verwaltungsaufwand erheblich. Medienbrüche zwischen verschiedenen Systemen und Kommunikationswegen (z. B. Fax, Papier, Software) erschweren effiziente Abläufe.

3.3.3 Anforderungen an den digitalen Prozess

Heilmittelerbringende wünschen sich einen digitalen Verordnungsprozess, der durchgängig, nutzerfreundlich und medienbruchfrei gestaltet ist. Ein zentrales Anliegen ist, dass digitale Einlösewege geschaffen werden, damit Verordnungen bereits vor dem ersten Behandlungstermin sicher und vollständig eingesehen werden können – direkt in der Heilmittelsoftware. So können Therapie und Terminplanung effizient vorbereitet

werden, ohne auf Papierdokumente und deren Übermittlung angewiesen zu sein. Ein weiterer zentraler Punkt ist die Plausibilitätsprüfung: Verordnungen sollen bereits bei der Ausstellung auf formale und inhaltliche Fehler geprüft und so fehlerhafte oder unvollständige Verordnungen reduziert werden. Gleichzeitig sollen einfache und medienbruchfreie Korrekturmöglichkeiten bestehen – sowohl für Heilmittelerbringende selbst als auch für die Verordnenden, ohne umständlichen Rücklauf oder erneute Unterschriften auf Papier. Für die Leistungsbestätigung werden verschiedene nutzerfreundliche digitale Varianten gefordert, etwa die Bestätigung per Gesundheitskarte, Versicherten-App oder digitaler handschriftlicher Signatur, sodass Versicherte flexibel und sicher die erhaltene Leistung bestätigen können – auch nachträglich, falls einmal etwas vergessen wurde. Die Abrechnung soll vollständig digital und ohne Medienbrüche erfolgen, um Zeitverluste und Fehlerquellen durch Papiertransport und doppelte Dokumentation zu vermeiden.

3.4 Anforderungen der Kostenträger

3.4.1 Rolle im Versorgungsprozess

Im Rahmen des Sachleistungsprinzips prüft der Kostenträger (die gesetzliche Krankenkasse) bei der Abrechnung der Heilmittelverordnung, ob die formalen Voraussetzungen gemäß SGB V, Heilmittel-Richtlinie und den heilmittelspezifischen Verträgen erfüllt sind. Der Kostenträger übernimmt im Rahmen des Sachleistungsprinzips die Kosten der Behandlung gegenüber den Heilmittelerbringenden. Zusätzlich unterstützt die Krankenkasse die Versicherten bei der Suche nach einer geeigneten Heilmittelpraxis und prüft Anträge auf langfristigen Heilmittelbedarf.

Im Kostenerstattungsprinzip bezahlen Versicherte die Heilmittel zunächst vollständig selbst und reichen die Rechnung zusammen mit der Verordnung anschließend bei einem oder mehreren Kostenträgern ein. Der Kostenträger prüft nachträglich, ob und in welchem Umfang die Kosten entsprechend dem individuellen Tarif erstattet werden. Es gibt keine einheitlichen Vorgaben für die Verordnung, die Rechnung oder die Auswahl der Heilmittelpraxis; die Prüfung und Erstattung erfolgen ausschließlich auf Basis der Vertragsbedingungen. Bei Bedarf unterstützt der Kostenträger die Versicherten ebenfalls bei der Suche nach einer Heilmittelpraxis.

3.4.2 Hemmnisse im heutigen Prozess

Medienbrüche in der Abrechnung: Papierbehaftete Verordnungen müssen zunächst digitalisiert werden, wobei die Inhalte per OCR ausgelesen und anschließend mit einem Foto der Verordnung abgeglichen werden müssen, um die Erkennungsgenauigkeit zu prüfen. Dadurch ist eine vollautomatische Dunkelverarbeitung nur eingeschränkt möglich, was den Prozess für den Kostenträger aufwändig macht. Abrechnungsdaten kommen als Image und als Datenstrom bei der GKV an. Für die Umsetzung von Image in Daten ist der LE verantwortlich. Leider ist die Umsetzung (auch bei nicht abrechnungskritischen Angaben) teilweise fehlerhaft. Dies erschwert die Rechnungsprüfung, aber auch die nachgelagerten Prozesse im GKV-Heilmittel-Informationssystem nach § 84 SGB V.

Aufwändige Antragsprüfung bei langfristigem Heilmittelbedarf: Die Bearbeitung von Anträgen auf langfristigen Heilmittelbedarf ist zeitintensiv und mit vielen Rückfragen verbunden, da die Angaben nicht vollständig sind (z. B. fehlt die Verordnungskopie). Häufig werden Anträge gestellt, obwohl dies nicht notwendig ist (Diagnose ist bereits in der Anlage 2 der HL-RL gelistet), was zu Verwaltungsaufwand beim Kostenträger führt.

526 Unzureichende Datenqualität und manuelle Zuordnung von Verordnung und Rechnung:
527 Im Kostenerstattungsprinzip werden papierbasierte Verordnungen und
528 Rechnungenebenfalls zunächst digitalisiert. Aufgrund der unterschiedlichen Formate ist
529 die resultierende Datenqualität oft unzureichend, und eine automatisierte Verarbeitung
530 ist nur eingeschränkt möglich. Hoher Aufwand entsteht insbesondere durch die manuelle
531 Zuordnung und Prüfung der eingereichten Unterlagen. Besonders zeitintensiv ist dies,
532 wenn Versicherte ihre Belege nur einmal jährlich in großen Mengen einreichen.

533 **3.4.3 Anforderungen an den digitalen Prozess**

534 Kostenträger im Sachleistungsprinzip erwarten, dass digitale Verordnungen alle
535 relevanten medizinischen und formalen Angaben strukturiert und prüfbar enthalten,
536 sodass eine automatisierte und fehlerfreie Abrechnungsprüfung sowie eine
537 Zweitverwertung in nachgelagerten Prozessen, z. B. nach § 84 SGB V möglich ist und
538 das Scannen der papierbasierten Verordnung bzw. der Leistungsnachweise entfällt. Die
539 digitale Verordnung soll Medienbrüche vermeiden und auch den Antragsprüfungsprozess
540 bei langfristigem Heilmittelbedarf vereinfachen. Zudem wird Wert auf eine sichere und
541 nachvollziehbare Dokumentation sowie eine schnelle Verfügbarkeit der Daten,
542 idealerweise noch vor der Abrechnung, gelegt. Auch Kostenträger wünschen sich mehr
543 Transparenz, z. B. darüber, ob und wie oft die Versicherten ihre Verordnung einlösen
544 und tatsächlich zur Therapie gehen.

545 Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip erwarten, dass Verordnungen und
546 Rechnungen digitalisiert, standardisiert und strukturiert vorliegen. Zudem soll eine
547 eindeutige Verknüpfung zwischen Verordnung und Rechnung bestehen, sodass die
548 Prüfung der Erstattungsfähigkeit nach den individuellen Tarifbedingungen effizient und
549 weitgehend automatisiert erfolgen kann.

550 **4 Darstellung des fachlichen Soll-Prozesses**

551 Folgenden Vorgänge werden vom Soll-Prozess erfasst:

552 **Tabelle 3 Anwendungsfälle des fachlichen Soll-Prozesses**

Kapitel Fachkonzept	Anwendungsfall und Anwendungsfall-Nummern im SOLL-Prozess
5.1- Verordnung ausstellen	1.1 Verordnender / MFA bereitet Verordnung inhaltlich vor 1.2 Verordnender prüft und signiert Verordnung
5.2- Verordnung einlösen	2.2 Versicherter fragt eine Heilmittelpraxis an und berechtigt sie damit zur Einsicht in die Verordnung (Start der Zuweisung) 3.1 Heilmittelpraxis sieht Inhalt der Verordnung ein 3.2 Heilmittelpraxis nimmt Verordnung an (Ende der Zuweisung) 3.7 (a) Heilmittelpraxis gibt Verordnung zurück
5.3- Verordnung ändern	1.1 Verordnender / MFA bereitet korrigierte Version der Verordnung inhaltlich vor (vor der Einlösung) 1.2 Verordnender prüft und signiert korrigierte Version der Verordnung (vor der Einlösung) 3.3 Heilmittelpraxis übermittelt Änderungsbedarf an Verordnenden 1.4 Verordnender prüft Änderungsanfrage und erstellt neue Version der Verordnung oder lehnt Anfrage ab 3.4. Heilmittelpraxis erfasst Änderung 1.5 Verordnender kann Änderungsvermerk einsehen
5.4- Dokumentation der erbrachten Leistungen	3.5 Heilmittelpraxis startet Behandlung und dokumentiert erbrachte Leistungen 1.6 Verordnender kann Status und Leistungsdokumentation einsehen
5.5- Therapiebericht dem Verordnenden bereitstellen	3.8 Heilmittelpraxis erstellt Therapiebericht und übermittelt Therapiebericht
5.6- Verordnung abschließen und 5.2.8- Sonderfall: Praxiswechsel während der Leistungserbringung	3.6 Heilmittelpraxis schließt Verordnung teilweise ab und erhält Quittung 3.7 (b) Heilmittelpraxis gibt Verordnung zurück 3.9 Heilmittelpraxis schließt Verordnung ab inkl. Begründung und erhält Quittung
5.7- Verordnung abrechnen im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips	2.4 Versicherter exportiert Daten als PDF/A zur Übergabe an KTR
5.2.9- Einsichtnahme der Verordnung durch Kostenträger (z. B. für Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf)	2.3 Versicherter berechtigt KTR zur Einsicht auf Verordnung
5.8- Manuelles Löschen von Datensätzen	1.3 Verordnender löscht Verordnung 2.1 Versicherter kann Verordnung löschen

- 553 *Hinweis: zu den Themen Terminvereinbarung, Leistungsnachweise und*
554 *Abrechnungsverfahren erfolgen keine Festlegungen in diesem Fachkonzept.*
- 555 Die detaillierte grafische Soll-Prozessdarstellung findet sich im Kapitel 10.1- Fachlicher
556 Soll-Prozess.

5 Anwendungsfälle

5.1 Verordnung ausstellen

5.1.1 Beschreibung

Die Verordnungsdaten werden von Verordnenden oder von medizinischem Fachpersonal im verordnenden System erfasst. Hierbei können auch optional begleitende Daten ergänzt bzw. aus der ePA verknüpft werden (z. B. Tonaudiogramm).

Bereitet medizinisches Fachpersonal die Verordnung vor, wird sie den Verordnenden auf einer Signaturliste zur Prüfung und Signatur bereitgestellt. Für die folgenden Verordnungen können Daten aus Verordnungen des laufenden Verordnungsfalls übernommen werden. Verordnungen können auch im Rahmen des Entlassmanagements erstellt werden. Hier bereiten häufig Mitarbeitende des Sozialdienstes eines Krankenhauses (z. B. Patientenbetreuende) die Verordnung im KIS vor.

Eine elektronische Heilmittelverordnung hat eine eindeutige ID und kann mehrere Leistungen aus einem Heilmittelbereich beinhalten (z. B. drei vorrangige Heilmittel und ein ergänzendes Heilmittel aus dem Bereich Physiotherapie). Die HM-RL regelt die Anzahl der verordnungsfähigen Heilmittel je Verordnung.

Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Verordnungen sind ausschließlich mit einer nach § 73 Abs. 10 SGB V zertifizierten Praxisverwaltungssoftware zu erstellen. Durch diese Zertifizierung wird unter anderem sichergestellt, dass bei der Eingabe der Verordnung die Anforderungen aus dem [Anforderungskatalog](#) nach § 73 Abs. 10 SGB V sowie die Einbindung der jeweiligen Stammdateien berücksichtigt werden. Für Verordnungsmodule im zahnärztlichen Bereich gibt es kein Zertifizierungsverfahren. Für Entlassverordnungen von Krankenhäusern gibt es ein [Zulassungsverfahren](#) der DKG für die krankenhausspezifische Nutzung der Verordnung, das auf den Anforderungskatalog nach § 73 Abs. 10 SGB V verweist. Beim Speichern der Verordnung wird in jedem Fall eine Prüfung der Verordnung auf formale Korrektheit (z. B. Prüfung der Pflichtfelder) und Plausibilität auf Basis des Informationsmodells (das von GKV-SV und KBV in Absprache mit KZBV, PKV und DGUV definiert wird) durchgeführt. Somit kann eine hohe Qualität aller Verordnungen sichergestellt werden. Sollte ein Fehler auftreten, werden verständliche und handlungsleitende Fehlermeldungen angezeigt (z. B. durch die Markierung von Pflichtfeldern). Der Fachdienst prüft nicht die Einhaltung der Anforderungen aus dem Anforderungskatalog nach § 73 Abs. 10 SGB V bzw. Anlage 29 BMV-Ä. Der Verordnungsdatensatz wird entweder mit dem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) oder mit der SMC-B der Arztpraxis oder des Krankenhauses signiert. Näheres dazu regeln die Bundesmantelvertragspartner in Verträgen. Eine Verordnung gilt als ausgestellt, wenn diese vollständig und formal korrekt (gemäß den Prüfregeleln aus dem Informationsmodell) ausgefüllt, signiert und vom Fachdienst angenommen wurde.

Es besteht keine prozessuale Unterscheidung je Leistungsprinzip beim Verordnen der Leistung in der Arztpraxis. Unabhängig vom Verordnen und von der Fachanwendung zur elektronischen Verordnung von Heilmitteln ist der Nachweis eines Versicherungsverhältnisses oder die sichere Übermittlung der Krankenversicherungsnummer (KVNR), unterstützt durch eGK, GesundheitsID, elektronische Ersatzbescheinigung (eEB) oder Online-Check-in, eine notwendige Voraussetzung.

Demonstratoren:

- [Verordnung ausstellen](#)
- [Verordnung auf Basis der Übersicht der verordneten Leistungen erstellen](#)
- [Verordnung validieren \(Pflichtfelder Infomodell markiert\)](#)

Hinweis: Die Demonstratoren visualisieren den aktuellen Zwischenstand des Verordnungsdatensatzes. Dieser ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Fachkonzepts noch nicht final, weshalb es noch zu Änderungen kommen kann.

5.1.2 Übersicht über alle verordneten Leistungen in der ePA

Damit ePA-Leseberechtigte einen guten Überblick über die verordneten und erbrachten Leistungen eines Versicherten erlangen können, sollen automatisiert alle verordneten Heilmittel in der ePA in Form einer Verordnungsübersicht gespeichert werden (analog zur Medikationsliste). Die Liste wird auf Basis der dokumentierten Leistungen durch die Heilmittelpraxen ergänzt (siehe 5.4- Dokumentation der erbrachten Leistungen). Auch der Status der Verordnung soll in der Übersicht erkennbar sein (z. B. ob eine Verordnung vom Versicherten gelöscht wurde). Auf Basis dieser Übersicht können folgende Verordnungen leicht erstellt werden, indem Inhalte aus alten Verordnungen in eine neue Verordnung übernommen werden können. Details zu diesem Anwendungsfall werden in diesem Dokument nicht beschrieben. Die fachlich sinnvolle Anzeige der Heilmittelverordnungen in der ePA wird in diesem Fachkonzept nicht definiert. Dies erfolgt im Rahmen des Implementierungsleitfadens für die ePA.

The screenshot shows the 'Elektronische Patientenakte (ePA)' interface for a patient named Lukas Brenner (13.12.1991, 36 years old). The interface displays a list of prescribed treatments (Heilmittelverordnungen) under the 'Verordnungen' tab. The list includes details such as the ICD-10 code (M51.2), the treatment name (Lumbosakraler Bandscheibenprolaps), the start date (12.09.2028), the last performance date (23.09.2028), the frequency (2-3 units per week), and the provider (Rodrigues L.). The treatment type is 'Elektrotherapie' (Electrotherapy).

DATUM	EINRICHTUNG	BEHANDELNDE PERSON	HEILMITTEL
12.09.2028	PhysioVital	Rodrigues L.	KG Elektrotherapie
14.09.2028	PhysioVital	Rodrigues L.	KG Elektrotherapie
18.09.2028	PhysioVital	Anna B.	KG Elektrotherapie
21.09.2028	PhysioVital	Sarah M.	KG Elektrotherapie
23.09.2028	PhysioVital	Rodrigues L.	KG Elektrotherapie

Abbildung 2 Beispielhafte Darstellung einer Übersicht über alle verordneten Leistungen in der ePA

5.1.3 Verordnungsberechtigte Personengruppen & Institutionen

Je nach Ausbildung/Qualifikation dürfen Verordnende nur Leistungen aus bestimmten Heilmittelbereichen verordnen. Dies ist in § 73 Abs. 2 SGB V (Verordnungsrecht) und den jeweiligen Richtlinien (siehe § 1 Abs. 1 [Heilmittel-Richtlinie des G-BA](#)) definiert. Bei Verordnungen zulasten der DGUV gibt es weitere Einschränkungen, die in § 37 Abs. 3 und § 12 des Vertrags Ärzte/UV-Träger geregelt sind. Es findet jedoch keine Prüfung der zulässigen Heilmittelbereiche für die verschiedenen Personengruppen statt.

Die im Folgenden genannten OIDs basieren auf der gemSpec_OID und den Festlegungen für [Berufsgruppen](#) und [Institutionen](#).

Tabelle 4 Verordnungsberechtigte Personengruppen und Institutionen

Personengruppe	Institution	Besonderheiten im Verordnungsprozess
Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte (oid_arzt)	Arztpraxis (oid_praxis_arzt)	Dürfen alle Heilmittelbereiche (Physiotherapie, Podologische Therapie, SSSS-Therapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie) gemäß HL-RL verordnen.
Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzte (oid_zahnarzt)	Zahnarztpraxis (oid_zahnarztpraxis)	Dürfen nur Physiotherapie und Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie verordnen (siehe § 2 HL-RL-ZAE) und Ernährungstherapie bei Versicherten der PKV & Beihilfe. Die Verordnungsbefugnisse von ZÄ sind v. a. in der Physiotherapie im Vergleich zu den Ärzten stark eingeschränkt (siehe § 18-22 HM-RL ZÄ).
Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten (oid_ps_psychotherapeut)	Betriebsstätte Psychotherapeut (oid_praxis_psychotherapeut)	Dürfen nur Ergotherapie verordnen (siehe § 35 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie)
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (oid_kuj_psychotherapeut)	Betriebsstätte Psychotherapeut (oid_praxis_psychotherapeut)	Dürfen nur Ergotherapie verordnen (siehe § 35 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie)
Fachpsychotherapeutinnen für Erwachsene oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene (oid_psychotherapeut)	Arztpraxis (oid_praxis_psychotherapeut)	Dürfen nur Ergotherapie verordnen (siehe § 35 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie)

Fachpsychotherapeutinnen für Kinder und Jugendliche oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche (oid_kuj_psychotherapeut)	Arztpraxis (oid_praxis_psychotherapeut)	Dürfen nur Ergotherapie verordnen (siehe § 35 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie)
Fachpsychotherapeutinnen für Neuropsychologische Psychotherapie oder Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie (oid_psychotherapeut)	Arztpraxis (oid_praxis_psychotherapeut)	Dürfen nur Ergotherapie verordnen (siehe § 35 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie)
Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern (oid_arzt)	Krankenhaus (oid_krankenhaus)	im Rahmen des Entlassmanagements bzw. in Ambulanzen

5.1.4 Sonderfall: Ersatzverfahren

Für den Fall, dass es aus technischen Gründen nicht möglich ist, eine elektronische Verordnung auszustellen, definieren die Bundesmantelvertragspartner (für Ärzte und Zahnärzte) ein Ersatzverfahren. Sollten sich aus den Regelungen weitere Anforderungen an die elektronische Verordnung Heilmittel ergeben, werden diese im Rahmen der technischen Konzeption eingearbeitet. Das Ersatzverfahren basiert auf einem Ausdruck, den Versicherte in der Arztpraxis erhalten und in der Heilmittelpraxis vorlegen. Das Ersatzverfahren soll der Heilmittelpraxis auch den nachträglichen digitalen Einstieg in die elektronische Verordnung vor oder nach dem Start der Behandlung ermöglichen, sobald die Störung auf Seiten der Arztpraxis behoben wurde. Durch diesen digitalen Wiedereinstieg soll die Leistungsdokumentation (Leistungsdatensatz im Fachdienst bzw. in der ePA von Versicherten) nachträglich vervollständigt werden. Die Heilmittelsoftware soll das Nachtragen der bisherigen Leistungsdokumentation möglichst automatisieren, sodass Heilmittelerbringende keine manuelle Arbeit damit haben.

Sollte die Störung nur auf Seiten der Heilmittelpraxis auftreten (bzw. erst zum Zeitpunkt der Einlösung), so müssen Heilmittelerbringende bzw. Versicherte den Ausdruck nachträglich in der Arztpraxis anfordern. [Es ist zu prüfen, ob in der Heilmittelrichtlinie bzw. den Verträgen nach § 125 Abs. 1 SGB V für solche Einzelfälle Ausnahmeregelungen zu treffen sind, um den Start der Behandlung auch ohne Vorliegen einer Verordnung zu ermöglichen.](#)

5.1.5 User Stories

Als (Zahn-)Arzt bzw. Ärztin möchte ich ...

1. VO einfach erstellen und signieren können, um bei der Umstellung auf die elektronische Verordnung keine aufwendigen Schulungen für mich und mein Team zu benötigen.
2. beim Ausfüllen des Formulars durch das verordnende System unterstützt werden, sodass die VO der Heilmittel-RL entspricht und nur plausible Verordnungen erstellt werden.

3. beim Ausfüllen des Formulars Hinweise zur orientierenden Behandlungsmenge und zum langfristigen bzw. besonderen Heilmittelbedarf angezeigt bekommen, sodass ich korrekte Verordnungen ausstelle.
4. mehrere vorbereitete elektronische Verordnungen (auch mit unterschiedlichen Leistungen - Arzneimittel / HKP usw.) mit einem Klick signieren können.
5. eine Übersicht über alle Heilmittelverordnungen von Versicherten einsehen können, sodass ich ausgestellte Verordnungen oder laufende Behandlungen berücksichtigen kann, auch wenn andere Verordnende diese verordnet haben.
6. bei folgenden Verordnungen den Verordnungsinhalt der letzten Verordnung übernehmen können - auch wenn andere Verordnende diese verordnet haben, um weniger Aufwand bei der Erstellung zu haben.
7. in definierten Ausnahmefällen die Verordnung auch ohne Heilberufsausweis signieren können, sodass die Versorgung der Versicherten sichergestellt ist.
8. im Falle eines Ausfalls der Telematikinfrastruktur auf ein Ersatzverfahren zurückgreifen können.
9. optional begleitende Unterlagen zusammen mit der Verordnung den Therapierenden bereitstellen können.

Als Therapeut bzw. Therapeutin möchte ich ...

1. mich darauf verlassen können, dass nur verordnungsfähige Leistungen verordnet werden können.
2. dass die eVerordnung für alle Versicherten (unabhängig von deren Kostenträger) für mich gleich zu handhaben ist, sodass ich nicht unterschiedliche Systeme bedienen muss.
3. sehen können, ob für dieselbe versicherte Person parallel weitere Heilmittelverordnungen (zum Beispiel Physio- und Ergotherapie) existieren, damit ich die Behandlung abstimmen und Über- oder Fehlversorgung vermeiden kann.

5.2 Verordnung einlösen

5.2.1 Beschreibung

Die Einlösewege von Verordnungen für Heilmittel unterscheiden sich nicht von den Möglichkeiten zur Einlösung der anderen elektronischen Verordnungen. Versicherte sollen den Zugriff auf die Inhalte einer Verordnung auf folgenden Wegen an eine Heilmittelpraxis übergeben können:

1. Einlösen mit **eGK/Gesundheits-ID via Heilmittelsoftware und PoPP (Proof of Patient Presence)**
 - a. im mobilen Szenario per eGK/Gesundheits-ID via PoPP
 - b. eGK stecken in ein Standard-Kartenterminal bei der Heilmittelpraxis (ohne PIN zur eGK des Versicherten)
 - c. Digitaler Check-in in der Heilmittelpraxis mit der Gesundheits-ID oder eGK
2. angemeldete Personen (mit eGK & PIN oder Gesundheits-ID) in einem zugelassenen Frontend des Versicherten (**FdV**) weisen digital einer Heilmittelpraxis zu oder zeigen Zugriffsinformationen als Datamatrixcode im FdV an, der von der Heilmittelpraxis abgescannt werden kann

3. **Patientenausdruck**, von dem der Datamatrix-Code von den Heilmittelerbringenden abgescannt wird

Ein gesonderter Einlöseweg zur Einlösung im Rahmen von telemedizinischen Leistungen ist nicht erforderlich.

Nach der Einlösung ist die Verordnung einer Heilmittelpraxis zugewiesen, weshalb in diesem Konzept und der späteren technischen Konzeption der Begriff Zuweisung synonym zur Einlösung verwendet wird.

Der eigentliche Einlöse-/Zuweisungsvorgang erfolgt immer in zwei Schritten:

Schritt 1 - "Anfrage": Versicherte können eine Heilmittelpraxis zunächst anfragen, um beispielsweise einen Termin zu vereinbaren. Hierfür übergeben sie über einen der oben genannten Wege die Zugriffsinformationen zu der Verordnung. Nun kann ein Mitarbeitender einer Heilmittelpraxis die Verordnung zunächst unverbindlich einsehen. Kann oder möchte die Heilmittelpraxis die Verordnung nicht entgegennehmen (z. B. weil kein Termin verfügbar ist), können anschließend weitere Heilmittelpraxen ebenfalls durch den Versicherten berechtigt werden, die Verordnung einzusehen. Die ursprüngliche Heilmittelpraxis muss die Verordnung nicht aktiv zurückgeben, sondern löscht die nicht mehr benötigten Verordnungsinformationen lokal aus ihrer Software.

Schritt 2 - "Annahme": Kann und möchte die Heilmittelpraxis die verordneten Leistungen erbringen, nimmt diese die Verordnung in ihrer Heilmittelsoftware an und es schließt somit die Zuweisung der Verordnung zu dieser Heilmittelpraxis ab. Andere Heilmittelpraxen können dann keinen Zugriff mehr auf diese Verordnung erhalten. Sollte nach der Zuweisung die Leistung doch nicht (mehr) durch die Heilmittelpraxis erbracht werden können, kann die Verordnung (vor oder während der Leistungserbringung) wieder an die versicherte Person zurückgegeben werden (siehe hierzu 5.2.8- Sonderfall: Praxiswechsel während der Leistungserbringung).

Anschließend kann die Leistungserbringung starten, d. h. es können Heilmittel an die Versicherten abgegeben und die erbrachten Leistungen dokumentiert werden (siehe 5.4- Dokumentation der erbrachten Leistungen).

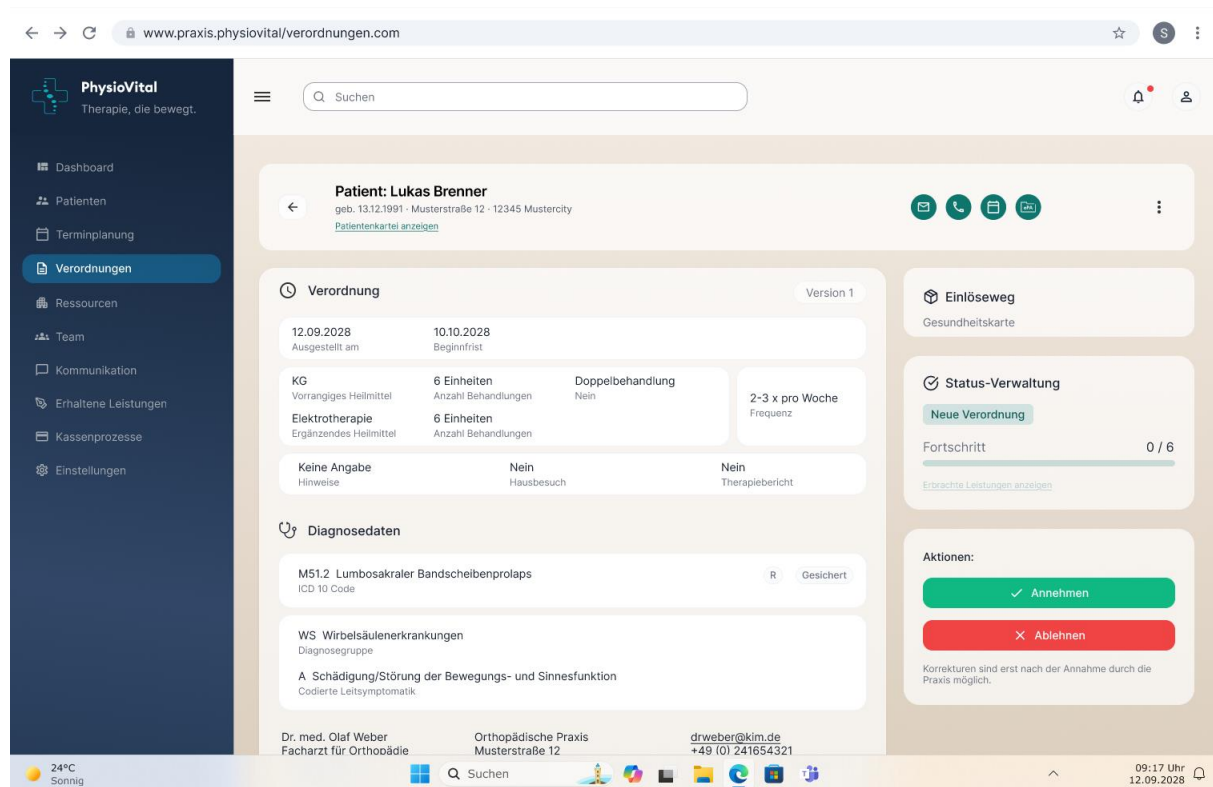


Abbildung 3 Beispielhafte Darstellung der Prüfung und Annahme einer Heilmittelverordnung

5.2.2 Einlöseweg - eGK/Gesundheits-ID via PoPP

Disclaimer: Die Funktionsweise von PoPP ist derzeit noch nicht abschließend spezifiziert. Die Ablaufbeschreibungen stehen daher unter Vorbehalt der abschließenden Spezifikation von PoPP.

Der Versicherte kann eine Heilmittelpraxis berechtigen, alle einlösbaren Verordnungen einzusehen, für den Heilmittelbereich, in dem die Praxis tätig ist. Hierfür muss ein PoPP-Token erzeugt werden. Wie dieser Token erzeugt werden kann, wird nicht in diesem Fachkonzept beschrieben, sondern in der Spezifikation [PoPP Service V1.0.0](#). Grundsätzlich werden alle PoPP-Token vom Fachdienst akzeptiert, unabhängig davon, wie sie erzeugt werden (siehe PoPP-Use Cases aus Kapitel 2.2 aus dem Dokument [PoPP Service V1.0.0](#)). Einlösbare Verordnungen aus anderen Heilmittelbereichen für den Versicherten werden zwar angezeigt, können jedoch nicht im Detail geöffnet werden. Für Praxen, die in mehreren Heilmittelbereichen tätig sind und somit auch mehrere SMC-B-Karten besitzen, soll der Abruf der Verordnungen aus den unterschiedlichen Heilmittelbereichen nacheinander automatisiert durch die Heilmittelsoftware erfolgen, sodass kein mehrfaches "Kartestecken" zum Erzeugen des PoPP-Tokens notwendig ist.

Insbesondere relevant in der Versorgung sind diese Anwendungsfälle:

- "PoPP-Token bei physischer Anwesenheit außerhalb der LEI": Hierbei lesen Heilmittelerbringende auf einem Hausbesuch mit einer App der eigenen Software die eGK der Versicherten ein.
- "PoPP-Token bei physischer Anwesenheit in der LEI": Hierbei wird die elektronische Gesundheitskarte in der Heilmittelpraxis eingelesen.

- "PoPP-Token ohne physische Anwesenheit in der LEI": Hierbei wird über eine Drittanbieter-App die Heilmittelpraxis berechtigt, die Verordnungen abzurufen.

Demonstratoren:

- [Verordnung per eGK in Kartenterminal einlösen und in Heilmittelsoftware anzeigen](#) (Szenario Praxis)
- [Verordnung mobil einlösen via eGK und App der Heilmittelsoftware](#) (Szenario Hausbesuch)

5.2.3 Einlöseweg via FdV

Für diesen Einlöseweg wird zur Anmeldung in der App eine eGK mit PIN oder eine G-ID sowie ein "Frontend des Versicherten" (kurz FdV) auf dem Smartphone benötigt. Ein FdV darf gemäß § 360 Abs. 10 SGB V von der gematik oder den im Gesetz benannten Kostenträgern angeboten werden. In dem FdV werden nach Anmeldung alle Verordnungen angezeigt. Um die Verordnung bei einem Heilmittelerbringenden einzulösen, werden die Einträge der Heilmittelpraxen aus dem Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur in einer Suche wettbewerbsneutral angezeigt. Die Nutzenden werden darauf hingewiesen, dass über die App nur eine Anfrage bei einer Heilmittelpraxis möglich ist und die Annahme der Verordnung durch die Heilmittelpraxis (und somit die verbindliche Zuweisung) erst nach Vereinbarung eines Termins (und ggf. auch nach Unterzeichnung eines Behandlungsvertrags) stattfinden sollte.

In der Suche werden alle verfügbaren und relevanten Informationen der Heilmittelpraxen angezeigt und die Nutzenden haben die Möglichkeit, nach bestimmten Kriterien zu filtern und die Einträge z. B. nach Entfernung zu sortieren. Je nach verordnetem Heilmittelbereich werden nur Einträge von Institutionen aus diesem Heilmittelbereich angezeigt. Um eine Heilmittelpraxis auszuwählen (z. B. auf Basis von Zusatzqualifikationen, Zulassungen oder Sprachen), können die Basiseinträge im VZD um sogenannte Mehrwertdaten erweitert werden. Hierfür sind verschiedene Optionen denkbar, die unabhängig von der Verordnung bewertet und umgesetzt werden. Beispiele hierfür wären die Nutzung des Self-Serviceportals des VZD über die Heilmittelsoftware oder die automatische Anreicherung durch die [Heilmittelerbringerliste des GKV-SV](#). [Es ist zu prüfen, wie die Mehrwertinformationen aus der GKV-Heilmittelerbringerliste anhand der Telematik-ID mit den Angaben aus dem Verzeichnisdienst automatisiert ergänzt werden können \(gesetzliche Grundlage notwendig\)](#). Auch eine geeignete Umsetzung und Pflege von Organisationsstrukturen von Heilmittelerbringerorganisationen innerhalb des VZD ist für die Suche wichtig, wird jedoch nicht im Fachkonzept beschrieben. Für die gesetzlich Versicherten ist es notwendig, dass im Verzeichnisdienst nach dem Kriterium "GKV-zugelassen" gefiltert werden kann.

Damit die Heilmittelpraxis nach der Anfrage Kontakt mit dem Versicherten aufnehmen kann, müssen im FdV Kontaktinformationen (Telefon, optional: E-Mail) erfasst werden. Nach der Wahl einer Heilmittelpraxis und der Übermittlung der Zugangsdaten zur Verordnung kann die Heilmittelpraxis entscheiden, ob die Verordnung angenommen werden soll. Sollte die Heilmittelpraxis nicht auf die Anfrage antworten, kann der Nutzende nach 72 Stunden eine weitere Heilmittelpraxis anfragen.

Für FdV-Nutzende steht in einer Ausbaustufe die Komfortfunktion "Stamm-Heilmittelpraxis" bereit. Hierbei kann eine Heilmittelpraxis festgelegt werden, die für neue Verordnungen für bestimmte Heilmittel automatisch angefragt wird. Die Wahl einer Stamm-Heilmittelpraxis kann durch den Nutzenden jederzeit beendet oder verändert werden. Der Nutzende muss durch diese Funktion nicht mehr aktivwerden und die

Heilmittelpraxis erhält unmittelbar nach dem Ausstellen der Verordnung Zugriff darauf und kann diese annehmen.

Die Benutzerführung im FdV soll den Nutzenden dabei unterstützen, bei Bedarf nach der Anfrage der Heilmittelpraxis auch den Zugriff auf die ePA einzurichten.

Demonstrator:

- [Einlösen via FdV](#) (Voraussetzung - Nutzer ist bereits angemeldet)

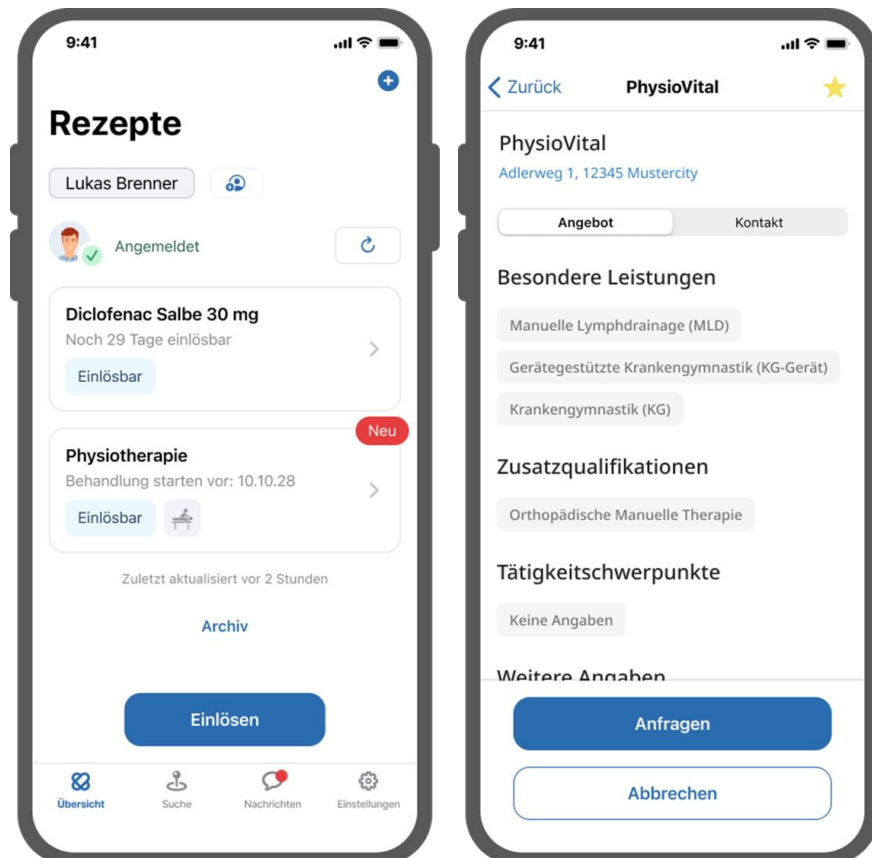


Abbildung 4 Beispielhafte Darstellung zur Anzeige einer neuen Verordnung im FdV und Anzeige von Zusatzinformationen einer Heilmittelpraxis

5.2.4 Einlöseweg - Patientenausdruck

Die Versicherten haben gemäß § 360 Abs. 9 SGB V einen gesetzlichen Anspruch auf einen Patientenausdruck zur Verordnung. Insbesondere bei Erstverordnungen und nicht digital affinen Versicherten stellt der Patientenausdruck sicher, dass die Verordnungsinhalte durch Versicherte z. B. bei der Suche nach einer Heilmittelpraxis abgelesen werden können. Das Layout der Verordnung wird in der technischen Anlage durch die KBV und den GKV-SV definiert. Er umfasst mindestens einen Datamatrix-Code, der die Zugangsinformationen zur Verordnung beinhaltet und eine Heilmittelpraxis oder einen Kostenträger berechtigt, die Verordnung einzusehen.

5.2.5 Terminfindung vor der Einlösung

Vor der Einlösung einer Verordnung wird in der Regel ein Termin zwischen der versicherten Person und der Heilmittelpraxis vereinbart. Hierzu gibt es bereits bestehende Kommunikationskanäle (z. B. telefonisch oder vor Ort), an die keine neuen Anforderungen in diesem Fachkonzept gestellt werden. Es besteht die Möglichkeit, entweder die Informationen vom Ausdruck (siehe unten) oder aus dem FdV (siehe unten) mündlich zu übermitteln.

Angebote zur digitalen Terminvereinbarung bei Heilmittelpraxen können im Rahmen der Terminvereinbarung bereits die Einlösung der Verordnung bei der von Versicherten gewählten Heilmittelpraxis anbieten (siehe unten Einlöseweg 1a). Die gesamte Terminplanung, das Wartelistenmanagement und der Abschluss eines Behandlungsvertrags erfolgen somit außerhalb der Telematikinfrastruktur.

Ausblick für Ausbaustufen der eVO: Es ist durch den Gesetzgeber zu prüfen, ob eine zentrale Terminvermittlung auf Basis der eVO analog zu den geplanten Regelungen im vertragsärztlichen Bereich auch im Heilmittelbereich eingerichtet werden soll. Da auch weiterhin die Terminfindung häufig telefonisch erfolgen wird, besteht ebenfalls der Wunsch, dass Heilmittelpraxen eine niedrigschwellige Einsichtsmöglichkeit in die eVO über einen telefonischen Kommunikationskanal erhalten (z. B. Übergabe eines Geheimnisses und einer KVNR).

5.2.6 Einlöseberechtigte Institutionen

Die Einlösung von elektronischen Verordnungen ist nur bei Einrichtungen möglich, die über einen Anschluss an die Telematikinfrastruktur verfügen. Hierbei wird technisch nicht unterschieden, ob es sich um eine Privatpraxis oder eine Vertragspraxis handelt. Die Definition der Herausgabeprozesse für SM(C)-Bs und eHBAs für Heilmittelpraxen ohne Kassenzulassung sind nicht Bestandteil dieses Fachkonzeptes. [Damit elektronische Verordnungen insbesondere für Privatversicherte auch bei rein privat tätigen Heilmittelpraxen eingelöst werden können, ist es ein wichtiger Schritt, die Herausgabeprozesse auch für diese Praxen zu definieren.](#) Es wird sichergestellt, dass nur Verordnungen im Heilmittelbereich nach § 32 SGB V akzeptiert werden können, für den die Institution eine entsprechende Institutionskarte (SMC-B) besitzt. Die Steuerung erfolgt durch die Angabe des Heilmittelbereichs in der Verordnung durch die Verordnenden. Alle Institutionen können aber z. B. nach dem Stecken der eGK sehen, ob weitere Verordnungen aus anderen Heilmittelbereichen für diese Person ausgestellt wurden, um die versicherte Person darüber informieren zu können und Rückfragen bei der Arztpraxis zu verhindern. Hinweis: Welche Informationen aus der Verordnung angezeigt werden, ist unter Berücksichtigung von Datenschutzaspekten und der technischen Umsetzbarkeit im Rahmen der technischen Konzeption noch zu klären.

Heilmittelerbringende, die als sogenannte freieMitarbeitende tätig sind, können entweder eine eigene SMC-B (als Privatpraxis) erhalten, sobald hierfür die Herausgabeprozesse definiert wurden und dann mit den Versicherten privat abrechnen. Alternativ können sie als Mitarbeitende einer zugelassenen Praxis über deren SMC-B die Verordnung einsehen. Näheres regeln die Verträge nach § 125 Abs. 1 SGB V zwischen den Heilmittelverbänden und dem GKV-SV. Daraus ergeben sich notwendige Regelungen für die Herausgabeprozesse der SM(C)-B-Karten.

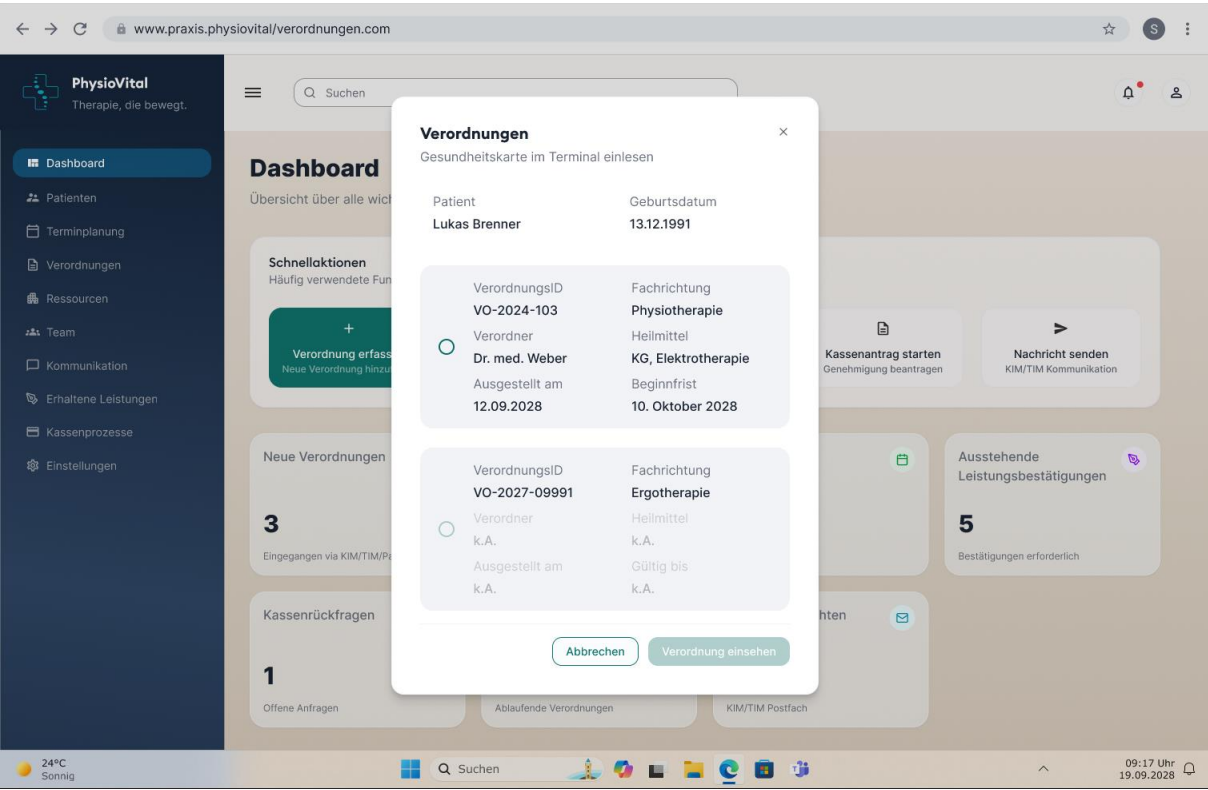


Abbildung 5 Beispielhafte Darstellung der Anzeige von zwei Verordnungen aus unterschiedlichen Heilmittelbereichen.

Die im Folgenden genannten OIDs basieren auf der gemSpec_OID und den Festlegungen für [Institutionen](#).

Tabelle 5 Einlöseberechtigte Institutionen

Institution	Einlösbare Heilmittel-Verordnungen
Betriebsstätte Physiotherapie (oid_praxis-physiotherapeut)	Physiotherapie
Podologiepraxis (oid_praxis-podologe)	Podologische Therapie
Ernährungstherapeutische Praxis (oid_praxis-ernaehrungstherapeut, oid_diaetassistent)	Ernährungstherapie
Ergotherapiepraxis (oid_praxis-ergotherapeut)	Ergotherapie
SSSST-Praxis (Klärung der zulässigen oids muss separat mit eGBR geklärt und wird im Rahmen der technischen Konzeption ergänzt)	SSSS-Therapie

5.2.7 Fristen

Die zulässigen Fristen zum Beginn einer Behandlung nach dem Ausstellungsdatum werden (für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Sachleistungsprinzip) in den HL-Richtlinien definiert (**Beginnfristen**). Die Beginnfristen können je nach Heilmittelbereich bzw. Verordnendem oder auch einer Angabe auf der Verordnung (z. B.

Entlassverordnung, dringender Behandlungsbedarf) variieren. Diese Fristen werden im FdV den Versicherten (mit einem Kostenträger nach dem Sachleistungsprinzip) und in der Heilmittelsoftware den Therapierenden als Information angezeigt (analog zur Einlösefrist zulasten der GKV für Arzneimittelrezepte). Versicherte werden im FdV auf die Beginnfrist hingewiesen. Auch Therapierende werden in der Heilmittelsoftware auf eine überschrittene Beginnfrist hingewiesen.

Beginnfristen werden auf Basis eines Merkmals im Verordnungsdatensatzes berechnet:

Tabelle 6 Übersicht über Beginnfristen je Kostenträger, Dringlichkeit und Heilmittelbereich

Kostenträger	Angabe zur Dringlichkeit in Verordnung	Heilmittelbereich	Beginnfrist
GKV	Standardmäßig	Alle außer Ergotherapie	28 Tage
		Ergotherapie	28 Tage + Anzeige Hinweistext* auf Besonderheiten und spätere Beginnfrist im Einzelfall
	Dringender Behandlungsbedarf	Alle außer Ergotherapie	14 Tage
		Ergotherapie	14 Tage + AnzeigeHinweistext* auf Besonderheiten und spätere Beginnfrist im Einzelfall
	Entlassrezept	Alle	7 Tage
DGUV	Standardmäßig	Alle außer Podologie	14 Tage
		Podologie	28 Tage
	Dringender Behandlungsbedarf	Alle	7 Tage
Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip	Immer	Alle	Keine

*Hinweistext für FdV: „Die angezeigte Beginnfrist wurde automatisch berechnet. Bitte prüfen Sie, ob es sich um eine folgende Verordnung im laufenden Verordnungsfall handelt. Ist eine zuvor ausgestellte Verordnung zur selben Diagnose und Diagnosegruppe noch nicht vollständig erbracht, kann die folgende Verordnung über die angezeigte Beginnfrist hinaus gültig bleiben. Der Beginn muss dann innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem letzten Behandlungstermin der zuvor ausgestellten Verordnung erfolgen.“

Eine eindeutige Frist zur Einlösung einer Verordnung ist durch die Richtlinie nicht definiert. Es wird daher eine technische **Löschfrist** von 100 Tagen (analog zum Arzneimittelrezept und der Löschregel, die auf § 360 Abs. 11 SGB V basiert)

vorgesehen. In diesem Zeitraum können Versicherte eine Verordnung an eine Heilmittelpraxis über einen der oben beschriebenen Einlösewege übergeben. Die Therapierenden können die Beginnfrist dann prüfen.

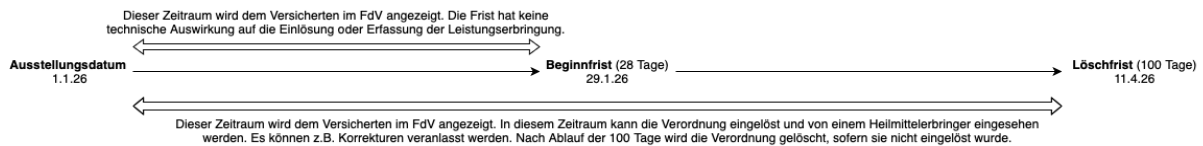


Abbildung 6 Beispielhafte Berechnung der Fristen

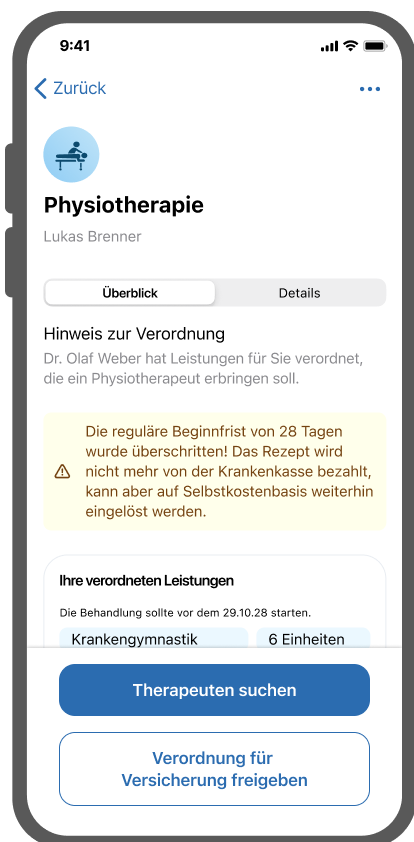


Abbildung 7 Beispielhafte Darstellung einer Warnung im FdV bei Überschreiten der Beginnfrist

Hinweis zum Umgang mit der Löschfrist im Bereich der Ergotherapie:

In der Ergotherapie kann es aufgrund der Regelungen für folgende Verordnungen und der Unterbrechungslogik nach § 16 Abs. 4 Heilmittel-Richtlinie und § 7 Abs. 3a Ergotherapievertrag dazu kommen, dass der Start der Behandlung auf Basis der folgenden Verordnung bis zu 602 Tage nach dem Ausstellungsdatum liegt. Um die automatische Löschung der Verordnung nach 100 Tagen in diesem Fall zu verhindern, muss der Versicherte die folgende Verordnung innerhalb der Löschfrist von 100 Tagen bei seiner Heilmittelpraxis einlösen. Nach der Einlösung wird die Verordnung erst nach Abschluss der Verordnung gelöscht.

5.2.8 Sonderfall: Praxiswechsel während der Leistungserbringung

Es wird in zwei Szenarien unterschieden:

Im Falle **eines Inhaberwechsels** soll eine lückenlose Versorgung sichergestellt werden, ohne dass die Versicherten oder Verordnenden dadurch Aufwände haben. Der alte Inhaber kann die Verordnung teilweise abschließen und im Anschluss die Zugangsdaten zur Verordnung an den neuen Inhaber übergeben. Mit den Zugangsdaten kann der neue Inhaber die Verordnung sowie die bereits dokumentierten Leistungen einsehen und die Leistungsdokumentation fortsetzen.

Gemäß den Rahmenverträgen muss es möglich sein, dass **Versicherte während der Leistungserbringung die Heilmittelpraxis wechseln können** (z. B. nach einem Umzug). Um hierbei die Abrechnung für den ersten Leistungserbringer sicherzustellen, kann der Praxiswechsel technisch nur von der Heilmittelpraxis initiiert werden. Versicherte müssen daher die Heilmittelpraxis auffordern, die Verordnung wieder zur Einlösung freizugeben. Die Heilmittelpraxis kann die Verordnung über die Heilmittelsoftware teilweise abschließen und dann zur Einlösung freigeben. Die Versicherten können dann die Verordnung über die oben beschriebenen Wege erneut einlösen. Die neu gewählte Heilmittelpraxis kann die bereits dokumentierten Leistungsdatensätze (sowohl die Anzahl als auch den Inhalt) einsehen, sodass die neue Praxis in die Lage versetzt wird, die Gesamtzahl der verordneten Behandlungseinheiten nicht zu überschreiten. Bei Überschreiten der verordneten Einheiten soll die Software die Nutzenden darauf hinweisen. Da die Behandlung bereits begonnen wurde, wird im FdV und der Heilmittelsoftware in einem solchen Fall keine Beginnsfrist mehr angezeigt. Stattdessen wird ein Hinweis eingeblendet, dass die Regelungen zu den maximal zulässigen Unterbrechungen beachtet werden müssen (siehe § 16 HL-RL und Verträge nach § 125a SGB V mit dem GKV-SV). Aufgrund der Komplexität und Individualität dieser Fristen je nach Behandlungsfall erfolgt deren Prüfung jedoch nicht im Fachdienst.

In einer weiteren Ausbaustufe kann geprüft werden, ob der Praxiswechsel auch durch den Versicherten über das FdV initiiert werden kann.

Für die Abrechnung der erbrachten Behandlungseinheiten muss sichergestellt werden, dass jede Heilmittelpraxis eine abrechnungsbegründende Verordnung sowie eine Quittung erhält. Dies wird im Kapitel 5.4- Dokumentation der erbrachten Leistungen ausführlich beschrieben.

5.2.9 Einsichtnahme der Verordnung durch Kostenträger (z. B. für Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf)

Disclaimer: gesetzliche Grundlage für Zugriff der Kostenträger auf die Verordnung ist Voraussetzung

Ggf. hält es die versicherte Person für sinnvoll, einen Antrag auf langfristige Genehmigung bzw. Langzeitverordnung (DGUV) beim Kostenträger zu stellen. Dieser Antrag kann vor oder nach der Einlösung auf verschiedenen Wegen beim Kostenträger eingereicht werden. Das Fachkonzept macht zu der Antragstellung keine Vorgaben. Da im Rahmen der Antragsprüfung der Kostenträger die Verordnung einsehen können muss, kann entweder:

- der Patientenausdruck (inkl. Zugangsdaten zur Verordnung) übergeben werden oder
- ein auf dem Patientenausdruck angegebenes Geheimnis (z. B. 6-stelliger Code) per Telefon mitgeteilt werden oder

- dem Kostenträger im FdV die Zugriffsinformationen auf die Verordnung übergeben werden,

sodass der Kostenträger (Sachleistungsprinzip) die Verordnung vom Fachdienst herunterladen und einsehen kann. Alle drei Optionen stellen die Einwilligung eines Versicherten dar, dass der Kostenträger auf eine Verordnung zugreifen darf. Das Ermöglichen eines Zugriffs auf die Verordnung in diesem Prozessschritt ändert den Status der Verordnung bzw. des Vorgangs nicht. Es wird durch den Fachdienst auch kein Ergebnis erfasst, sondern der Verwaltungsakt außerhalb der Telematikinfrastruktur abgeschlossen.

Neben der Antragsprüfung kann es bei gesetzlich Versicherten im Rahmen der Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V oder im Beratungsfall notwendig sein, dem Kostenträger Zugriff auf eine Verordnung zu ermöglichen.

Bei Kostenträgern nach Kostenerstattungsprinzip (z. B. Private Krankenversicherung) kann durch Versicherte eine Kostenzusage angefragt werden, um vor Erbringen der Leistung zu klären, ob die Kostenerstattung nach Einreichen der Belege erfolgen wird. Dazu wird die Möglichkeit geschaffen, die Verordnung als PDF/A-3 im FdV bereitzustellen, sodass eine Weiterleitung des Dokuments an Kostenträger im Kostenerstattungsprinzip über etablierte digitale Serviceangebote ermöglicht wird. Wurde die Verordnung bereits eingelöst, sollten die Stammdaten automatisch in das PDF/A-3-Dokument übernommen werden. Liegt noch keine Einlösung vor, kann die Verordnung auch ohne Angaben der Heilmittelpraxis als PDF/A-3 übermittelt werden.

Beigefügte Daten und Dokumente, die vom Verordnenden im Rahmen einer Verordnung bereitgestellt werden, dürfen in diesem Anwendungsfall vom Kostenträger nicht eingesehen werden.

Demonstrator:

- [Einsichtnahme der Verordnung durch Kostenträger: Antrag auf LHB](#)

5.2.10 Einlösen als Vertretender

Häufig übernehmen pflegende Angehörige oder gesetzliche Vertretende die Aufgaben der Versicherten, wenn diese nicht selbst dazu in der Lage sind. In dem Konzept wird die Rolle von Vertretenden vorgesehen, jedoch nicht definiert, wie das Vertretungsverhältnis eingerichtet werden kann. Dies wird in einer anwendungsübergreifenden Vertreterregelung für alle Anwendungen der Telematikinfrastruktur definiert. Sofern nicht anders ausgeführt, haben Vertretende die gleichen Rechte wie die Versicherten selbst.

5.2.11 User Stories

Als Versicherte bzw. Versicherter möchte ich ...

1. die Verordnung komfortabel und ohne Medienbruch bei der Heilmittelpraxis meiner Wahl einlösen können. Hierfür möchte ich die gleichen Einlösewege nutzen wie für andere Verordnungen, damit ich nichts Neues lernen muss.
2. bei der Suche nach einer passenden Heilmittelpraxis im FdV nur die Einrichtungen angezeigt bekommen, die für meine verordneten Leistungen qualifiziert und ggf. auch spezialisiert sind.
3. einzelne Verordnungen aus unterschiedlichen Heilmittelbereichen bei unterschiedlichen Heilmittelpraxen einlösen können.

- 1008 4. im FdV nachvollziehen können, wenn eine Heilmittelpraxis meine Anfrage
1009 angenommen (oder abgelehnt) hat und in welchem Status sich die Verordnung
1010 danach befindet.
- 1011 5. im FdV einstellen können, dass meine Stamm-Heilmittelpraxis immer automatisch
1012 Anfragen zu folgenden Verordnungen erhalten soll, sodass ich nicht jedes Mal
1013 aktiv werden muss.
- 1014 6. von meinem FdV vor der Anfrage einer Heilmittelpraxis darauf hingewiesen
1015 werden, wenn ich eine Stamm-Heilmittelpraxis ausgewählt habe, sodass ich noch
1016 eine andere Heilmittelpraxis auswählen kann.
- 1017 7. im FdV meine bevorzugten Heilmittelpraxen als Favorit markieren, damit ich diese
1018 bei der Einlösung einer neuen Verordnung schneller finde und nicht jedes Mal
1019 manuell suchen muss.
- 1020 8. meinen Anspruch auf einen Ausdruck zur Verordnung in Anspruch nehmen
1021 können, insbesondere bei Erstverordnungen und wenn ich kein FdV nutze, damit
1022 ich bei der Suche nach einer Heilmittelpraxis lesen kann, was mir verordnet
1023 wurde.
- 1024 9. meinem Kostenträger die Verordnung vor und nach der Einlösung bereitstellen
1025 können, um bspw. einen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf vollständig
1026 einreichen zu können.
- 1027 10. meinem Kostenträger die Verordnung als Beleg einreichen können, um z. B. eine
1028 Kostenerstattung oder Vorabgenehmigung (PKV) zu beantragen.
- 1029 11. meine Kontaktdaten für die Heilmittelpraxis hinterlegen können, wenn ich eine
1030 Heilmittelpraxis über mein FdV anfrage.
- 1031 12. dass die Angaben im FdV leicht und verständlich sind (z. B. „Sie erhalten 6
1032 Einheiten Ernährungstherapie à 60 Minuten wegen ... Die Verordnung muss
1033 begonnen werden bis...“).
- 1034 13. als gesetzlich versicherte Person nur Heilmittelpraxen angezeigt bekommen, die
1035 eine GKV-Zulassung haben.
- 1036 14. als privat versicherte Person auch Heilmittelpraxen angezeigt bekommen, die
1037 einen TI-Anschluss, aber keine GKV-Zulassung haben.
- 1038 15. meine Behandlung jederzeit bei einer Heilmittelpraxis beenden und in einer
1039 anderen Heilmittelpraxis - ohne neue Verordnung - fortsetzen können.
- 1040 16. in meinem FdV weitere Heilmittelpraxen nacheinander anfragen können, wenn
1041 sich die ursprünglich angefragte Heilmittelpraxis nicht zurückmeldet.
- 1042 Als Heilmittelpraxis möchte ich ...
- 1043 1. zur Einlösung alle verfügbaren Einlösewege unterstützen können, sodass ich
1044 keinen Versicherten abweisen muss (z. B. Scan des Patientenausdrucks, mobiler
1045 Abruf via PoPP und eGK, Empfang der Verordnung via FdV).
- 1046 2. vor der Annahme einer Verordnung alle Informationen aus der Verordnung (z. B.
1047 Diagnosen oder Leistungen) einsehen können, um sie zu prüfen und die Zusage
1048 geben zu können, dass ich die notwendigen Kapazitäten habe, um die Leistung zu
1049 erbringen.
- 1050 3. Verordnungen auch dann schon annehmen können, wenn der erste
1051 Behandlungstermin erst in mehreren Wochen möglich ist, damit die Verordnung
1052 zwischenzeitlich nicht in einer anderen Praxis eingelöst wird und ich die Termine
1053 umsonst freihalte.

- 1054 4. nach der Annahme einer Verordnung (auch während der Leistungserbringung)
1055 über meine Software an den Versicherten zurückgeben können, falls ich die
1056 Verordnung nicht annehmen möchte oder die Behandlung beenden möchte und
1057 die Leistungen zukünftig durch eine andere Heilmittelpraxis erbracht werden
1058 sollen.
- 1059 5. , dass meine Software die CAN der Versicherten dauerhaft speichert, sodass ich
1060 diese nicht jedes Mal eingeben muss, wenn eine Verordnung auf meinem mobilen
1061 Gerät eingelöst wird (soll auch geräteübergreifend funktionieren).
- 1062 6. einen Warnhinweis in meiner Heilmittelsoftware bei unvollständigen
1063 Verordnungen oder der Überschreitung der Beginnfrist zur Fehlerminimierung
1064 erhalten.
- 1065 7. die Übernahme der Daten aus der Verordnung direkt in die Heilmittelsoftware,
1066 sodass ich keine manuellen Aufwände damit habe.
- 1067 8. dass die Umstellung auf die elektronische Verordnung für mich und meine
1068 Praxiskolleginnen und -kollegen möglichst einfach und problemlos verläuft.
- 1069 9. bei einem Inhaberwechsel die Verordnungen meines Vorgängers übernehmen
1070 können, ohne die Verordnenden involvieren zu müssen.
- 1071 10. auch bei temporären Ausfällen des Netzwerks oder der TI eine Möglichkeit haben
1072 ein papierbasiertes Ersatzverfahren entgegenzunehmen und nachträglich digital
1073 auf die Verordnung zugreifen zu können.
- 1074 11. dass die Versicherten im FdV informiert werden, wenn ich die Verordnung
1075 angenommen habe.
- 1076 12. nach dem Stecken der eGK (bzw. nach dem Erzeugen eines PoPP-Tokens) sehen
1077 können, wenn Verordnungen aus anderen Heilmittelbereichen vorliegen, um die
1078 Versicherten nicht in die Arztpraxis, sondern zum richtigen Leistungserbringer
1079 weiterleiten zu können.
- 1080 13. als neuer Inhaber einer Heilmittelpraxis bei der Übernahme einer bestehenden
1081 Praxis die Zugriffsinformationen zu den Verordnungen, die ich übernehme, ohne
1082 manuellen Aufwand in mein neues System übertragen können, sodass ich die
1083 Leistungserbringung ohne Unterbrechung fortsetzen kann.
- 1084 Als Sachbearbeitender bei einem Kostenträger möchte ich ...
- 1085 1. einen vollelektronischen Verordnungs- und Einlöseprozess, sodass ich keine
1086 papiergebundenen Unterlagen mehr aufbewahren muss.
- 1087 2. (nach Einverständnis) auch vor oder nach der Einlösung bei einer
1088 Heilmittelpraxis einen unkomplizierten Zugriff auf die Verordnungsdaten erhalten,
1089 um den Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf oder Kostenerstattung prüfen zu
1090 können.
- 1091 3. dass die Verordnung im Rahmen eines Antrags (z. B. auf langfristigen
1092 Heilmittelbedarf) vollautomatisiert überspielt wird (an/in die Systeme der KTR)
1093 und nicht einzeln, versichertenbezogen und manuell von den Mitarbeitenden der
1094 Krankenkassen abgerufen werden müssen.
- 1095 Als Ärztin bzw. Arzt möchte ich ...
- 1096 1. wissen, ob die von mir ausgestellte Verordnung eingelöst wurde.

1097 **5.3 Verordnung ändern**

1098 **Disclaimer:** Die Beschreibung des Anwendungsfalls basiert auf den aktuell zulässigen
1099 Änderungsmöglichkeiten auf Basis der Heilmittel-Richtlinie und der Verträge nach § 125a
1100 SGB V. Sollte es hier zu Änderungen kommen, werden diese entsprechend entweder im
1101 Rahmen der technischen Konzeption oder einer Ausbaustufe der elektronischen
1102 Verordnung für Heilmittel berücksichtigt und eingearbeitet.

1103 **5.3.1 Beschreibung**

1104 Im Rahmen der Verordnung von Heilmitteln kann es nach der Ausstellung einer
1105 Verordnung erforderlich werden, inhaltliche Änderungen oder Ergänzungen
1106 vorzunehmen. Der Korrekturprozess stellt sicher, dass alle beteiligten Akteure –
1107 insbesondere Verordnende, Therapierende und Kostenträger, aber auch Versicherte –
1108 stets Zugriff auf die aktuellste und gültige Version der Verordnung haben. Frühere
1109 Versionen werden ebenfalls gespeichert und können bei Bedarf in der jeweiligen
1110 Software der Akteure eingesehen werden. Zudem wird gewährleistet, dass die Historie
1111 der Änderungen transparent und nachvollziehbar bleibt und das Vorgehen strukturiert
1112 und einheitlich erfolgt. Als Referenz für die Berechnung der Fristen (z. B. Beginnfrist)
1113 wird das Ausstellungsdatum der initialen Verordnung verwendet.

1114 In der HeiM-Richtlinie werden die fachlichen Regeln zu den zulässigen
1115 Änderungsmöglichkeiten definiert bzw. je nach Heilmittelbereich in den Anlagen 3a und
1116 3b zu den Verträgen nach § 125 SGB V. Zusammengefasst lassen sich für alle
1117 Verordnungen folgende prozessuale Möglichkeiten beschreiben. Die Heilmittelsoftware
1118 unterstützt Mitarbeitende der Heilmittelpraxis dabei, den richtigen Anwendungsfall zu
1119 wählen, sodass hierbei keine Fehler passieren können.

1120 **1) Änderung durch Verordnende vor der Einlösung**

1121 Der Verordnende bemerkt nach der Signatur des Verordnungsdatensatzes, dass eine
1122 Angabe in der Verordnung geändert werden soll. Er erstellt eine neue Version der
1123 Verordnung. Dies ist so lange möglich, bis die Verordnung eingelöst worden ist. Danach
1124 muss zwingend eine Korrekturanforderung (s. u.) vorliegen, damit der Verordnende eine
1125 neue Version erstellen kann. Während der Korrektur durch Verordnende kann die
1126 Verordnung nicht eingelöst werden. Sollte die versicherte Person in diesem Zeitraum
1127 versuchen, die Verordnung einzulösen, so ist dies zwar nicht möglich, aber die
1128 Heilmittelpraxis sieht, dass sich eine Verordnung in Korrektur befindet. Alternativ zur
1129 Erstellung einer neuen Version kann der Verordnende die initiale Verordnung löschen,
1130 solange sie noch nicht eingelöst wurde und eine neue Verordnung speichern. Dies ist
1131 notwendig, wenn bestimmte Angaben auf einer Verordnung nicht im Nachhinein
1132 korrigiert werden dürfen. Details hierzu werden im Rahmen der technischen Konzeption
1133 ausgearbeitet.

1134 *Beispiel: Ein Verordnender erkennt, dass versehentlich KG statt MT ausgewählt und*
1135 *verordnet wurde, und möchte dies nachträglich ändern.*

1136 **2) Zustimmungspflichtige Änderung der Verordnung durch Verordnende nach** 1137 **der Einlösung (angefordert durch eine Heilmittelpraxis) - vor und während der** 1138 **Leistungserbringung**

1139 Die Heilmittelpraxis bemerkt nach der Einlösung oder während der Leistungserbringung
1140 einen Änderungsbedarf, der durch den Verordnenden unterzeichnet werden muss. Die
1141 Heilmittelpraxis stellt eine Korrekturanfrage bei der Arztpraxis, inklusive
1142 eines optionalen Vorschlags zum Verordnungsinhalt, klassifiziert (medizinisch oder
1143 formal) und begründet die Anfrage (es wird geprüft, ob standardisierte Korrekturgründe
1144 und Korrekturmöglichkeiten in der Anlage des HL-RL definiert werden können). Der

Korrekturvorschlag kann so lange von der Heilmittelpraxis überschrieben oder gelöscht werden, bis der Verordnende auf die Anfrage geantwortet hat. Die Korrekturanfrage wird im PVS angezeigt und kann entweder abgelehnt oder durch die Erstellung einer neuen Version der Verordnung beantwortet werden. Die anfragende Heilmittelpraxis kann die neue Version der Verordnung dann sofort einsehen. Sollte die Anfrage abgelehnt werden, wird die Heilmittelpraxis ebenfalls informiert. Versicherte können den Prozess transparent sehen, aber nicht eingreifen.
Eine Änderung der Verordnung ist nach dem Abschluss der Verordnung nicht mehr möglich, da dann die Verordnung spätestens nach Ablauf einer Frist (100 Tage) automatisch gelöscht wird (oder manuell durch Versicherte).

Beispiel: Hausbesuch wird im Laufe der Behandlung nötig - der Hausbesuch muss nachträglich für die restlichen Behandlungseinheiten verordnet werden.

Demonstrator:

- [Verordnung ändern: Korrekturanfrage durch Therapeuten an den Arzt](#)

3) Änderung durch den Therapierenden (mit Information an Arztpraxis) - VOR und WÄHREND der Leistungserbringung

Die Heilmittelpraxis bemerkt nach der Einlösung oder während der Leistungserbringung einen Änderungsbedarf, der ggf. mit dem Verordnenden besprochen, aber nicht durch den Verordnenden erneut unterzeichnet werden muss. Die Heilmittelpraxis erfasst die Änderung an der Verordnung in ihrer Heilmittelsoftware. Der Änderungsvermerk wird in der Fachanwendung eVO gespeichert und steht automatisch der Arztpraxis zur Einsicht zur Verfügung, sodass die Information für folgende Verordnungen und zur Nachvollziehbarkeit der erbrachten Leistungen genutzt werden kann. Die Information zur Änderung wird im Rahmen der Abrechnung ebenfalls an den Kostenträger übermittelt (Details zur Abrechnung werden nicht in diesem Fachkonzept, sondern in den Verträgen nach § 125 SGB V definiert). Sollte im Rahmen der Abrechnung eine Korrektur dieser Angaben notwendig sein, kann ein korrigierter Datensatz gespeichert und übermittelt werden.

Hinweis: Dieser neue Kommunikationskanal, um die Arztpraxis zu informieren, ist optional. Andere, bereits bestehende Kommunikationskanäle für diesen Anwendungsfall werden nicht untersagt. Eine geeignete Automatisierung dieses Prozessschrittes durch die Heilmittelsoftware kann zu einer Entlastung in den Heilmittelpraxen führen.

Beispiel: Bei einer Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie durch die Heilmittelpraxis erfolgt eine Information an die Arztpraxis.

Demonstrator:

- [Verordnung ändern: Korrektur durch Therapeut und Information an den Arzt](#)

4) Änderung durch den Therapierenden (im Einvernehmen mit Verordnenden) - VOR und WÄHREND der Leistungserbringung

Die Form und der Kanal der Rücksprache zum Einvernehmen werden durch das Konzept nicht definiert. Es können Anwendungsfall 2 (wenn die Rücksprache in Form einer Signatur durch den Verordnenden bestätigt werden soll) bzw. Anwendungsfall 3 (wenn die Rücksprache außerhalb der TI erfolgt) dafür genutzt werden.

5.3.2 Grundsätzliche Anforderungen, die an den Korrekturprozess gestellt werden

1. Klarheit zu (Un-)Gültigkeit der Verordnung bzw. Korrekturanfrage:
 - a. Eine neu signierte Version einer Verordnung ist immer die aktuell gültige Version.

- 1192 b. Eine neu signierte Version macht vorhergehende Versionen einer Verordnung
1193 ungültig.
- 1194 c. Die Versionen einer Verordnung müssen nachvollziehbar sein, d. h. sie sind
1195 immer dem ursprünglichen Vorgang zuzuordnen.
- 1196 d. Die Korrekturanfrage wird automatisch beendet, sobald eine neue Version der
1197 Verordnung ausgestellt oder die Anfrage abgelehnt wurde.
- 1198 2. Eine schnelle und enge Zusammenarbeit der Akteure wird ermöglicht:
- 1199 a. Es kann beliebig viele Versionen einer Verordnung geben, aber nur die
1200 neueste Version ist gültig.
- 1201 b. Es kann daher bei Bedarf mehr als eine Korrekturschleife durchlaufen werden.
1202 Die einzelnen Korrekturanfragen müssen immer auf der zuletzt gültigen bzw.
1203 aktuellen Version aufbauen.
- 1204 3. Transparenz für alle Akteure, sobald diese erstmalig in den Vorgang involviert
1205 werden:
- 1206 a. Alle Versionen einer Verordnung können von Heilmittelpraxis, Arztpraxis und
1207 Versicherten eingesehen werden (sobald sie Zugriff gemäß Prozessbild
1208 haben).
- 1209 4. Inhaltliche Klarheit:
- 1210 a. Änderungen von Stammdaten des Versicherten, des Verordnenden, der
1211 Arztpraxis oder des Kostenträgers sollen nicht im Rahmen einer
1212 Korrekturanfrage angefragt werden können.
- 1213 b. Korrekturanfragen beziehen sich daher beispielsweise auf verordnete
1214 Leistungen, ICD-10-Codes, Diagnosengruppen, Leitsymptommatiken oder die
1215 Anforderung eines Therapieberichts.
- 1216 c. Eine Korrekturanfrage kann mehrere Korrekturbedarfe umfassen.
- 1217 5. Prozessuale Klarheit / Verantwortungsklarheit:
- 1218 a. Der Empfänger einer Korrekturanfrage muss erkennen können, wer die
1219 Anfrage gestellt hat.
- 1220 b. Korrekturanfragen zur Verordnung dürfen von Heilmittelpraxen so lange
1221 erstellt werden, bis die Verordnung abgeschlossen wurde. Also auch während
1222 der Leistungserbringung.
- 1223 c. Technisch ist sichergestellt, dass die Korrektur bzw. die neue Version der
1224 Verordnung von einem (zahn-)ärztlichen eHBA signiert wird.
- 1225 6. Flexibilität für Leistungserbringer:
- 1226 a. In Einzelfällen können neue Versionen einer Verordnung auch von anderen
1227 Verordnenden signiert werden als vom ursprünglich Verordnenden (zulässige
1228 Vertretungsregelungen werden in Anlage 2b des BMV-Ä geregelt).
- 1229 b. Signieren neuer Versionen der Verordnung ist **leistungserbringer- und**
1230 **institutionsabhängig**, aber innerhalb der jeweiligen Organisation
1231 personenunabhängig (persönliche Vertretung). Einschränkung: Im Falle einer
1232 [kollegialen Vertretung](#), d. h. eine versicherte Person wird zeitweise in einer
1233 anderen Arztpraxis betreut, ist es erforderlich, dass eine neue Verordnung
1234 statt einer neuen Version erstellt wird, da kein Zugriff auf die ursprüngliche
1235 Verordnung möglich ist.

- 1236 c. In jeder Version der Verordnung sind der Verantwortliche und der Signierende
1237 ersichtlich.
- 1238 7. Einheitliche Behandlung der Datensätze und Versionen eines Vorgangs am
1239 Fachdienst:
- 1240 a. Eine signierte Verordnung kann inhaltlich nachträglich nicht mehr verändert
1241 werden. Daher werden neue signierte Versionen erstellt.
- 1242 b. Versionen werden nicht gelöscht, sondern liegen im Fachdienst, bis der
1243 gesamte Vorgang gelöscht wird.
- 1244 c. Der Gesamtvorgang mit allen zugehörigen Versionen der Verordnungen und
1245 erstellten Korrekturanfragen hat einen Status.

1246 **5.3.3 User Stories**

1247 Als (Zahn-)Arzt bzw. Ärztin möchte ich ...

- 1248 1. nach der Ausstellung einer Verordnung die Möglichkeit haben, Angaben selbst zu
1249 ändern, wenn dies nachträglich erforderlich ist, damit die Verordnung den
1250 medizinischen Anforderungen entspricht und korrekt ist.
- 1251 2. Korrekturanfragen in meinem verordnenden System angezeigt bekommen, damit
1252 ich die notwendigen Änderungen vornehmen kann.
- 1253 3. in einer Vergleichsansicht die ursprüngliche Verordnung und die vorgeschlagenen
1254 Änderungen gegenübergestellt sehen, damit ich den Änderungsbedarf schnell
1255 bewerten kann.
- 1256 4. die Möglichkeit haben, eine Korrekturanfrage abzulehnen und eine Begründung
1257 dafür anzugeben, um die ursprüngliche Verordnung beizubehalten und
1258 Rückfragen zu vermeiden.
- 1259 5. eine neue Version der Verordnung erstellen können, die entweder den
1260 Korrekturvorschlägen entspricht oder von diesen abweicht, um medizinische
1261 Entscheidungen flexibel treffen zu können.
- 1262 6. dass die neue, korrigierte Verordnung bzw. die Ablehnung einer Anfrage
1263 automatisch an den Anfragenden übermittelt wird, damit ich hier keine manuellen
1264 Aufwände habe.
- 1265 7. dass eine MFA in meiner Praxis die Änderungsanfragen ebenfalls einsehen und
1266 bearbeiten kann.
- 1267 8. immer über neu eingetroffene Anfragen in meinem verordnenden System
1268 informiert werden, damit ich zeitnah eine Rückmeldung geben kann.
- 1269 9. im Einzelfall auch korrigierte Verordnungen von Kollegen aus meiner Praxis mit
1270 der Institutionskarte signieren können, wenn diese die neue Verordnung nicht
1271 selbst unterschreiben können (z. B. Urlaub, Wochenende), damit die
1272 Versorgung sichergestellt ist.
- 1273 10. gelöschte bzw. zurückgezogene Korrekturanfragen nicht angezeigt bekommen,
1274 sodass ich mir damit keine Arbeit mache.
- 1275 11. immer die originale und neueste Version des Verordnungsdatensatzes einsehen
1276 können.
- 1277 12. dass bei Ablauf der Frist zum Behandlungsbeginn keine neue Verordnung
1278 ausgestellt und signiert werden muss, nur weil noch kein Termin in der
1279 Heilmittelpraxis vereinbart werden konnte.

- 1280 13. eine vollständige Versionshistorie der Verordnung einsehen können, damit ich alle
1281 Änderungen und Korrekturen nachvollziehen kann.
- 1282 14. mehrere inhaltliche Änderungsanfragen zu einer Verordnung gebündelt
1283 bearbeiten können, damit Mehrfacharbeit vermieden wird.
- 1284 15. bei mehreren inhaltlichen Änderungsanfragen zu einer Verordnung einzelne
1285 Änderungsvorschläge teilweise übernehmen und andere ablehnen können.
- 1286 16. erkennen können, ob Änderungsanfragen bereits in meiner Praxis von einer
1287 berechtigten Person bearbeitet werden, damit Doppelbearbeitungen innerhalb der
1288 Praxis vermieden werden.
- 1289 17. Änderungsanfragen an berechnigte Personen in meiner Praxis weiterleiten können,
1290 damit die Bearbeitung effizient erfolgt.

1291 Als Heilmittelerbringer bzw. Heilmittelerbringerin möchte ich ...

- 1292 1. eine Korrekturanfrage an die Arztpraxis stellen können, wenn ich der Ansicht bin,
1293 dass die Verordnung aus medizinischen oder formalen Gründen korrigiert werden
1294 sollte, damit die Versorgung der Versicherten korrekt durchgeführt werden kann.
- 1295 2. im Falle einer versendeten Korrekturanfrage den aktuellen Bearbeitungsstatus
1296 einsehen können (z. B. "Korrekturanfrage versendet", "geändert", "freigegeben",
1297 "abgelehnt").
- 1298 3. in der Korrekturanfrage konkrete Vorschläge für Änderungen machen können, um
1299 den Verordnenden bei der Bearbeitung zu unterstützen.
- 1300 4. in der Korrekturanfrage Begründungen für meine vorgeschlagenen Änderungen
1301 senden können, um Rückfragen zu vermeiden.
- 1302 5. dass mein HMS die Anfrage automatisch an die richtige Arztpraxis sendet, damit
1303 ich keine manuellen Aufwände bei der Auswahl des Adressaten habe.
- 1304 6. automatisch Zugriff auf die neueste Version der Verordnung erhalten, sobald eine
1305 neue Version signiert wurde, damit ich die Versorgung auf Basis der aktuellen
1306 Verordnung durchführen kann.
- 1307 7. Korrekturanfragen zurückziehen oder aktualisieren können, wenn sich der Bedarf
1308 geändert hat.
- 1309 8. immer die originale und neueste Version des Verordnungsdatensatzes einsehen
1310 können und Änderungen zwischen den Versionen leicht erkennen können.
- 1311 9. die Möglichkeit erhalten, kleinere Änderungen (z. B. Frequenz) digital zu erfassen,
1312 ohne dass die gesamte eVO neu ausgestellt werden muss.
- 1313 10. dass jede telefonische oder elektronische Rücksprache in der eVO dokumentiert
1314 werden kann, um Rechtssicherheit zu gewährleisten.

1315 Als Versicherter bzw. Versicherte möchte ich ...

- 1316 1. über Änderungen an meiner Verordnung informiert werden, damit ich den
1317 aktuellen Stand nachvollziehen kann.
- 1318 2. den Grund für Änderungen nachvollziehen können.
- 1319 3. nachvollziehen können, welche Version der Verordnung aktuell gültig ist, um
1320 sicherzustellen, dass meine Versorgung korrekt erfolgt.
- 1321 4. die Möglichkeit haben, die Arztpraxis auf Anpassungsbedarf in der Verordnung
1322 hinzuweisen, solange diese noch nicht eingelöst worden ist, um sicherzustellen,
1323 dass die Verordnung meinen Bedürfnissen entspricht.

5.4 Dokumentation der erbrachten Leistungen

5.4.1 Beschreibung

Zu jeder Behandlungseinheit innerhalb einer Verordnung wird die Leistung durch die Heilmittelpraxis dokumentiert. Dabei werden zwei Datensätze erstellt, die unterschiedliche Zwecke erfüllen. Diese werden im Folgenden beschrieben.

5.4.2 Dokumentation der erbrachten Leistungen zur Transparenz für Versicherte und Verordnende (Leistungsdatensatz)

Zur Dokumentation der erbrachten Leistungen muss je Behandlungseinheit ein Leistungsdatensatz mit den Angaben zur erbrachten Leistung zu einer Verordnung von der Heilmittelpraxis erfasst und gespeichert werden, bis die Verordnung als (teilweise) abgeschlossen bzw. abgebrochen markiert oder die Gültigkeit der Verordnung überschritten wurde. Dies gilt für Versicherte aller Kostenträger. Jeder Datensatz wird von der Praxis mit der SM(C)-B signiert und auf dem Fachdienst gespeichert. Eine Bestätigung durch den Versicherten ist nicht notwendig. Es können sowohl Leistungen, die von Versicherten mit einem Leistungsnachweis bestätigt werden, als auch Leistungen, die nicht von Versicherten bestätigt werden, erfasst werden (z. B. Anfertigen einer ergotherapeutischen Schiene). Die Heilmittelsoftware unterstützt bei der Befüllung des Datensatzes durch z. B. die Übertragung von Angaben aus dem Verordnungsdatensatz, der Behandlungsdokumentation und die automatische Befüllung von gleichbleibenden Stammdaten zur Einrichtung. Die Heilmittelsoftware soll sicherstellen, dass vertraglich geregelte Anforderungen an Qualifikationen von Heilmittelerbringenden bei der Leistungserbringung und der Dokumentation der erbrachten Leistung eingehalten werden. Der Leistungsdatensatz sollte in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Leistungserbringung, im besten Fall zeitgleich mit der Leistungsbestätigung durch den Versicherten, gespeichert werden.

Durch die Speicherung im Fachdienst stehen diese Informationen Versicherten selbst über das FdV und Verordnenden über das PVS zur Verfügung. Der Fachdienst übermittelt zur langfristigen Speicherung dieser Informationen den Datensatz in eine Therapieübersicht in der ePA (siehe hierzu auch 5.1.2- Übersicht über alle verordneten Leistungen in der ePA), sodass alle ePA-Berechtigten einen Überblick über die vergangene und aktuelle Therapie erhalten.

Gemäß § 13a HL-RL können Verordnende bestimmte Entscheidungen, wie die Wahl des Heilmittels oder die Anzahl an Behandlungseinheiten an die Heilmittelerbringenden übertragen ("Blankoverordnung"). Die Entscheidung der Heilmittelerbringenden wird durch die Erfassung der Leistungsdatensätze dokumentiert.

Der Leistungsdatensatz **wird durch die gematik definiert** und umfasst beispielsweise folgende Inhalte (die Details werden in der technischen Spezifikation ausgearbeitet):

- Angaben zur Institution
- Angaben zur durchführenden Person (Kürzel / Name des Therapierenden sofern diese Information auf vertraglicher Grundlage erfasst werden muss)
- Datum/Zeitpunkt der Leistungserbringung (kann ggf. vom Speicherdatum abweichen, sofern ein Ersatzverfahren und eine nachträgliche Bereitstellung der eVO erfolgen)
- Alle abgegebenen Heilmittel (hier sollen die gleichen Leistungen, wie in einer Verordnung erfasst werden können → Basis Stammdatei bzw. Informationsmodell)

5.4.3 Dokumentation der erbrachten Leistungen für die Abrechnung (Abrechnungsdatensatz)

Es ist vertraglich geregelt, dass jede erbrachte Leistung durch Heilmittelerbringende erfasst und durch die Versicherten bestätigt werden muss. Diesen "Leistungsnachweis" müssen Heilmittelerbringende für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Sachleistungsprinzip im Rahmen der Abrechnung an den Kostenträger übermitteln. Hierfür werden ein Datensatz ("Abrechnungsdatensatz") und die zulässigen Verfahren zur Bestätigung der Leistung durch den GKV-SV definiert. Das Fachkonzept macht keine weiteren Vorgaben zu diesem Anwendungsfall. Für Verordnungen zulasten von Kostenträgern im Kostenerstattungsprinzip wird dieser Datensatz nicht benötigt.

5.4.4 User Stories

Als (Zahn-)Arzt bzw. Ärztin möchte ich ...

1. Transparenz über die Heilmittelbehandlung erhalten, sodass ich einen guten Überblick über die Therapie der Versicherten habe.
2. eine Übersicht zu erbrachten Leistungen, der von mir bzw. Verordnenden meiner Betriebsstätte ausgestellten Verordnungen erhalten können, um zum Beispiel mit dieser Information regional vereinbarte Ziele zur Wirtschaftlichkeit zu überprüfen.

Als Therapeut bzw. Therapeutin möchte ich ...

1. dass meine Stammdaten automatisch in den Leistungsdatensatz übertragen werden, sodass ich keine manuellen Aufwände habe.
2. den Leistungsdatensatz digital mit der Institutionskarte signieren können.
3. in dem Leistungsdatensatz Angaben wie "Hausbesuch" erfassen können, damit der Verordnende darüber informiert ist.
4. die erfassten Leistungsdaten standardisiert für die Abrechnung weiterverwenden können, um den administrativen Aufwand zu reduzieren.

Als Versicherter bzw. Versicherte ...

1. die bereits erhaltenen Leistungen in meinem FdV einsehen können, sodass ich eine Übersicht habe, wann ich eine folgende Verordnung benötige.
2. nachvollziehen können, welche Leistungen durch meine Heilmittelpraxis dokumentiert wurden.

5.5 Therapiebericht dem Verordnenden bereitstellen

5.5.1 Beschreibung

Sofern Verordnende für die Entscheidung über die Fortführung der Therapie einen schriftlichen Bericht über den Therapieverlauf nach Ende der Behandlungsserie für notwendig halten, kann dies durch eine entsprechende Angabe in der Verordnung bei der Heilmittelpraxis angefordert werden (siehe § 16 Abs. 7 HL-RL und § 15 Abs. 5. HL-RL-Zahnärzte). Sofern vertraglich unterschiedliche Arten von Therapieberichten vereinbart wurden, kann auch die Art im Rahmen der Verordnung definiert werden ([wird im Informationsmodell entsprechend abgebildet](#)). Die Inhalte des Therapieberichtes werden insbesondere durch die Richtlinien und die Verträge nach § 125 SGB V für die jeweiligen Heilmittelbereiche definiert und können als Freitext durch Heilmittelerbringende erfasst

werden. Auch bei einer elektronischen Verordnung kann ein Therapiebericht angefordert werden. Dieser kann von Heilmittelerbringenden als PDF den Verordnenden bereitgestellt werden, sobald die Verordnung abgeschlossen wurde. Das technische Konzept zur elektronischen Verordnung Heilmittel wird einen technischen Umsetzungsweg empfehlen, andere Übermittlungswege auch außerhalb der TI sind nicht ausgeschlossen. Im Kontext eines Therapieberichts kann der Therapierende eine Empfehlung zur Fortsetzung der Therapie strukturiert erfassen (z. B. als Metadatum am PDF), sodass diese Information Verordnenden direkt in der lokalen Akte oder einer Verordnungsübersicht als Hinweis angezeigt werden kann. Im PVS wird der bereitgestellte Therapiebericht automatisch in der lokalen Akte zur Verordnung abgelegt und kann dort eingesehen werden.

Hinweis: Die grundlegenden Regelungen, wie Daten/Dokumente zwischen Leistungserbringern begleitend zu einer Verordnung bzw. Überweisung übermittelt werden sollen, werden im Rahmen der eÜberweisung ausgearbeitet. Dort werden dann die Details zum Ablauf und der technischen Umsetzung Workflow-übergreifend definiert und für die eVO Heilmittel übernommen.

Ausblick: Für eine weitere Ausbaustufe der eVO wäre es denkbar, den Therapiebericht auch als strukturierten Datensatz zu übermitteln. Hierzu fehlt derzeit aber der gesetzliche Auftrag.

Demonstrator:

- [Therapiebericht erstellen und versenden](#)

5.5.2 User Stories

Als Arzt bzw. Ärztin möchte ich ...

1. ... den Therapiebericht digital und ohne Medienbruch in meinem PVS einsehen können.
2. ... schnell erfassen können, wenn Heilmittelerbringende die Fortsetzung der Behandlung empfehlen und eine folgende Verordnung auf Basis der vorherigen Verordnung erstellen können.
3. ... dass der Therapiebericht automatisch in der (lokalen) Akte in meinem PVS gespeichert wird, sodass ich den Bericht nicht manuell einem Patienten oder einer Verordnung zuordnen muss.

Als Therapeut bzw. Therapeutin möchte ich ...

1. ... im Rahmen der Übermittlung eines Therapieberichtes strukturierte Anfragen für folgende Verordnungen direkt an die Arztpraxis senden können, damit nahtlose Übergänge möglich sind und Behandlungslücken vermieden werden.
2. ... den Therapiebericht aus meiner HMS heraus ohne Medienbruch der Arztpraxis bereitstellen können, sodass ich keine manuellen Aufwände habe.
3. .. mich darauf verlassen und nachvollziehen können, dass der Therapiebericht in der Arztpraxis ankommt, wenn ich ihn bereitgestellt habe.

Als Versicherter bzw. Versicherte möchte ich ...

1. ... den Therapiebericht in meiner elektronischen Patientenakte einsehen können, sofern ich eine habe.

1452 **5.6 Verordnung abschließen**

1453 **5.6.1 Beschreibung**

1454 Es kann verschiedene Auslöser für den Abschluss bzw. Abbruch einer Verordnung geben.
 1455 Die Gründe und Bedingungen hierfür sind in den Verträgen mit dem GKV-SV nach § 125
 1456 Abs. 1 SGB V individuell für jeden Heilmittelbereich geregelt. Der Grund des Abschlusses
 1457 wird beim Statuswechsel durch die Heilmittelpraxis bzw. beim automatisierten
 1458 Statuswechsel durch den Fachdienst erfasst.

1459 Folgende Gründe können zum manuellen oder automatischen Abschluss der Verordnung
 1460 führen:

1461 **Tabelle 7 Übersicht über Gründe für den Abschluss einer Verordnung**

Grund	Weitere Informationen & Erläuterungen
Verordnungsmenge ausgeschöpft	Manueller Abschluss der Verordnung durch Heilmittelpraxis nach regulärem Abschluss der Behandlung.
Behandlungsabbruch, weil 1. klinische Verbesserung / Therapieziel wurde vorzeitig erreicht 2. Zugangsproblem 3. kein wahrgenommener Nutzen oder die Einschätzung, die Therapie selbst durchführen zu können (= Abbruch durch Patienten) 4. andere medizinische Behandlungen waren erfolgreich 5. Probleme in der Beziehung zwischen Patient und Behandler 6. Sonderfälle (Freitext)	Manueller Abschluss der Verordnung durch Heilmittelpraxis aufgrund eines Behandlungsabbruchs. Die konkretisierten Gründe für einen Behandlungsabbruch ergeben sich aus den Rahmenverträgen § 125 SGB V.
Behandlung wird unterbrochen, weil 1. Patient reagiert in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung 2. Therapieziel kann voraussichtlich nicht erreicht werden 3. Sonderfälle (Freitext)	Manueller Abschluss der Verordnung durch Heilmittelpraxis aufgrund einer Behandlungsunterbrechung mit Folgeentscheidung des Verordnenden über eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung. Die konkretisierten Gründe ergeben sich aus der HeilM-RL § 6a Abs. 3 + § 16 Abs. 5 Satz 1+2.
Wechsel des Leistungserbringers 1. Inhaberwechsel 2. Praxiswechsel	Manueller (teilweiser) Abschluss der Verordnung aufgrund eines Inhaberwechsels oder eines Praxiswechsels aufgrund von Versicherten- bzw. Therapierenden-Wunsch.

Zwischenabrechnung	Manueller (teilweiser) Abschluss der Verordnung für den Fall einer Zwischenabrechnung für bereits erbrachte Behandlungseinheiten (z. B. nach 3 Behandlungseinheiten in der Podologie).
Fristüberschreitung	Automatisierter Abschluss der Verordnung durch den Fachdienst nach unten definierten Fristen.

5.6.2 Manueller Abschluss der Verordnung

Damit eine Heilmittelpraxis eine Verordnung manuell abschließen kann, muss mindestens ein Leistungsdatensatz gespeichert worden sein. Sollte es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Behandlung handeln (z. B. urlaubsbedingt oder aufgrund einer Rücksprache mit der Arztpraxis über das weitere Vorgehen), ist die Verordnung nicht abzuschließen. Der Abschluss der Verordnung kann nicht rückgängig gemacht werden, sodass eine spätere Fortsetzung der Behandlung auf Basis dieser Verordnung nicht möglich ist. Der Status "Verordnung abgeschlossen" sowie der erfasste Grund für den Abschluss der Verordnung können von Versicherten im FdV und Verordnenden im PVS eingesehen werden und wird in die 5.1.2- Übersicht über alle verordneten Leistungen in der ePA übertragen. In diesem Status kann keine Korrektur der Verordnung mehr durch die Heilmittelpraxis angefragt werden. Der Therapiebericht kann in diesem Status noch übermittelt werden. Da sich die Verordnung im Status "In Behandlung" im Besitz der Heilmittelpraxis befindet, können Versicherte die Verordnung nicht selbstständig abschließen. Sollte der Versicherte die Behandlung nicht fortsetzen wollen oder einen Praxiswechsel durchführen, so muss dies in Absprache mit der Heilmittelpraxis erfolgen. In einer weiteren Ausbaustufe wird geprüft, wie der Abbruch/Abschluss der Verordnung auch durch Versicherte über das FdV initiiert werden kann.

Eine Besonderheit besteht bei dem Grund "**Wechsel des Leistungserbringers**". Hier kann die Heilmittelpraxis die Verordnung "teilweise abschließen", um die bereits erbrachten Leistungen abrechnen zu können. Anschließend kann der Versicherte die bestehende Verordnung bei einer anderen Praxis einlösen. Weitere Details dazu werden im Anwendungsfall Praxiswechsel zusammenfassend beschrieben. Auch für den Fall einer "**Zwischenabrechnung**" kann die Heilmittelpraxis die Verordnung "teilweise abschließen" und eine Quittung für die Abrechnung mit dem entsprechenden Grund erhalten. Anschließend kann die Verordnung direkt von derselben Heilmittelpraxis erneut eingelöst werden (analog Inhaberwechsel) und weitere Leistungen erfassen.

Demonstrator:

- [Verordnung abschließen](#) (Beispiel: Praxiswechsel)

5.6.3 Automatischer Abschluss der Verordnung

Für Verordnungen von Versicherten mit dem Sachleistungsprinzip

Da bestimmte Korrekturen der Verordnung noch bis zur Abrechnung möglich sind, dürfen Verordnungen erst nach Ablauf der Frist zur Abrechnung automatisch in den "Status abgeschlossen" vom Fachdienst geändert werden. Alle Heilmittelverordnungen dürfen bis zu neun Monate nach Ende des Monats der letzten Behandlung abgerechnet werden (siehe Verträge nach § 125 Abs. 1 SGB V). Daraus ergibt sich vereinfacht, dass alle

1499 Verordnungen neun Monate (279 Tage + Puffer = aufgerundet 300 Tage) nach der
1500 letzten Leistungsdokumentation im Fachdienst automatisch abgeschlossen werden und
1501 die Quittung an die Heilmittelsoftware übertragen wird.

1502 **Für Verordnungen von Versicherten mit dem Kostenerstattungsprinzip**

1503 Der Übergang erfolgt zehn Jahre nach dem Verordnungsdatum (entsprechend
1504 Kostenerstattungsprinzip in § 360 Abs. 12 SGB V).

1505 **5.6.4 Bestätigung des Abschlusses einer Verordnung (= Quittung)**

1506 Die Heilmittelpraxis, die eine Verordnung vom Fachdienst abgerufen hat, hat jederzeit
1507 die Möglichkeit, den Abschluss der Verordnung im Fachdienst zu dokumentieren und
1508 somit die Verordnung abzuschließen. Nach Abschluss der Verordnung erhält die
1509 Heilmittelpraxis eine [Quittung](#) vom Fachdienst, die zur Abrechnung genutzt werden kann
1510 (die abrechnungsbegründenden Unterlagen werden in den Verträgen nach § 125 Abs. 1
1511 SGB V des GKV-SV mit den Heilmittelverbänden definiert). Die Quittung belegt, dass die
1512 Verordnung ordnungsgemäß in der TI verarbeitet wurde. In der Quittung ist ebenfalls
1513 erkennbar, in welcher Heilmittelpraxis die Verordnung eingelöst wurde und mit welchem
1514 Grund sie die Verordnung abgeschlossen hat.

1515 Sonderfall: Auch nach einem "teilweisen Abschließen" der Verordnung erhält die
1516 Heilmittelpraxis eine Quittung. Sofern die Verordnung danach erneut eingelöst wird (in
1517 derselben oder einer anderen Heilmittelpraxis), kann diese Praxis die Verordnung
1518 abschließen, um ebenfalls eine Quittung zu erhalten.

1519 **5.6.5 User Stories**

1520 Als (Zahn-) Arzt bzw. Ärztin möchte ich ...

- 1521 1. sehen können, dass eine Verordnung (teilweise) abgeschlossen wurde und
1522 welcher Grund für den Abschluss von der Heilmittelpraxis erfasst wurde, damit ich
1523 diese Informationen bei folgenden Verordnungen und im Patientengespräch
1524 berücksichtigen kann.

1525 Als Versicherter bzw. Versicherte möchte ich ...

- 1526 1. sehen können, dass eine Verordnung abgeschlossen wurde und welcher Grund für
1527 den Abschluss von der Heilmittelpraxis erfasst wurde, damit ich weiß dass die
1528 Behandlung beendet ist.

1529 Als Therapeut bzw. Therapeutin möchte ich ...

- 1530 1. eine Verordnung abschließen können, um die Quittung zu erhalten und sie
1531 abrechnen zu können.
- 1532 2. beim Abschluss einer Verordnung aus standardisierten Gründen auswählen
1533 können, damit ich nicht bei jeder Verordnung manuellen einen Grund erfassen
1534 muss.
- 1535 3. die Flexibilität haben, auch individuelle Gründe zu erfassen, wenn keiner der
1536 Standardgründe für meinen Fall passt.
- 1537 4. dass meine Software für mich sicherstellt, dass die Quittung sicher gespeichert
1538 ist, damit ich diese abrechnungsbegründende Unterlage nicht verliere.
- 1539 5. im Fehlerfall die Quittung erneut abrufen können, damit ich die
1540 abrechnungsbegründende Unterlage in jedem Fall erhalte.

- 1541 6. dass meine Software mich erinnert, wenn ich eine Verordnung noch nicht
1542 abgeschlossen habe, obwohl die verordneten Behandlungseinheiten erbracht
1543 wurden oder der späteste Zeitpunkt für die Abrechnung bald erreicht wird.
- 1544 7. dass meine Software Quittungen für mich speichert, auch wenn die Verordnung
1545 automatisch abgeschlossen wurde.
- 1546 8. dass meine Software erneut prüft, ob die Verordnung korrigiert werden sollte
1547 bevor die Verordnung abgeschlossen wurde, damit ich diese bei Bedarf noch
1548 vornehmen oder beim Verordnenden anfordern kann und keine fehlerhaften
1549 Verordnungen in die Abrechnung gebe.

1550 **5.7 Verordnung abrechnen**

1551 **5.7.1 Im Sachleistungsprinzip**

1552 Die Anforderungen an den Abrechnungsprozess für Kostenträger nach dem
1553 Sachleistungsprinzip werden durch die Kostenträger selbst in Verträgen definiert. Das
1554 vorliegende Fachkonzept macht hierzu keine Vorgaben.

1555 **5.7.2 Im Kostenerstattungsprinzip**

1556 Bei Versicherten mit einem Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip rechnen
1557 Heilmittelpraxen die erbrachten Leistungen direkt mit den Versicherten ab.
1558 Privatversicherte haben anschließend die Möglichkeit, die Rechnung zusammen mit der
1559 Verordnung bei ihrem Kostenträger zur Kostenerstattung einzureichen. Ein gesonderter
1560 Leistungsnachweis ist hierfür nicht erforderlich. Da Versicherte frei entscheiden können,
1561 ob und wann sie eine Rechnung zur Kostenerstattung einreichen, werden die
1562 Verordnungsdaten für maximal zehn Jahre im Fachdienst gespeichert. Von dort kann die
1563 Verordnung jederzeit (sowohl vor als auch nach der Einlösung bei einer Heilmittelpraxis)
1564 als exportierbares PDF/A-3 mit eingebetteten strukturierten Daten aus dem FdV
1565 bereitgestellt werden. Wird die Verordnung erst nach der Einlösung exportiert, werden
1566 zusätzlich die Angaben zur Heilmittelpraxis (Name und Adresse) aus dem
1567 Verzeichnisdienst im PDF/A-3 ergänzt.

1568 **Ausblick:** Sobald über die Anwendung „Digitale Patientenrechnung“ auch verordnete
1569 Heilmittel abgerechnet werden können, ist die Bereitstellung der elektronischen
1570 Verordnung und der elektronischen Rechnung als Bestandteil dieser Anwendung zu
1571 betrachten. Ab diesem Zeitpunkt gelten die Löschfristen der Anwendung „Digitale
1572 Patientenrechnung“. Eine zehnjährige Speicherung der Verordnungsdaten im E-Rezept-
1573 Fachdienst ist dann nicht mehr erforderlich. Da derzeit noch unklar ist, ab wann die
1574 Anwendung „Digitale Patientenrechnung“ im Heilmittelbereich zur Verfügung stehen
1575 wird, werden in Stufe 1 voraussichtlich weiterhin Papierrechnungen erstellt. Diese
1576 können anschließend in der Einreichungs-App der PKV gescannt oder fotografiert und
1577 dem PDF/A-3 der Verordnung zugeordnet werden.

1578 Demonstratoren:

- 1579 • [Kostenerstattungsprinzip - Einreichung VOR Einlösung](#)
- 1580 • [Kostenerstattungsprinzip - Einreichung NACH Einlösung](#)

5.8 Manuelles Löschen von Datensätzen

5.8.1 Ärztliche Verordnung löschen

In folgenden Fällen ist das Löschen einer Verordnung vorgesehen:

- Verordnungen dürfen von der verordnenden Arztpraxis nur gelöscht werden, so lange Versicherte die Verordnung noch nicht eingelöst haben. Im Falle des Löschens durch die Arztpraxis sollte parallel gegebenenfalls eine Rücksprache mit Versicherten über die Gründe erfolgen.
- Verordnungen dürfen von Versicherten solange gelöscht werden, bis sie in einer Heilmittelpraxis eingelöst wurden.

Heilmittelerbringende und Kostenträger dürfen Verordnungen nicht löschen.

5.8.2 Leistungsdatensatz löschen

In folgenden Fällen ist das Löschen eines Datensatzes "Leistungsdatensatz" vorgesehen:

- Der Datensatz darf von Heilmittelerbringenden gelöscht werden.

Verordnende, Versicherte und Kostenträger dürfen den Leistungsdatensatz nicht löschen

5.8.3 Datensätze zur Korrekturanfrage löschen

Das Löschen von Korrekturanfragen wird in der Spezifikation ausgearbeitet und daher an dieser Stelle nicht weiter beschrieben.

5.8.4 User Stories

Als Versicherte bzw. Versicherter möchte ich ...

1. dass meine Arztpraxis die Verordnung nur löschen kann, solange ich sie noch nicht eingelöst habe.
2. in meiner App nachvollziehen können, wenn eine Arztpraxis eine Verordnung löscht.
3. eine Verordnung vollständig löschen können, wenn ich sie nicht in Anspruch nehmen möchte, sodass keine überflüssigen Daten gespeichert werden.

Als Ärztin bzw. Arzt möchte ich ...

1. dass das Löschen der Verordnung einfach und mit wenigen Klicks möglich ist.
2. erkennen können, wenn die Verordnung vor der Einlösung von Versicherten gelöscht wurde (ggf. im Zusammenhang mit der Dokumentation der Leistungen in der Übersicht in der ePA).
3. im Fehlerfall erkennen können, warum das Löschen nicht funktioniert hat, um ggf. mit einer Heilmittelpraxis, Versicherten oder meinem IT-Dienstleister in Kontakt treten zu können.

6 Fachliches Statusmodell

Für die Abbildung der Anwendungsfälle wird das folgende fachliche Statusmodell verwendet. Die Bezeichnungen der Status finden sich auch in der Darstellung des SOLL-Prozesses im Kapitel [10.1- Fachlicher Soll-Prozess] wieder.

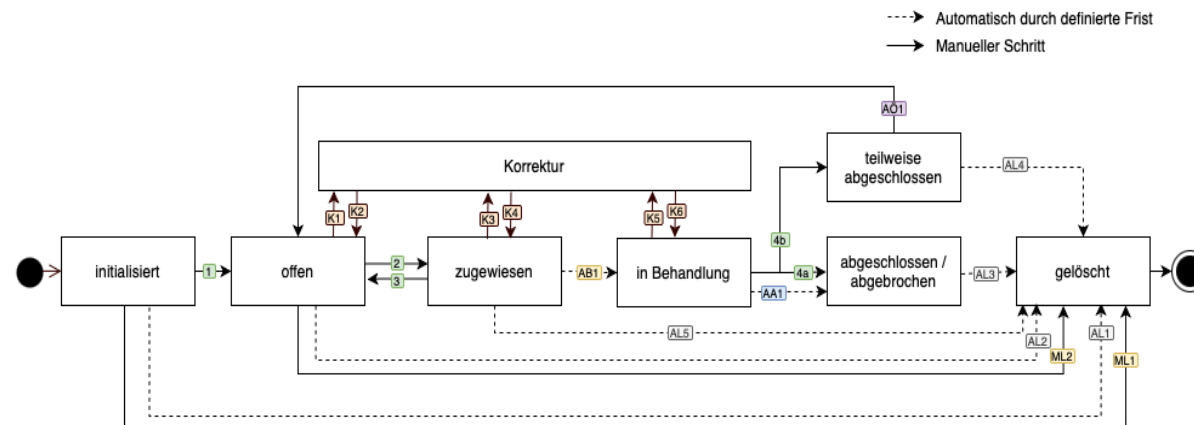


Abbildung 8 Fachliches Statusmodell

6.1 Erläuterungen zum Statusmodell

6.1.1 Status 'initialisiert'

Tabelle 8 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'initialisiert'

Status	initialisiert
Definition	• Zum Anlegen einer Verordnung wird initial eine Verordnung am Fachdienst angelegt und die Verordnungs-ID vom Fachdienst abgerufen, sodass diese im Datensatz der Verordnung mit signiert werden kann. • Die verordnende (Zahn-)Arztpraxis bzw. das Krankenhaus ergänzt nun im nächsten Schritt im PVS die Inhalte der Verordnung, prüft diese und muss die Verordnung signieren, bevor der Datensatz inkl. Signatur an den Fachdienst übertragen wird, woraus der Übergang zum Status "offen" resultiert. • Das Einstellen der signierten Verordnung im Fachdienst muss innerhalb von 10 Tagen nach dem initialen Erstellen im Fachdienst erfolgen. Anderenfalls wird die Verordnung automatisch gelöscht. Nach dem Löschen kann keine Verordnung mit der Verordnungs-ID mehr eingestellt werden. Die Initialisierung müsste erneut erfolgen.
Vorbedingung	• Die (Zahn-)Arztpraxis, die psychotherapeutische Praxis bzw. das Krankenhaus sind mit der Telematikinfrastruktur verbunden.
Nachfolge	• 1 Verordnung erstellen, signieren, übertragen: Wird die initialisierte Verordnung im PVS befüllt, signiert und erfolgreich an den Fachdienst übertragen, so erfolgt eine Aktivierung der Verordnung im Fachdienst, und der Status des Vorgangs wechselt zu "offen". • AL1 Automatisch löschen: Wird eine initialisierte Verordnung nicht innerhalb von 10 Tagen befüllt, signiert und erfolgreich an den Fachdienst übertragen, so wird die Verordnung automatisch vom Fachdienst gelöscht → Status "gelöscht". • ML1Aktiv löschen: Wird eine initialisierte Verordnung von der Arztpraxis gelöscht, so ändert sich im Fachdienst der Status in "gelöscht".
Zugriffs- berechtigung	• Nur die verordnende Arztpraxis hat Zugriff auf die Verordnung im Fachdienst.

6.1.2 Status 'offen'

Tabelle 9 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'offen'

Status	offen
Definition	• Die Verordnung kann vom Versicherten per FdV abgerufen werden. • Die Zugriffsinformationen der Verordnung können von Versicherten an eine Heilmittelpraxis zum Zweck "Zuweisung der Verordnung" weitergegeben werden. Nach Zugriff der Heilmittelpraxis mithilfe der

	übergebenen Zugriffsinformationen kann die Praxis die Verordnung annehmen, damit ändert sich der Status in "zugewiesen". - Die Zugriffsinformationen der Verordnung können von Versicherten dem Kostenträger zur Verfügung gestellt werden und diesem im Rahmen eines Antrags auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs (GKV) bzw. einer Dauerverordnung (DGUV) den Zugriff auf die Verordnung ermöglichen. Der lesende Zugriff eines Kostenträgers mithilfe der übergebenen Zugriffsinformationen ändert den Status nicht. - Besonderheit PKV: Die Verordnungsinformationen (ohne Signatur) können vom Versicherten an die Kostenträger (Kostenerstattungsprinzip), z. B. eine private Krankenversicherung, zwecks Anfrage der Kostenübernahme als PDF/A-3 über das FdV bereitgestellt werden, da kein Fachdienstzugriff der privaten Krankenversicherung oder Beihilfe besteht. - Die Verordnung kann von der verordnenden Arztpraxis oder von Versicherten per FdV als gelöscht markiert werden. Die Verordnung wechselt dann in den Status "gelöscht". - Die Verordnung kann von der verordnenden Arztpraxis korrigiert werden.
Vorbedingung	- Der Verordnungsdatensatz wurde mit einem HBA oder einer SMC-B signiert (siehe Anwendungsfall Verordnung ausstellen). 1Nach Befüllen, Signieren und erfolgreichem Hochladen der Verordnung auf den Fachdienst wird die Verordnung am Fachdienst aktiviert und erhält den Status "offen". 3Die Verordnung wird von der Heilmittelpraxis zurück auf den Status "offen" gesetzt, z. B. wenn eine Versorgung nach der Zuweisung doch nicht übernommen werden kann. - AÖ1 Die Verordnung wird von der Heilmittelpraxis zurück auf den Status "offen" gesetzt, z. B. wenn Versicherte um einen Praxiswechsel bitten. - K2 Im Rahmen einer Korrektur wurde eine neue Version der Verordnung von der verordnenden Arztpraxis erstellt. Nach der Signatur der neuen Version ist die Verordnung wieder im Status "offen".
Nachfolge	2Die Bereitstellung der Zugriffsinformationen auf die Verordnung an eine Heilmittelpraxis zum Zweck der Zuweisung der Verordnung kann von der Heilmittelpraxis zur aktiven Änderung des Status (Claim wie bei Apotheken) in einem bewussten weiteren Schritt erfolgen → Status "zugewiesen". - ML2Löschen durch die verordnende Arztpraxis z. B. aufgrund eines Irrtums und in Rücksprache mit dem Versicherten → Status "gelöscht". - ML2Löschen durch den Versicherten → Status "gelöscht". - Die Bereitstellung der Zugriffsinformationen auf den Vorgang am Fachdienst an mehrere Heilmittelpraxen zum Zweck der Anfrage und des Lesens der Inhalte der Verordnung führt nicht zur Änderung des Status (Claim wie bei Apotheken). - AL2Findet keine Zuweisung bzw. kein Wechsel des Status in "zugewiesen" statt, wird der Vorgang nach Ablauf von 100 Tagen automatisch vom Fachdienst in den Status "gelöscht" versetzt.

	• K1Die Verordnung kann von der verordnenden Arztpraxis korrigiert werden. Während der Korrektur kann die Verordnung durch Versicherte nicht zugewiesen werden → Status"Korrektur".
Zugriffs-berechtigung	• Versicherte haben Zugriff auf die Verordnung im Fachdienst. • Die verordnende Arztpraxis hat Zugriff auf die Verordnung im Fachdienst. • Nach Bereitstellung der Zugriffsinformationen durch den Versicherten zur Verordnung kann auch der Kostenträger die Inhalte des Vorgangs einsehen. • Nach Bereitstellung der Zugriffsinformationen durch den Versicherten auf die Verordnung kann eine Heilmittelpraxis die Inhalte der Verordnung einsehen

1628 6.1.3 Status 'zugewiesen'

1629 **Tabelle 10 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'zugewiesen'**

Status	zugewiesen
Definition	• Die Verordnung ist einer Heilmittelpraxis zugeordnet, d. h. ein eindeutiges Merkmal (Telematik-ID) der Heilmittelpraxis ist der Verordnung am Fachdienst zugeordnet und lässt sich mit dem Verzeichnisdienst auflösen. Die Verordnung kann nicht mehr von einer weiteren Heilmittelpraxis abgerufen werden. • Die Zugriffsinformationen der Verordnung können von Versicherten dem Kostenträger zur Verfügung gestellt werden und den Zugriff ermöglichen, z. B. im Rahmen eines Antrags auf langfristigen Heilmittelbedarf. Der lesende Zugriff eines Kostenträgers mithilfe der übergebenen Zugriffsinformationen ändert den Status nicht. • Die Verordnung kann von der Heilmittelpraxis zurück in den Status "offen" gestellt werden, sofern die Versorgung des Versicherten nicht übernommen wird. • Die Besonderheit für Privatversicherte zur Bereitstellung der Verordnungsinformationen ohne Signatur zwecksAnfrage der Kostenübernahme als PDF/A-3 besteht ebenso wie im Status "offen". • Die Verordnung kann von der Heilmittelpraxis zwecksKorrektur an die verordnende Arztpraxis übergeben werden, dabei bleibt die Heilmittelpraxis jedoch weiterhin zugeordnet.
Vorbedingung	• 2Die Zugriffsinformationen der Verordnung wurden von Versichertenan eine Heilmittelpraxis zum Zweck der Zuweisung bereitgestellt. Der Fachdienst stellt sicher, dass die Heilmittelpraxis in dem Heilmittelbereich tätig ist, für den die Verordnung ausgestellt wurde. Nach dem Zugriff der Heilmittelpraxis mithilfe der übergebenen Zugriffsinformationen hat diese die Verordnung angenommen und selbst aktiv den Status in "zugewiesen" geändert. • K4 Nach einer Korrekturanfrage an die Arztpraxis wurde die Anfrage beantwortet und der Status in "zugewiesen" geändert.

Nachfolge	- K3 Die Verordnung kann von der Heilmittelpraxis zwecks Korrektur mit einem Korrekturvorschlag an die verordnende Praxis übergeben werden → "Korrektur". - AL5Findet keine weitere Leistungsdokumentation nach der Zuweisung statt, wird der Vorgang automatisch in den Status "gelöscht" versetzt (Frist siehe5.6- Verordnung abschließen). - AB1Sobald der erste Leistungsdatensatz gespeichert wird, erfolgt der automatische Statusübergang zu "in Behandlung"
Zugriffs-berechtigung	- Versicherte und die verordnende Arztpraxis haben Zugriff auf die Verordnung am Fachdienst und können den Status einsehen, jedoch selbst keine Änderung der Zuweisung vornehmen. - Die zugewiesene Heilmittelpraxis kann die Inhalte der Verordnung einsehen. - Nach Bereitstellung der Zugriffsinformationen durch Versicherte zur Verordnung kann auch der Kostenträger die Inhalte des Vorgangs einsehen

1630 6.1.4 Status 'in Behandlung'

1631 **Tabelle 11 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'in Behandlung'**

Status	in Behandlung
Definition	- In diesem Status können Leistungsdatensätze gespeichert werden. - In diesem Status kann der Therapiebericht übermittelt werden. - Die Verordnung kann von der Heilmittelpraxis in den Status "teilweise abgeschlossen" gestellt werden, sofern die Versorgung auf Basis der Verordnung in einer anderen Praxis fortgesetzt werden soll. - Ansonsten analog zum Status "zugewiesen".
Vorbedingung	- AB1 Der Fachdienst stellt sicher, dass mindestens ein Leistungsdatensatz erfasst wurde. - K6Nach einer Korrekturanfrage an die Arztpraxis wurde die Anfrage beantwortet und der Status in "in Behandlung" geändert.
Nachfolge	4aDie Verordnung wird durch die Heilmittelpraxis "abgeschlossen" (z. B., weil das Therapieziel erreicht wurde). 4bDie Verordnung wird durch die Heilmittelpraxis "teilweise abgeschlossen" (z. B. bei einem Inhaber- oder Praxiswechsel). - K5Die Verordnung kann von der Heilmittelpraxis zwecks Korrektur mit einem Korrekturvorschlag an die verordnende Praxis übergeben werden → "Korrektur". - AA1Findet keine weitere Leistungsdokumentation statt, wird der Vorgang automatisch in den Status "abgeschlossen" versetzt (Frist siehe5.6- Verordnung abschließen).

Zugriffs- berechtigung	• Versicherte und die verordnende Arztpraxis haben Zugriff auf die Verordnung am Fachdienst und können den Status einsehen, jedoch selbst keine Änderung vornehmen. • Die zugewiesene Heilmittelpraxis kann die Inhalte der Verordnung einsehen. • Nach Bereitstellung der Zugriffsinformationen durch Versicherte zur Verordnung kann auch der Kostenträger die Inhalte des Vorgangs einsehen.
-----------------------------------	---

1632

6.1.5 Status 'Korrektur'

1633

Tabelle 12 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'Korrektur'

Status	Korrektur
Definition	• Die Arztpraxis möchte eine bereits ausgestellte, aber noch nicht zugewiesene Verordnung korrigieren. Versuchen Versicherte in diesem Status die Verordnung einzulösen, kann die Heilmittelpraxis den Status "Korrektur", nicht aber die (fehlerhaften) Inhalte der Verordnung einsehen. • Der verordnenden Arztpraxis liegt eine Anfrage inkl. konkretem Vorschlag zur Anpassung der ursprünglichen Verordnung vor und der Verordnende ist aufgefordert, die Anfrage zu prüfen. • Nach erfolgter Korrektur wird der zuvor geltende Status wieder übernommen. Wurde die Verordnung zuvor bereits einer Heilmittelpraxis zugewiesen, ist diese weiterhin mit dem Vorgang verknüpft.
Vorbedingung	• K1 Im Status "offen" hat die Arztpraxis entschieden, dass die Verordnung erneut korrigiert werden soll. • K3 Im Status „zugewiesen“ hat die Heilmittelpraxis nach Sichtung der Verordnung der verordnenden Praxis einen Korrekturvorschlag der Verordnung zum Zwecke der Korrektur bereitgestellt und dadurch den Status in „Korrektur“ geändert. • K5 Im Status „in Behandlung“ hat die Heilmittelpraxis nach Sichtung der Verordnung der verordnenden Praxis einen Korrekturvorschlag zur Verordnung zum Zwecke der Korrektur bereitgestellt und dadurch den Status in „Korrektur“ geändert.
Nachfolge	• K2/K4/K6 Nach erfolgter Korrektur wird der zuvor geltende Status wieder übernommen. • Wurde zu einer Korrektur noch keine neue Version erstellt (mit Anpassung oder Ablehnung), kann der Anfragende die Korrektur zurückziehen, um ohne erfolgte Korrektur dennoch weiter agieren zu können. • Eine zuvor erfolgte Zuweisung vor der Korrektur besteht auch während und nach Abschluss der Korrektur.

Zugriffs- berechtigung	• Der Status ist für Versicherte, die verordnende Arztpraxis und die zugewiesene Heilmittelpraxis einsehbar. • Versicherte haben Zugriff auf die Verordnung am Fachdienst und können den Status einsehen, jedoch selbst keine Änderung des Status vornehmen. • Die zugewiesene Heilmittelpraxis kann die Inhalte zur Verordnung einsehen. • Nach Bereitstellung der Zugriffsinformationen durch Versicherte auf die Verordnung kann auch der Kostenträger die Inhalte des Vorgangs einsehen.
-----------------------------------	---

1634

1635

6.1.6 Status 'teilweise abgeschlossen'

1636

Tabelle 13 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'teilweise abgeschlossen'

Status	teilweise abgeschlossen
Definition	• Die Verordnung kann manuell durch die Heilmittelpraxis teilweise abgeschlossen werden, wenn der Versicherte einen Praxiswechsel wünscht und die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Dieser Status kann ebenfalls im Falle eines Inhaberwechsels genutzt werden. • Die Heilmittelpraxis erhält eine Quittung vom Fachdienst, die zur Abrechnung benötigt wird. Aus der Quittung wird ersichtlich, dass die Verordnung teilweise abgeschlossen wurde. • Rechnungen und rechnungsbegründende Unterlagen (Verordnungsinformationen via PDF/A-3) zwecks Kostenerstattung können in diesem Status von Versicherten beim Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip eingereicht werden. Eine Abbildung eines Status am Fachdienst erfolgt nicht. • In diesem Status können weiterhin Leistungsdatensätze gespeichert werden (z. B. für Leistungen, die nicht von Versicherten bestätigt werden müssen). • Der Therapiebericht kann in diesem Schritt übermittelt werden.
Vorbedingung	• 4bDie Behandlung ist noch nicht abgeschlossen, aber der Versicherte möchte die Praxis wechseln (oder ein Inhaberwechsel findet statt und die Verordnungen werden übergeben) und dort die weiteren Leistungen in Anspruch nehmen.
Nachfolge	• AÖ1Nachdem die Quittung erstellt und abgerufen wurde, setzt die Heilmittelpraxis die Verordnung wieder in den Status "offen", wodurch sie von Versicherten bei einer anderen Praxis eingelöst werden kann. Alternativ übergibt der alte Inhaber die Zugangsdaten an den neuen Inhaber, wodurch der Praxiswechsel direkt und ohne Interaktion mit Versicherten erfolgen kann. • AL4Die Verordnung wird nach 7- Gültigkeiten und Löschregeln automatisch gelöscht.

Zugriffs- berechtigung	• Der Status ist für Versicherte, die verordnende Arztpraxis und die zugewiesene Heilmittelpraxis einsehbar. • Nach Bereitstellung der Zugriffsinformationen durch den Versicherten zur Verordnung kann auch der Kostenträger die Inhalte des Vorgangs einsehen.
-----------------------------------	---

1637

1638

6.1.7 Status 'abgeschlossen/abgebrochen'

1639

Tabelle 14 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'abgeschlossen'

Status	abgeschlossen/abgebrochen
Definition	• Die Verordnung kann manuell (Standard) durch die Heilmittelpraxis oder in Ausnahmefällen automatisiert durch den Fachdienst abgeschlossen werden. • Die Gründe und Bedingungen zum Abschluss der Leistung sind in den Verträgen mit dem GKV-SV nach § 125 Abs. 1 SGB V individuell für jeden Heilmittelbereich geregelt (z. B. Therapieziel wurde (vorzeitig) erreicht, Abbruch der Therapie, Ablauf der Gültigkeit einer Verordnung). • Nach manuellem Abschluss der Verordnung erhält die Heilmittelpraxis eine Quittung vom Fachdienst, die zur Abrechnung benötigt wird. • Nach automatischem Abschluss der Verordnung durch den Fachdienst kann die Heilmittelpraxis die Quittung vom Fachdienst abrufen, bis die Verordnung vollständig vom Fachdienst gelöscht wurde. • Rechnungen und rechnungsbegründende Unterlagen (Verordnungsinformationen via PDF/A-3) zwecks Kostenerstattung können vom Versicherten in diesem Status beim Kostenträger nach einem Kostenerstattungsprinzip eingereicht werden. Eine Abbildung eines Status am Fachdienst erfolgt nicht. • In diesem Status können weiterhin Leistungsdatensätze gespeichert werden (z. B. für Leistungen, die nicht vom Patienten bestätigt werden müssen). • Der Therapiebericht kann auch nach Abschluss der Behandlung und dem Abruf der Quittung in diesem Schritt übermittelt werden.
Vorbedingung	• 4aDie Behandlung wird von der Heilmittelpraxis "abgeschlossen/abgebrochen", da keine weiteren Leistungen am Versicherten mehr erbracht werden. • AA1 Findet keine weitere Leistungsdokumentation statt bzw. wird die Gültigkeit überschritten, wird die Verordnung automatisch abgeschlossen (siehe7- Gültigkeiten und Löschregeln).
Nachfolge	• AL3 Die Verordnung wird nach7- Gültigkeiten und Löschregeln automatisch gelöscht.
Zugriffs- berechtigung	• Der Status ist für Versicherte, die verordnende Arztpraxis und die zugewiesene Heilmittelpraxis einsehbar.

	Nach Bereitstellung der Zugriffsinformationen durch Versicherte auf die Verordnung kann auch der Kostenträger die Inhalte des Vorgangs einsehen.
--	--

6.1.8 Status 'gelöscht'

Tabelle 15 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'gelöscht'

Status	gelöscht
Definition	- Die Inhalte der Verordnung sind nicht mehr abrufbar. Die Protokolldaten des Vorgangs stehen im Fachdienst jedoch noch bis zu drei Jahre zum Abruf durch Versicherte zur Verfügung. - Versicherte haben die Möglichkeit, Verordnungen im Status "offen" zu löschen, was zu diesem Status führt. - Sofern eine Verordnung fehlerhaft ausgestellt wurde, besteht auch die Möglichkeit, durch die Arztpraxis, die Verordnung in Rücksprache mit den Versicherten zu löschen. - Abgeschlossene Verordnungen werden nach einem festgelegten Zeitraum gelöscht.
Vorbedingung	- AL1 Eine zunächst "initialisierte" Verordnung wird von der Arztpraxis nicht befüllt und dann automatisch gelöscht. - AL2 Findet keine Zuweisung bzw. kein Wechsel des Status in "zugewiesen" statt, wird der Vorgang nach Ablauf von 100 Tagen automatisch gelöscht. - AL3 Die Verordnung wurde nach 7- Gültigkeiten und Löschregeln vom Status "abgeschlossen" automatisch nach 100 Tagen gelöscht. - AL4 Die Verordnung wurde nach 7- Gültigkeiten und Löschregeln vom Status "teilweiseabgeschlossen" automatisch nach 100 Tagen gelöscht. - AL5 Findet keine Leistungsdokumentation nach der Zuweisung statt, wird die Verordnung nach einer bestimmten Frist automatisch vom Fachdienst gelöscht (siehe 5.6- Verordnung abschließen). - ML1 Eine zunächst "initialisierte" Verordnung wird von der Arztpraxis gelöscht. - ML2 Versicherte haben die Verordnung im Status "offen" gelöscht bzw. die verordnende Arztpraxis hat in Rücksprache mit Versicherten die Verordnung im Status "offen" gelöscht.
Nachfolge	-
Zugriffs-berechtigung	- Der Status ist durch Versicherte, die verordnende Arztpraxis und die zugewiesene Heilmittelpraxis einsehbar. - Die Protokolldaten des Vorgangs können von Versicherten eingesehen werden. - Die Vorgangsdaten am Fachdienst sind nicht mehr abrufbar.

1644

7 Gültigkeiten und Löschregeln

1645 Die Heilmittel-Richtlinie sowie die Verträge nach § 125 Abs. 1 SGB V enthalten Angaben
 1646 zur Gültigkeit der Heilmittelverordnung, innerhalb derer Leistungen erbracht werden
 1647 dürfen. Die Angaben unterscheiden sich je nach Heilmittelbereich und müssen von den
 1648 Heilmittelerbringenden bei der Leistungserbringung und Leistungsdokumentation
 1649 berücksichtigt werden. Weiterhin werden die grundsätzlichen Löschregeln einer
 1650 Verordnung in § 360 Abs. 11 SGB V definiert.

1651 Die unten genannten Löschregeln beziehen sich auf alle Versionen einer Verordnung, die
 1652 im Rahmen einer Korrektur erstellt wurden.

1653 **Disclaimer:** Die im Folgenden genannten Fristen für Verordnungen zulasten eines
 1654 Kostenträgers mit dem Kostenerstattungsprinzip müssen erneut geprüft werden, sobald
 1655 für die Abrechnung gegenüber dem Kostenträger die Anwendung "Digitale
 1656 Patientenrechnung" die Verordnungsdaten längerfristig speichert (siehe hierzu auch
 1657 Ausblick in Kapitel 5.7- Verordnung abrechnen)

1658 **Tabelle 16 Übersicht über Gültigkeiten und Löschregeln**

Beschreibung	Zeitdauer / Frist zu Lasten eines Kostenträgers mit Sachleistungsprinzip	Zeitdauer / Frist zu Lasten eines Kostenträgers mit Kostenerstattungsprinzip
Einlösbarkeit bei Heilmittelpraxis	100 Tage nach Verordnungsdatum	100 Tage nach Verordnungsdatum
Leistungsdokumentation	Entweder nach ... - manuellem Abschluss der Verordnung durch Heilmittelpraxis 300 Tage nach letzter Leistungsdokumentation (automatischer Abschluss der Verordnung)	10 Jahre nach Verordnungsdatum (entsprechend dem Kostenerstattungsprinzip in § 360 Abs. 12 SGB V)
Automatische Löschung der Verordnung (+ Leistungsdokumentation + bereitgestellte Dokumente) am Fachdienst	<i>Nicht eingelöste Verordnungen:</i> 100 Tage nach Verordnungsdatum <i>Eingelöste Verordnungen:</i> 100 Tage nach Abschluss der Verordnung	<i>Nicht eingelöste Verordnungen:</i> 100 Tage nach Verordnungsdatum <i>Eingelöste Verordnungen:</i> nach 10 Jahre nach Verordnungsdatum (entsprechend dem Kostenerstattungsprinzip in § 360 Abs. 12 SGB V)
Abrechnung Leistung	Vertragliche Regelung (keine Frist für den Fachdienst → Abrechnung erfolgt außerhalb des Fachdienstes)	10 Jahre nach Verordnungsdatum (entsprechend dem Kostenerstattungsprinzip in § 360 Abs. 12 SGB V)

Freigabe an KTR z. B. für Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf	100 Tage nach Verordnungsdatum	Ab Verordnungsdatum bis 10 Jahre nach Verordnungsdatum (entsprechend dem Kostenerstattungsprinzip in § 360 Abs. 12 SGB V)
---	--------------------------------	---

1659

1660

8 Handlungsbedarf für den Gesetzgeber

1661

Um das vorliegende Fachkonzept umzusetzen, müssen aus Sicht der gematik folgende Anpassungen der gesetzlichen

1662

Rahmenbedingungen getroffen werden. Diese sind als Vorschläge für ein kommendes Gesetzgebungsverfahren anzusehen und richten

1663

sich an das Bundesministerium für Gesundheit.

1664

Tabelle 17 Übersicht über die Anpassungsbedarfe der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Bisherige Regelung	Motivation	Regelungsvorschlag
keine	<i>Hinweis: Eine entsprechende Regelung ist in der Kabinettsfassung des DeGIG enthalten.</i> Legitimieren der Zugriffe auf die elektronische Verordnung Heilmittel zum Zweck der Antragsprüfung und Kostenerstattung für jede Art von Kostenträger: - gesetzliche Krankenkassen - gesetzliche Unfallversicherung - Beihilfe - Kostenträger der Versicherten gemäß § 362 Abs. 1 SGB V - sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte (z. B.: Bundespolizei) - Unternehmen der privaten Krankenversicherung ... Die Autorisierung des Kostenträgers durch den Versicherten sollte analog zu anderen eVO geregelt werden.	§ 361c SGB V Zugriff auf Verordnungen häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege, Soziotherapie, Heilmittel und Hilfsmittel in der Telematikinfrastruktur (1) Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherung, Beihilfe sowie Kostenträger nach § 362 Abs. 1 SGB V dürfen zum Zwecke der Beratung, Leistungsentscheidung, Antragsprüfung sowie zur Kostenerstattung elektronischer Verordnungen von häuslicher Krankenpflege nach § 37, außerklinischer Intensivpflege nach § 37c, Verordnungen von Soziotherapie nach § 37a, Verordnungen von Heilmittel nach § 32 und Verordnungen von Hilfsmitteln nach § 33 auf Daten der Versicherten in diesen elektronischen Verordnungen zugreifen und diese verarbeiten. (2) Im Rahmen des Zugriffs nach Abs. 1 darf nicht in die ärztliche Therapiefreiheit eingegriffen oder die Wahlfreiheit der Versicherten beschränkt werden. (3) Für den Zugriff nach Abs. 1 kann der Kostenträger von dem Versicherten auch ohne die Zugriffsinformation nach § 360 Abs. 9 autorisiert

		werden.
Anbieter einer Komponente der TI zum Zugriff auf Verordnungen (FdV) nach § 360 Abs. 10 Satz 1 und Satz 8 SGB V	<i>Hinweis: Bereits im Fachkonzept HKP gemeldet und gilt hier analog.</i> Neben der gematik sowie den gesetzlichen Krankenkassen und Unternehmen der privaten Krankenversicherung darf die Komponente der TI (FdV), die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V ermöglicht, auch zur Verfügung gestellt werden von: • Kostenträger für sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte (z. B.: Bundespolizei) • Postbeamtenkrankenkasse • der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten • Polizeivollzugsbeamte • Soldaten der Bundeswehr Vereinfachend sollen die Kostenträger der Versicherten gemäß V §362 Abs. 1 SGB genannt werden, somit kann die explizite Nennung der "Unternehmen der privaten Krankenversicherung" entfallen. Ausgeschlossen sind, weil keine eigene App zum Einlösen von E-Rezepten/Verordnungen vorhanden ist: • Gesetzliche Unfallversicherung (wird über das FdV der gesetzlichen Kasse dargestellt) • Beihilfe (wird über die App der privaten Krankenversicherung dargestellt)	§ 360 Abs. 10 Satz 8 SGB V könnte wie folgt gefasst werden: "Komponenten nach diesem Absatz, für die ein externes Sicherheitsgutachten vorliegt, das gemäß Satz 6 durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestätigt wurde, dürfen den Versicherten abweichend von Satz 7 auch durch die Krankenkassen und durch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie Kostenträger der Versicherten gemäß § 362 Abs. 1 über die Benutzeroberfläche gemäß § 342 zur Verfügung gestellt werden."
keine	<i>Hinweis: Bereits im Fachkonzept HKP gemeldet.</i> Entsprechend Kapitel 5.2.3- Einlöseweg via FdV besteht der Wunsch, die Festlegung eines Stamm-Heilmittelpraxis auch ohne FdV zu ermöglichen.	Das Bundesministerium für Gesundheit prüft die Möglichkeiten zur Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen und wird gegebenenfalls in einem zukünftigen Gesetzgebungsverfahren dieses Thema einbringen.

keine	<i>Hinweis: Als Stellungnahme in Verbändeanhörung zum DeGiG gemeldet.</i> Insbesondere für Privatversicherte stehen neben den Heilmittelpraxen mit Kassenzulasung auch Praxen zur Verfügung, die rein privat tätig sind. Um hier die freie Leistungserbringerwahl nicht einzuschränken, sollten auch privat tätige Heilmittelerbringer einen HBA und eine SMC-B für ihre Praxis erhalten können.	Die bisherige Einschränkung in § 340 Abs. 1 S. 2 berechtigt ausschließlich solche Leistungserbringerinstitutionen zum Erhalt von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen, mit denen nach diesem Buch oder nach dem Elften Buch Verträge zur Leistungserbringung bestehen. Damit haben Leistungserbringer ohne entsprechende Verträge derzeit keinen Zugang zur Telematikinfrastruktur, so z. B. Heilmittelerbringer oder Privatärzte. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung von Leistungserbringern und beeinträchtigt insbesondere die Nutzung digitaler Anwendungen der Telematikinfrastruktur außerhalb der vertragsgebundenen Versorgung. Zugleich beeinträchtigt die Einschränkung eine wettbewerbsneutrale Versorgung und die freie Wahl des Leistungserbringers durch die Versicherten. Insbesondere im Kontext elektronischer Verordnungen für Heilmittel (eVO) führt der Ausschluss rein privattätiger Leistungserbringer von der Telematikinfrastruktur dazu, dass Versicherte – namentlich im Bereich der privaten Krankenversicherung – elektronische Verordnungen faktisch nicht bei allen geeigneten Leistungserbringern einlösen können. Eine effektive Verwirklichung der Wahlfreiheit setzt voraus, dass elektronische Verordnungen unabhängig von der Einbindung des Leistungserbringers in die vertragsgebundene Versorgung eingelöst werden können. Hinzu tritt, dass für bestimmte Leistungserbringergruppen – insbesondere Privatärzte – bereits gegenwärtig eine faktische Anbindungspflicht an die Telematikinfrastruktur besteht, etwa zur Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten, beispielsweise gegenüber dem Implantateregister. Der Ausschluss dieser Leistungserbringer vom Zugang zu Authentifizierungskomponenten steht damit in
-------	--	---

		einem Wertungswiderspruch zu bestehenden digital gestützten Berichtspflichten. Es wird daher eine Möglichkeit geschaffen, dass auch privattätige Leistungserbringer einen Zugang zur Telematikinfrastruktur erhalten können.
Keine	<i>Hinweis: Als Stellungnahme in Verbändeanhörung zum DeGiG gemeldet.</i> Klarstellung des Umfangs der verordnungsfähigen Leistungen insbesondere in Hinblick auf die Ernährungstherapie und die Patientenschulungen nach §43 SGB V.	§ 360 Abs. 7 SGB V könnte wie folgt geschärft werden, um den Scope von Stufe 1 der eVO Heilmittel zu definieren: (7) Ab dem 1. Januar 2027 sind die in Abs. 2 Satz 1 genannten Leistungserbringer sowie die in Abs. 4 Satz 1 genannten Psychotherapeuten verpflichtet, Verordnungen von Heilmitteln nach § 32 SGB V elektronisch auszustellen und für deren Übermittlung Dienste und Komponenten nach Abs. 1 zu nutzen Ein neuer Absatz in §360 Abs. 7 SGB V könnte konkretisiert werden, um den Scope von Stufe 2 der eVO Heilmittel zu definieren: Ab dem 1. Januar 20xx sind die in Abs. 2 Satz 1 genannten Leistungserbringer sowie die in Abs. 4 Satz 1 genannten Psychotherapeuten verpflichtet, Empfehlungen für Patientenschulungen nach § 43 SGB V elektronisch auszustellen und für deren Übermittlung Dienste und Komponenten nach Abs. 1 zu nutzen.

1665

1666

9 Anhang A – Verzeichnisse

1667

9.1 Abkürzungen

Kürzel	Erläuterung
BPolHfV	Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung
CAN	Card Access Number
eEB	Ersatzbescheinigung
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
FD	Fachdienst
FdV	Frontend des Versicherten
FHIR	HL7 Fast Healthcare Interoperability Resources
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-ID	Gesundheits-ID
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HBA	Heilberufsausweis
HMS	Heilmittelsoftware
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
ID	Kennung / Identifier
IK	Institutskennzeichen
KIS	Krankenhausinformationssystem
KTR	Kostenträger
KTRVS	Kostenträgerverwaltungssystem
KVNR	Krankenversichertennummer
LE	Leistungserbringer
LEI	Leistungserbringer Institution
MD	Medizinischer Dienst

MFA	Medizinische(r) Fachangestellte(r) / Mitarbeiter medizinischer Institution
MVP	Minimal Viable Produkt
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OCI	Online-Checkin
PKV	Private Krankenversicherung
PoPP	Proof of Patient Presence
PS	Primärsystem
PVS	Praxisverwaltungssoftware
QES	Qualifizierte elektronische Signatur
RL	Richtlinie
SEG	Soldatenentschädigungsgesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebtes Buch
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch
SGB XIV	Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch
TI	Telematik Infrastruktur
TID	Telematik-ID
vdek	Verband der Ersatzkassen
VO	Verordnung
VO-k	Verordnung - Korrekturvorschlag
VO-nV	Verordnung - neue Version
VZD	Verzeichnisdienst

1668

1669 **9.2 Abbildungsverzeichnis**

1670	Abbildung 1 Highlevel Prozessdarstellung der Anwendungsfälle, die im Fachkonzept	
1671	beschrieben werden.....	9
1672	Abbildung 2 Beispielhafte Darstellung einer Übersicht über alle verordneten Leistungen in	
1673	der ePA	29

1674	Abbildung 3 Beispielhafte Darstellung der Prüfung und Annahme einer	
1675	Heilmittelverordnung	34
1676	Abbildung 4 Beispielhafte Darstellung zur Anzeige einer neuen Verordnung im FdV und	
1677	Anzeige von Zusatzinformationen einer Heilmittelpraxis	36
1678	Abbildung 5 Beispielhafte Darstellung der Anzeige von zwei Verordnungen aus	
1679	unterschiedlichen Heilmittelbereichen.	38
1680	Abbildung 6 Beispielhafte Berechnung der Fristen	40
1681	Abbildung 7 Beispielhafte Darstellung einer Warnung im FdV bei Überschreiten der	
1682	Beginnfrist	40
1683	Abbildung 8 Fachliches Statusmodell	58
1684	Abbildung 9 Fachlicher Soll-Prozess der elektronischen Verordnung von Heilmitteln	77
1685		

1686 **9.3 Tabellenverzeichnis**

1687	Tabelle 1 Übersicht über vorwiegend verwendete Begriffe im Fachkonzept	10
1688	Tabelle 2 Übersicht Leistungsgewährungsprinzipien	15
1689	Tabelle 3 Anwendungsfälle des fachlichen Soll-Prozesses	26
1690	Tabelle 4 Verordnungsberechtigte Personengruppen und Institutionen	30
1691	Tabelle 5 Einlöseberechtigte Institutionen	38
1692	Tabelle 6 Übersicht über Beginnfristen je Kostenträger, Dringlichkeit und	
1693	Heilmittelbereich	39
1694	Tabelle 7 Übersicht über Gründe für den Abschluss einer Verordnung	53
1695	Tabelle 8 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'initialisiert'	59
1696	Tabelle 9 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'offen'	59
1697	Tabelle 10 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'zugewiesen'	61
1698	Tabelle 11 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'in Behandlung'	62
1699	Tabelle 12 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'Korrektur'	63
1700	Tabelle 13 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'teilweise abgeschlossen'	
1701		64
1702	Tabelle 14 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'abgeschlossen'	65
1703	Tabelle 15 Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'gelöscht'	66
1704	Tabelle 16 Übersicht über Gültigkeiten und Löschregeln	67
1705	Tabelle 17 Übersicht über die Anpassungsbedarfe der gesetzlichen Rahmenbedingungen	
1706		69
1707	Tabelle 18 Übersicht über die im Dokument verlinkten Demonstratoren	78
1708	Tabelle 19 Überblick über die beteiligten Akteure - im MVP und Ausbaustufen	81
1709	Tabelle 20 Überblick über die Anwendungsfälle - im MVP und Ausbaustufen	82

Tabelle 21 Überblick über die verordnungsfähigen Leistungen - im MVP und Ausbaustufen85

9.4 Referenzierte Dokumente

9.4.1 Dokumente der gematik

Die nachfolgende Tabelle enthält die Bezeichnung der in dem vorliegenden Dokument referenzierten Dokumente der gematik zur Telematikinfrastruktur.

[Quelle]	Herausgeber: Titel
[gemGlossar]	gematik: Glossar der Telematikinfrastruktur, URL: https://fachportal.gematik.de/fileadmin/Fachportal/Glossar/gemGlossar_V5.2.0.pdf , abgerufen am 30.07.2025
[gemKPT_PoPP]	Technisches Konzept PoPP URL: https://gemspec.gematik.de/docs/gemKPT/gemKPT_PoPP/gemKPT_PoPP_V1.0.0/ , abgerufen am 30.07.2025
[gemSpec_OID]	Spezifikation Festlegung von OIDs, URL: https://gemspec.gematik.de/docs/gemSpec/gemSpec_OID/gemSpec_OID_V3.20.0/ , abgerufen am 30.07.2025
[gemSpec_PoPP_Service]	Spezifikation Proof of Patient Presence (PoPP)-Service, URL: https://gemspec.gematik.de/prereleases/Draft_PoPP_25_1/gemSpec_PoPP_Service_V1.0.0_CC2/ , abgerufen am 05.09.2025

9.4.2 Weitere Dokumente

[Quelle]	Herausgeber (Erscheinungsdatum): Titel

10 Anhang

10.1 Fachlicher Soll-Prozess

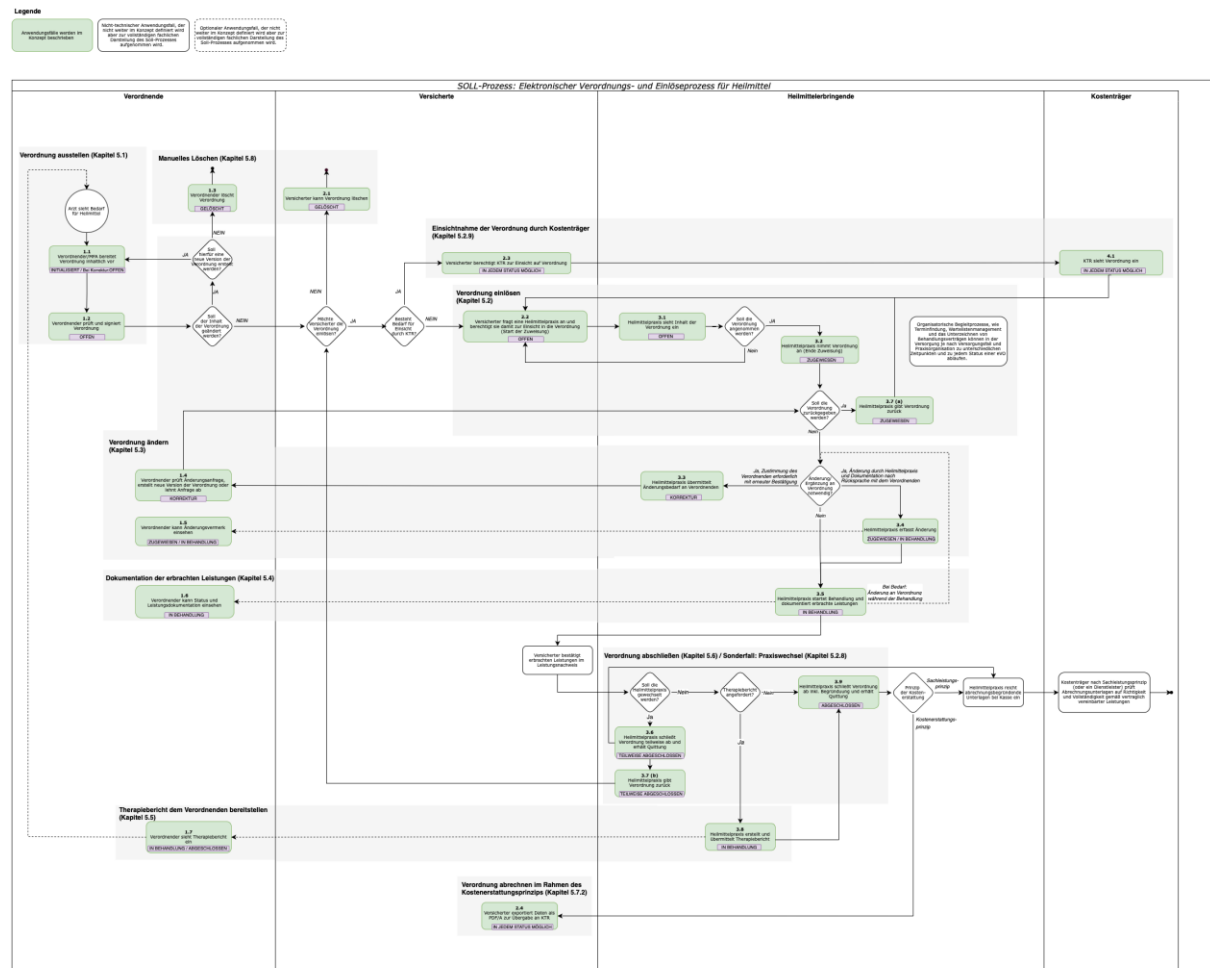


Abbildung 9 Fachlicher Soll-Prozess der elektronischen Verordnung von Heilmitteln

10.2 Demonstratoren

Hier finden Sie die Links zu allen Demonstratoren, welche die unterschiedlichen Anwendungsfälle zeigen.

Disclaimer: Die Demonstratoren verbildlichen einen Zwischenstand der Datensätze. Diese sind zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Fachkonzepts noch nicht final, weshalb es noch zu Änderungen kommen kann. Die Demonstratoren sollen die Prozessschritte aus Sicht der unterschiedlichen Akteure in fiktiven Primärsystemen und Apps darstellen. Der Fokus liegt daher mehr auf dem Prozess als auf den dargestellten Datensätzen. Die Demonstratoren dienen der Veranschaulichung und haben keinen normativen Charakter.

Tabelle 18 Übersicht über die im Dokument verlinkten Demonstratoren

Kapitel Nr.	Prozessschritt	Anwendungsfallbeschreibung	Link
	Ende zu Ende "Happy Case"	In diesem Demonstrator wird der Ablauf der relevantesten Anwendungsfälle im Idealfall beschrieben. Diese umfassen: - Der Arzt Dr. Weber stellt eine Verordnung für Lukas Brenner aus - Lukas löst seine Verordnung per eGK in der Heilmittelpraxis ein - Die Heilmittelpraxis dokumentiert die erbrachten Leistungen - Dr. Weber kann die erbrachten Leistungen einsehen - Die Heilmittelpraxis versendet den Therapiebericht an den Arzt Dr. Weber	Link zum Demonstrator
5.1 a	Verordnung ausstellen	Der Arzt Dr. Weber stellt in seinem PVS seinem Patienten Lukas Brenner aufgrund eines Bandscheibenvorfalls eine elektronische Verordnung für Physiotherapie aus. Er verordnet jeweils sechs Behandlungseinheiten Krankengymnastik und Elektrotherapie und fügt als begleitendes Dokument einen Behandlungsplan hinzu. Er signiert die Verordnung direkt mit seinem HBA.	Link zum Demonstrator
5.1 b	Verordnung validieren	Dr. Weber erstellt eine Verordnung für Physiotherapie und möchte überprüfen, welche Felder der Verordnung zwingend ausgefüllt werden müssen (Zweck: Visualisierung des Informationsmodells im aktuellen Entwurfsstadium).	Link zum Demonstrator
5.1 c	Folgende Verordnung ausstellen	Dr. Weber öffnet die von der MFA hinterlegte Aufgabe in der ePA von Lukas und erstellt erneut eine Verordnung für Physiotherapie. Da Lukas die gleiche Verordnung noch einmal	Link zum Demonstrator

		benötigt, kann Dr. Weber die alte Verordnung direkt als Vorlage verwenden.	
5.2 a	Verordnung einlösen: stationär mit eGK und Kartenterminal	Lukas Brenner möchte seine Verordnung in der Physiotherapiepraxis einlösen. Dafür steckt er seine Gesundheitskarte in das Terminal der Praxis.	Link zum Demonstrator
5.2 c	Verordnung einlösen: mobil via HMS + eGK	Lukas Brenner hat aufgrund seines Bandscheibenvorfalls starke Schmerzen und muss per Hausbesuch von seinem Physiotherapeuten behandelt werden.	Link zum Demonstrator
5.2 d	Verordnung einlösen: FdV	Lukas Brenner nutzt zur Einlösung seiner Verordnungen die E-Rezept-App der gematik. Er sieht dort seine neue Verordnung und sendet diese an seine Physiotherapiepraxis, bei der er bereits Termine zur Fortsetzung seiner Therapie vereinbart hat.	Link zum Demonstrator
5.2.9	Einsichtnahme der Verordnung durch Kostenträger: Antrag auf LHB	Samira Müller leidet an Arthrose und benötigt Maßnahmen der Physiotherapie. Aufgrund ihrer chronischen Schmerzen erwartet sie einen fortgesetzten Therapiebedarf und hofft auf die Einstufung als langfristiger Heilmittelbedarf nach der Heilmittel-Richtlinie. Sie öffnet ihre Krankenkassen-App und berechtigt, die Krankenkasse die Verordnung einzusehen. Die Mitarbeiterin der Krankenkasse sieht in der Software die Anfrage von Frau Müller. Sie öffnet den Fall und kann den Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf nun vollständig prüfen.	Link zum Demonstrator
5.3 a	Verordnung ändern: Korrektur durch Therapeut und Information an den Arzt	Bei einer Behandlung fällt Rodrigues auf, dass der Patient nicht gut in einer Gruppe mitmachen kann. Er entscheidet, dass eine Einzeltherapie sinnvoller wäre. Er dokumentiert die Änderung und informiert den Arzt. Dr. Weber kann in seinem System die Änderung einsehen und bei einer folgenden Verordnung berücksichtigen.	Link zum Demonstrator
5.3 b	Verordnung ändern: Korrekturanfrage durch Therapeut an den Arzt	Nach den ersten Behandlungseinheiten stürzt Lukas Brenner und ist nicht mehr mobil. Damit die physiotherapeutische Behandlung fortgesetzt werden kann, stellt Rodrigues beim Arzt eine Korrekturanfrage, um Hausbesuche zu ermöglichen. Dr. Weber erhält die Korrekturanfrage, beantwortet diese und erstellt somit eine neue Version der Verordnung. Rodrigues kann in seiner Software die neue Version der Verordnung einsehen und die Änderung nachvollziehen.	Link zum Demonstrator

5.4	Dokumentation der erbrachten Leistung	Lukas Brenner hat seinen Termin in der Physiotherapiepraxis wahrgenommen. Nun muss er bestätigen, dass er die Leistung wahrgenommen hat. Die Leistung wird nach der Behandlung von Rodriges dokumentiert und von Lukas bestätigt. Auch Dr. Weber kann sehen, wie viele Einheiten bereits stattgefunden haben.	Link zum Demonstrator
5.5	Therapiebericht	Nach Abschluss der Behandlung erstellt Rodriges den angeforderten Therapiebericht und stellt ihn Dr. Weber zur Verfügung. Dr. Weber kann in seinem System den Therapiebericht und die Empfehlung zur Fortsetzung der Therapie einsehen und bei einer folgenden Verordnung berücksichtigen.	Link zum Demonstrator
5.6	Verordnung abschließen	Lukas Brenner zieht von Mustercity nach Demotown und möchte die Physiotherapie dort bei einer neuen Praxis fortsetzen. Da noch drei der sechs verordneten Einheiten offen sind, bittet er Daniel, die Verordnung zurückzugeben. In Demotown löst Lukas die Verordnung in einer neuen Praxis ein. Der Therapeut kann sehen, welche Leistungen bereits erbracht wurden und kann die übrigen Behandlungseinheiten durchführen.	Link zum Demonstrator
5.7 a	Verordnung abrechnen: Kostenbeleg VOR Einlösung einreichen	Andreas Schmidt ist privatversichert und möchte die Verordnung vor der Einlösung die bei seinem Kostenträger einreichen, um sicherzustellen, dass ihm die Kosten erstattet werden. Dazu erstellt er ein PDF/A mit den Verordnungsinformationen und lädt es in der App des Kostenträgers hoch.	Link zum Demonstrator
5.7 b	Verordnung abrechnen: Kostenbeleg Nach Einlösung einreichen	Andreas Schmidt ist privatversichert und möchte die Verordnung bei seinem Kostenträger einreichen, um die Kosten erstattet zu bekommen. Dazu erstellt er ein PDF/A mit den Verordnungsinformationen und lädt es in der App des Kostenträgers hoch.	Link zum Demonstrator

1737 10.3 MVP - Release 1.0

1738 Zum GoLive der elektronischen Verordnung Heilmittel bzw. zum Start der Pilotierung
 1739 werden nicht alle denkbaren beteiligten Akteure und nicht alle Anwendungsfälle und
 1740 Funktionen realisiert sein. Daher wird in diesem Kapitel eine Unterscheidung bzw. ein
 1741 Ausblick auf Ausbaustufen vorgenommen. Die Übersichten sind im Rahmen der
 1742 technischen Konzeption und Spezifikation erneut zu prüfen bzw. zu bestätigen.

10.3.1 Beteiligte Akteure

Die nachfolgende Tabelle listet die potenziell beteiligten Akteure an der Umsetzung des vorliegenden Fachkonzeptes auf und ordnet sie einer Ausbaustufe zu:

Tabelle 19 Überblick über die beteiligten Akteure - im MVP und Ausbaustufen

Akteure	Erste Ausbaustufe (MVP)	Weitere Ausbaustufe
Verordnungsberechtigte Personengruppen und Institutionen		
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	x	
Vertragszahnärztinnen oder vom Vertragszahnärzte	x	
Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten	x	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	x	
Fachpsychotherapeutinnen für Erwachsene oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene	x	
Fachpsychotherapeutinnen für Kinder und Jugendliche oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche	x	
Fachpsychotherapeutinnen für Neuropsychologische Psychotherapie oder Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie	x	
Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern (Entlassmanagement)	x	
Privatärztinnen und Privatärzte	x	
Ärztinnen und Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen (im Rahmen des Entlassmanagements)	x	
Sanitätsdienst der Bundeswehr		x
Einlöseberechtigte Personengruppen und Institutionen		
Heilmittelpraxen mit Kassenzulassung (aus den 5 Heilmittelbereichen - Physiotherapie, Podologie, Ergotherapie, Ernährungstherapie und SSSST)	x	
Heilmittelpraxen ohne Kassenzulassung (aus den 5 Heilmittelbereichen - Physiotherapie, Podologie, Ergotherapie, Ernährungstherapie und SSSST)		x (sobald SMC-B Herausgabe möglich)

Kostenträger		
Gesetzliche Krankenversicherung	x	
Gesetzliche Unfallversicherung	x	
Private Krankenversicherung	x	
Beihilfe	x	
sonstige Kostenträger Bundespolizei	x	
Postbeamtenkrankenkasse		x
Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten		x
Krankenversorgung für Polizeivollzugsbeamte		x
Krankenversorgung für sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte		x
Krankenversorgung für Soldaten der Bundeswehr		x

10.3.2 Funktionen / Anwendungsfälle

Die nachfolgende Tabelle listet die im vorliegenden Fachkonzept beschriebenen Anwendungsfälle bzw. Funktionen auf und ordnet sie einer Ausbaustufe zu:

Tabelle 20 Überblick über die Anwendungsfälle - im MVP und Ausbaustufen

Anwendungsfall	Nr. in Soll-Prozess	Erste Ausbaustufe (MVP)	Weitere Ausbaustufe
Anwendungsfälle der Ärzte			
Mitarbeitende der Arztpraxis oder Verordnende bereiten Verordnung inhaltlich vor (und legen sie auf Signaturliste)	1.1	x	
Verordnende signieren Verordnung gemäß Informationsmodell	1.2	x	
Verordnung wird fachlich validiert vor Einstellen auf den Fachdienst	1.2	x	
Bereitstellen von verordnungsbegleitender Unterlagen auf digitalem Weg	1.2	x	
Mitarbeitende der Arztpraxis löschen Verordnung	1.3	x	
Mitarbeitende der Arztpraxis oder Verordnende erhalten Einsicht in die Verordnungsübersicht in der ePA	/	x	

Automatische Übermittlung der Verordnungsdaten in die ePA			
Verordnende ändern eine Verordnung vor Einlösung (durch Signatur einer neuen Version)	1.1	x	
Mitarbeitende der Arztpraxis oder Verordnende sehen Änderungsanfrage der Heilmittelpraxis ein und Verordnende beantworten die Anfrage mit neuer Version der Verordnung oder Ablehnung	1.4	x	
Mitarbeitende der Arztpraxis oder Verordnende sehen Änderungsvermerk der Heilmittelpraxis ein	1.5	x	
Mitarbeitende der Arztpraxis oder Verordnende sehen Leistungsdokumentation der Heilmittelpraxis ein	1.6	x	
Mitarbeitende der Arztpraxis oder Verordnende sehen Status der Verordnung ein	1.6	x	
Mitarbeitende der Arztpraxis oder Verordnende sehen bereitgestellten Therapiebericht ein	1.7	x	
Anwendungsfälle des Versicherten			
Versicherte löschen Verordnung	2.1	x	
Versicherte fragen eine Heilmittelpraxis an und berechtigen diese zur Einsicht in die Verordnung mittels eGK/G-ID via Heilmittelsoftware und PoPP, FdV oder Patientenausdruck	2.2	x	
Versicherte berechtigen den Kostenträger zur Einsicht auf die Verordnung	2.3	x	
Automatische Anfrage bei Stamm-Heilmittelpraxis via FdV	2.2		x
Versicherte nutzen Verordnung im Rahmen der digitalen Terminvereinbarung (ggf. mit zentralem Terminservice)	/		x
Versicherte berechtigen eine Heilmittelpraxis via mündlich übergebenen Geheimnis (z.B. am Telefon) zur Einsicht in die Verordnung	2.2		x
Versicherte sehen Inhalt und Status der Verordnung, Änderungsprozesse und Leistungsdokumentation in FdV ein	div.	x	

Darstellen von Basis-VZD-Daten in FdV für Auswahl des Leistungserbringers	2.2	x	
Darstellen von um Mehrwertdaten angereicherte Angaben der Heilmittelpraxis in FdV für Auswahl des Leistungserbringers (z.B. durch VZD oder andere Dienste)	2.2.		x
Versicherte wechseln Heilmittelpraxis ohne neue Verordnung	2.2	x	
Versicherter bestätigen Leistungsnachweise im FdV	/		x
Versicherte bestätigen Leistungsnachweise mittels PoPP	/		x
Versicherte exportieren Daten als PDF/A-3 zur Übergabe an privaten KTR	2.4	x	
Versicherte nutzen DiPAG inkl. Verordnungsdaten zur Übergabe an privaten KTR	2.4		x
Versicherte fragen Praxiswechsel über FdV bei Heilmittelpraxis an	/		x
Anwendungsfälle in der Heilmittelpraxis			
Inhalt der Verordnung in HMS einsehen (nach Berechtigung durch Versicherten mittels eGK/G-ID via Heilmittelsoftware und PoPP, FdV oder Patientenausdruck)	3.1	x	
Verordnung in HMS annehmen	3.2	x	
Inhalte der Verordnung im Rahmen der digitalen Terminvereinbarung einsehen	/		x
Inhalte der Verordnung mittels mündlich übergebenen Geheimnis (z.B. am Telefon) einsehen	/		x
Änderungsbedarf an Verordnung an Verordnenden übermitteln	3.3	x	
Änderung/Ergänzung an Verordnung erfassen (nach Rücksprache mit Verordnenden)	3.4	x	
Datensatz über erbrachte Leistung zur Transparenz für Versicherten und Verordnenden (Leistungsdatensatz) erfassen	3.5	x	

Datensatz über erbrachte Leistung für die Abrechnung (Abrechnungsdatensatz) erfassen	3.5	x	
Verordnung nach Start der Behandlung an Versicherten zurückgeben → Verordnung teilweise abschließen und Quittung erhalten	3.6	x	
Inhaberwechsel nach Start der Behandlung → Verordnung teilweise abschließen und Quittung erhalten	3.6	x	
Verordnung an Versicherten zurückgeben	3.7	x	
Verordnung abschließen und Quittung erhalten	3.9	x	
Therapiebericht erstellen und Verordnenden bereitstellen	3.8	x	
Bestätigung der Leistungsnachweise per PoPP von Versicherten einholen	/		x
Pflege eigener Mehrwert-VZD-Daten (über SelfService-Portal oder indem andere Dienste eingebunden werden)	/		x
Anwendungsfälle der Kostenträger (Sachleistungsprinzip)			
Inhalte der Verordnung einsehen (nach Berechtigung durch Versicherte) z.B. für Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf	4.1	x	

1751

1752

10.3.3 Verordnungsfähige Leistungen

1753

Die nachfolgende Tabelle listet die im vorliegenden Fachkonzept beschriebenen verordnungsfähigen Leistungen auf und ordnet sie einer Ausbaustufe zu:

1754

1755

Tabelle 21 Überblick über die verordnungsfähigen Leistungen - im MVP und Ausbaustufen

1756

Leistungsbereich	Erste Ausbaustufe (MVP)	Weitere Ausbaustufe
Heilmittel gemäß der HL-RL und HL-RL (Zahnärzte)	x	
Ergänzende Leistungen nach § 43 SGB V (z.B. Reha-Sport oder Patientenschulungen)		x

1757