

Fragen & Antworten

Nr.	Frage	Antwort
1	Müssen Begleitdokumente (Empfangsbestätigungen, Lieferscheine etc.) in Papierform bei der Abrechnung eingereicht werden?	Auf das Einreichen von Papier-Unterlagen zum Abrechnungsdatensatz auf Grundlage einer eVO wird verzichtet. Sie sind beim Hilfsmittelleistungserbringer für 10 Jahre revisions sicher aufzubewahren und nachprüfbar zu archivieren. Der Hilfsmittelleistungserbringer stellt sicher, dass die abrechnungsbegründenden Unterlagen der jeweiligen Kasse auf Anforderung in lesbarer Form zur Verfügung gestellt werden. Die Empfangsbestätigungen der Versicherten können auf Papier oder digital erfolgen. Die Übersendung von Empfangsbestätigungen und sonstigen abrechnungsbegründenden Unterlagen in einem mit der jeweiligen Kasse vereinbarten Imageverfahren oder zukünftig alternativen Verfahren gemäß der Hilfsmittelverträge nach § 127 SGB V bleiben bestehen.
2	Für das Ziel müssten wir Leistungserbringer dann aber auch die Möglichkeit haben, die Dokumentation vernünftig an die Kassen übergeben zu können. Heute können ja nicht einmal Bilder übermittelt werden.	Alle Kassen arbeiten mit ihren Abrechnungsdienstleistern an der digitalen Annahme von rechnungsbegründenden Unterlagen inkl. der Papierrezepte. Sobald die Umsetzung erfolgt ist, erhalten Sie die entsprechenden Informationen der jeweiligen Kasse.
3	Zählt die elektronische Unterschrift als Empfangsbestätigung bei der Abrechnung? Ist dies auch im Außendienst möglich?	Es gilt, was in Ihren Hilfsmittellieferungsverträgen mit der jeweiligen Kasse geregelt ist.
4	Kann in der Übergangszeit eine papierlose mit einer klassischen Abrechnung zusammen abgerechnet werden?	Die Versorgungen auf Grundlage einer eVO müssen in einer separaten Abrechnung erfolgen. Mischrechnungen mit eVO und Papierverordnungen sind nicht zulässig. Jede eVO ist ein Abrechnungsfall (Einzelbeleg). Alle eVO-Abrechnungsfälle dürfen in einer Sammelrechnung zusammengefasst werden.
5	Muss der LEGS von diesem Selektivvertrag auch bei der Abrechnung angegeben werden ? Das wäre sehr umständlich, da die Vertragspreise ja automatisch in der Software über den bestehenden normalen Vertrag zugeordnet werden.	Nein, den LEGS zur Teilnahme am Modelprojekt benötigen Sie im gesamten Prozess nicht mehr. In der Abrechnung geben Sie weiterhin den LEGS des Hilfsmittellieferungsvertrages an.
6	Ich finde es nicht sinnvoll, dass man zeitlich beschränkt auf Papier verzichtet u. dann mit Einführung der E-Verordnung evtl. wieder schriftliche Belege zur Abrechnung einreichen muss.	Wir arbeiten an einer dauerhaften digitalen Lösung und setzen uns auch bei der gematik dafür ein, dass bei der künftigen Umsetzung der eVerordnung Begleitdokumente - wenn überhaupt - nur noch digital eingereicht werden müssen.
7	Wie werden Folgepauschalen (Dauerversorgung) abgerechnet, bei denen keine Verordnung nötig ist?	Liegt der Folgeversorgung eine eVO zugrunde, gelten die Abrechnungsmodalitäten des Projektes. Die ursprünglichen Verordnungsdaten der eVO inkl. eGD-ID sind auch für Folgeabrechnungen zu übernehmen.
8	Müssen wir die Originalunterlagen aufbewahren oder reicht die Archivierung digital ?	Eine digitale Archivierung reicht.
9	Wie ist die papierlose Abrechnung bezüglich der Abrechnungszentren? Benötigen diese die begleitenden Rechnungsunterlagen?	Ob die Abrechnungszentren der Leistungserbringer die Unterlagen benötigen, müssen Sie selbst mit Ihrem Abrechnungszentrum klären.
10	Was wir noch nicht verstanden haben, wie funktioniert die Abrechnung . Zum Beispiel wohin geht die Erstattung der eVerordnung. Direkt an den Versorger oder an die Abrechnungsstelle ?	Die Bezahlung erfolgt wie bisher auch. Wenn Sie eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung beauftragt haben, erhält diese auch das Geld. Rechnen Sie als Unternehmen selbst mit den Kassen ab, erhalten Sie das Geld direkt.
11	Werden die Angebote der Leistungserbringer in der Kassenapp per Geolocation angezeigt?	Ja
12	Für wann ist die Erweiterung um weitere PG und damit über orthopädische Hilfsmittel hinaus geplant?	Eine Erweiterung der Produktgruppen ist angedacht, es gibt aber noch keinen Zeitplan.
13	Können auch Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind (und demnach keiner klassischen PG angehören) auf diesem Weg verordnet werden und wenn ja: ab wann?	Nein, hier bleibt es beim Ausstellen von Papierverordnungen. Das geschieht automatisch, gesteuert durch die in den teilnehmenden Arztpraxen eingesetzte Praxissoftware.

14	Für welche Produktgruppen geht das Projekt an den Start?	PG 02: Adaptionshilfen PG 04: Bade- und Duschhilfen PG 05: Bandagen PG 08: Einlagen PG 09: Elektrostimulationsgeräte PG 10: Gehhilfen PG 17: Hilfsmittel zur Kompressionstherapie PG 18: Kranken-/Behindertenfahrzeuge PG 20: Lagerungshilfen PG 23: Orthesen/Schienen PG 24: Beinprothesen PG 26: Sitzhilfen PG 28: Stehhilfen PG 31: Schuhe PG 32: Therapeutische Bewegungsgeräte PG 33: Toilettenhilfen PG 35: Epithesen PG 37: Brustprothesen PG 38: Armprothesen
15	Wie hoch sind die Kosten für die Teilnahme von Hilfsmittel-Leistungserbringern oder Ärztinnen und Ärzten?	Für die Teilnahme am Modellprojekt entstehen keine zusätzlichen Kosten.
16	Wer ist die CGI, wer ist deren kontrollierendes Organ?	CGI ist der technische Dienstleister und übernimmt den zentralen Fachdienst zu den eVO. Die Kontrolle erfolgt durch die Arbeitsgemeinschaft eGesundheit Deutschland sowie durch die Aufsichtsbehörde Bundesamt für Soziale Sicherung
17	Welche Funktion hat OPED in diesem Ablauf?	Für einen Selektivvertrag nach § 140 SGB V benötigt man eine Managementgesellschaft. Die Firma OPED hat sich bereit erklärt, als Managementgesellschaft zu fungieren und die Entwicklung des Projektes zu begleiten. OPED ist jedoch in keiner Weise an dem Verordnungsprozess beteiligt und erhält auch nur dann Verordnungsdaten, sofern Patienten einem verbundenen Sanitätshaus ihre Verordnung zur Versorgung zuweisen.
18	Sie sprechen die ganze Zeit von Sanitätshäusern.. wie sieht die Abwicklung beim Leistungserbringer Apotheke und anderen Leistungserbringern aus?	Für alle Hilfsmittel-Leistungserbringer, egal ob z.B. Sanitätshaus, Apotheke, Orthopädie-Schuhtechniker oder sonstige Leistungserbringer, gilt das gleiche.
19	Werden die Ärzte auch hinsichtlich der Hilfsmittel geschult?	Die Ärzte werden im Hinblick auf die Nutzung des neuen Moduls durch freiwillige Seminare geschult.
20	Wird es weitere außer den 3 genannten elektronischen Plattformen geben?	Nein, damit erreichen wir 100%.
21	Wer von dem Projekt-Team eGesundheit ist auf der Expolife-Messe in Kassel im März und an welchem Stand?	Vermutlich treffen Sie uns am OPED-Stand.
22	Wer garantiert für die sichere und optimale Lieferung der Daten von Leistungserbringern in Bezug auf Vertragsteilnahmen ? Viele Probleme bei IKK, VDEK und Abrechnungstellen der KK mit gemeldeten oder nicht gemeldeten Verträgen. Stand heute ist man mal Vertragspartner und mal nicht.	Alle teilnehmenden Leistungserbringer werden aus der MIP-Plattform an den Treuhänder CGI gemeldet und sind für alle teilnehmenden Kassen als Projektteilnehmer gekennzeichnet. Auf Datenlieferungen der Vertragsteilnahmen an Hilfsmittellieferungsverträgen an die Abrechnungsdienstleister der jeweiligen Kasse hat das Projekt keinen Einfluss.
23	Frage geht über dieses Projekt hinaus : Erlaube ich meinem Apotheker über meine Versichertenkarte Zugriff auf meine Verordnungen in der Cloud... sieht der Apotheker dann immer alle Verordnungen (Arzneimittel und Hilfsmittel) und kann diese dann alle abrufen ? Welche Hardware brauche ich für die Pflichteinführung der eVO ab 2027?	Diese Fragen beziehen sich auf die Umsetzung durch die gematik und lassen sich durch uns zum jetzigen Zeitpunkt nicht beantworten. Wir entwickeln mit unserem Projekt eine Blaupause, die ggf. in weiten Teilen von der gematik genutzt werden kann.
24	Warum nutzt man dann nicht gleich eine gemeinsame eKV Plattform?	Wir möchten die freie Wahl Ihrer eKV-Plattform nicht einschränken. Jeder kann seinen Favoriten weiterhin nutzen. Eine gemeinsame eKV-Plattform würde verhindern, dass die Versorgungsanfragen direkt in ihre Branchensoftware übertragen werden können. Damit das funktioniert, wählen Sie die Teilnahmeerklärung der eKV-Plattform, an die Ihre Branchensoftware angebunden ist.

25	Wie können wir die eVO abrufen? Welche Geräte benötigen wir Hilfsmittel-Versorger?	Es wird keine zusätzliche Hard- oder Software zu der bisherigen benötigt. Die eVO erhalten sie über das eKV System. Sie können sich in der jeweiligen eKV-Plattform mit Ihren eigenen Zugangsdaten anmelden und die Versorgungsanfrage inkl. eVO abrufen oder die Versorgungsanfrage wird (sofern von Ihnen so eingestellt) direkt von ihrer Branchensoftware aus der eKV-Plattform übernommen.
26	Ich verstehe, dass sie bestehende Strukturen aufsetzen wollen. Ich frage mich jedoch, ob es langfristig sinnvoll ist, so eine technisch abweichende Lösung vom Arzneimittel E-Rezept einzuführen (ohne HL7/FHIR)?	Wir setzen im Modellprojekt eVO Hilfsmittel auf dieselben technischen Strukturen wie beim E-Rezept (FHIR).
27	Funktioniert diese Schnittstelle nur mit einer speziellen Branchen-Software oder auch über die online Plattformen in web MIP etc?	Sie können auch nur mit einer eKV-Plattform arbeiten. Eine Branchensoftware ist nicht nötig.
28	Welche Branchensoftware Anbieter sind aktuell an Ihr System angebunden?	Jede Branchensoftware ist heute an eine der drei eKV-Plattformen und damit auch an unser Projekt angebunden.
29	Die technische Spezifikation für die Schnittstellen zum ERP System für den Empfang der digitalen VO findet man wo?	Es sind keine neuen Schnittstellen erforderlich. Es wird ausschließlich mit den bestehenden Schnittstellen zu den eKV-Plattformen gearbeitet. Diese sollten Ihnen vorliegen bzw. können Sie diese bei Ihrem Branchensoftwarehersteller oder dem direkt an Ihre Branchensoftware angebundenen eKV-Plattform-Dienstleister erfragt werden.
30	Gibt es eine Liste, welche Softwares (Arzt und LE) bereits unterstützt werden?	Bei den Ärzten sind aktuell die folgenden PVS angebunden: medisoftware und CGM Medistar und CGM Turbomed (Arztpraxen - eGesundheit Deutschland). CGM M1 Pro und CGM Albis sollen noch im 1. Quartal 2025 kommen. Da die Branchensoftwares an eine der drei eKV-Dienstleister angeschlossen sind, ist die Teilnahmemöglichkeit für LE sichergestellt.
31	Sind alle Ärzte automatisch verpflichtend bei dem Projekt dabei oder entscheiden die Ärzte selber ob sie teilnehmen?	Die Teilnahme ist für alle Beteiligten freiwillig.
32	Wie gelangen sie an den elektronischen eHBA?	Der eHBA ist für die Teilnahme der Hilfsmittelleistungserbringer am Modellprojekt nicht erforderlich.
33	Wo finde ich den Selektivvertrag?	Die für die Leistungserbringer geregelten Rechte und Pflichten aus dem Projekt sind vor der Teilnahmeerklärung über die MIP-Plattform und nach Freischaltung der Teilnahme in der Navigation unter Verträge über den Kostenträger DAK einsehbar.
34	Wir sind bei MIP und ZHP und egeko läuft über MIP. Muss ich dann beiden MIP und ZHP beitreten?	Nein, wählen Sie die eKV Plattform, an die Ihre Branchensoftware direkt angebunden ist. Die Verteilung an andere zuständige eKV-Plattformen funktioniert automatisch im Rahmen des Roomingverfahren. Haben Sie mehrere IK, müssen Sie die Teilnahme für jede IK separat erklären und können dann für jede IK den korrekten eKV-Anbieter auswählen.
35	Wir haben bisher keine Branchensoftware sowie Kartenlesegerät. Wer bietet dies an? Unsere eKV werden bisher über unsere Abrechnungsstelle gemacht.	Für die Teilnahme müssen Sie eKV selbst empfangen können, da Sie sonst nicht an die Daten kommen.
36	Die Beitrittserklärung muss dann für jede Krankenkasse erfolgen?	Nein, der Beitritt gilt für alle Kassen der ARGE eGesundheit Deutschland.
37	Braucht man ein spezielles Programm?	Ein spezielles Programm ist nicht notwendig. Sie können die Versorgungsanfragen aller teilnehmenden Krankenkassen auf der jeweiligen eKV-Plattform mit Ihren individuellen Zugangsdaten einsehen oder mit dem Hersteller Ihrer Branchensoftware sprechen ob die Versorgungsanfragen automatisch in Ihre Branchensoftware übernommen werden kann, sofern das bei Ihnen noch nicht eingestellt ist.

38	Warum kann man im Vertragsmanager nur bei der DAK > "eGesundheit" auswählen?	Wir nutzen eine bereits vorhandene Möglichkeit, um den Aufwand gering zu halten. Die DAK hat das Teilnahme-Verfahren für Leistungserbringer federführend für alle teilnehmenden Kassen übernommen. Ihre Teilnahme müssen Sie nur einmal bei der DAK erklären. Sie gilt dann automatisch immer für alle Kassen.
39	Wer stellt uns Hilfsmittellieferanten denn den Institutionsausweis aus? Wo kann ich diese beantragen?	Es wird kein solcher Ausweis benötigt.
40	Wie kann man an dem Projekt teilnehmen ?	Sie müssen lediglich Ihre Teilnahme an dem Selektivvertrag über die MIP-Beitrittsmanager der DAK erklären. Die Anwendungshilfe wurde per News von medicomp verteilt und findet sich auch auf der Internetseite www.egesundheit-deutschland.de/sanitaetshaeuser-hilfsmittelanbieter
41	Meine Branchensoftware Optica Omnia kann noch keine E-Verordnung entgegen nehmen. Wie kann ich dann das E-Rezept ansehen? im MIP?	Sie können auch die eKV-Plattformen direkt nutzen. Sie erhalten die Daten der eVO in der Versorgungsanfrage der eKV-Plattform. Alle Daten des Arztes inkl. der eindeutigen Nummer der eVO sind in den heute bereits bei Ihnen und den eKV-Plattformen vorhandenen Feldern entsprechend eingetragen. Die Hilfsmittelpositionen befinden sich in der Versorgungsanfrage auf Positionsebene. Auch Optica Omnia sollte in der Lage sein, diese Daten der Versorgungsanfragen bereits heute zu empfangen und zu verarbeiten.
42	Kann ich dem Selektivvertrag mit nur einer unserer IK nummern beitreten	Wenn sie mehrere IK nutzen, können Sie auch mit mehreren IK's dem Modellprojekt teilnehmen. Für jedes IK muss die Teilnahme einzeln erklärt werden.
43	Welche Kündigungsfristen gelten für den Selektivvertrag, wenn der Leistungserbringer nicht mehr an dem Modellprojekt teilnehmen möchte?	Die Teilnahme am Vertrag kann jederzeit binnen einer Frist von 14 Tagen nach Eingang der E-Mail an hilfsmittelmanagement@dak.de beenden werden.
44	Zugang über mip, egeko und ZHP. Alle eKV über optadata eva3 werden dann automatisch an egeko "weitergeleitet/eingestellt". Wo sehe ich aber, welcher " mein Anbieter " ist und somit welchem Vertrag ich dann ansteuern muss, um teilzunehmen?!	Wenn Ihre eKV alle über egeko an die jeweiligen eKV-Plattformen verteilt werden, sollten Sie für die Teilnahme den LEGS 1599E03 egeko wählen.
45	Im Sinne des Bürokratieabbaus: Warum braucht es noch Genehmigungen? Abgabe, Preise etc. sind durch Hilfsmittelverträge geregelt. und man darf dem verordnenden Arzt unterstellen, dass er ein Hilfsmittel nicht ohne Grund verordnet.	Das ist eine Frage an die Politik. Wir halten uns an die bestehenden Regelungen des SGB V und diese sehen eine Genehmigungspflicht vor. Ausnahmen zur Genehmigungsfreiheit regeln die Verträge mit den Kassen. Daran ändert sich durch unser Projekt nichts.
46	Wie sieht es mit der Anbindung/ Integration der Empfehlungen von Pflegefachkräften nach § 40 Absatz 6 SGB XI aus?	Wir konzentrieren uns aktuell auf das Muster 16. Das muss zu einem späteren Zeitpunkt geklärt werden.
47	Wie sieht der Verordnungsprozess in der Arztpraxis aus, vor allem hinsichtlich bei der Verordnung von 7- und 10-Stellern ?	Nur bei der Verordnung von 7- und 10-Stellern wird die eVO angesteuert. Die Verordnungshoheit der Arztpraxis wird nicht beeinflusst. Nach den geltenden Hilfsmittelrichtlinien sind Einzelproduktverordnungen (10-Steller) generell vom Arzt zu begründen. Die Arzt-Praxissoftware fordert deshalb bei 10-Stellern automatisch eine Begründung. Ausnahme sind 10-Steller, die an der 3. bis 6. Stelle eine "9" enthalten. Beispiel: 18.99.99.0203 sitzverbreitendes Seitenteil - für diese Seitenteile gibt es keine individuellen 10-stelligen Hilfsmittelnummern, so dass hier keine Begründung erforderlich ist. Durch das Abfragen von Begründungen und weiteren Parametern vor Absenden der Verordnung können Rückfragen der Leistungserbringer vermieden werden.
48	Wie funktioniert dann eine evtl. Rezeptänderung ?	Wird eine Korrektur der eVO benötigt, muss über den verordnenden Arzt telefonisch oder persönlich eine neue elektronische Verordnung angefordert werden. Der Hilfsmittelleistungserbringer informiert den Versicherten in geeigneter Weise über die Gründe. Technische Lösungen werden konzipiert.

49	Wie funktionieren Verordnungsanforderungen durch Alten- und Pflegeheime für mehrere Versicherte beim ? Heute bestimmt das Heim den Leistungserbringer (arbeitet halt mit einzelnen zusammen)... kann das Heim die angeforderten Rezepte an den Leistungserbringer übertragen ?	Der Prozess ist in der aktuellen Stufe im Modellprojekt noch nicht vorgesehen. Hier wird zum späteren Zeitpunkt analog zur geplanten Lösung beim eRezept aufgesetzt.
50	HM Nummern brauchen sehr sehr lange, bis sie in in den eKV Systemen aktualisiert werden. Wie sieht der Prozess aus, wenn ein Hilfsmittel noch nicht im Verzeichnis gelistet ist.	Ist eine Nummer nicht im System, kann der Arzt das Hilfsmittel wie bisher auf Papier verordnen.
51	Wie wird mit der 28-Tage Regelung umgegangen und wie mit Dauerverordnungen?	Es gilt die Hilfsmittelrichtlinie. Die Verordnung ist 28 Tage gültig, der Versicherte erhält in der App aber eine Erinnerung, wenn diese abzulaufen droht.
52	Was ist mit Krankenhausrezepten oder Rezepten zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung?	Der Prozess ist in der aktuellen Stufe im Modellprojekt noch nicht vorgesehen.
53	Wird die Diagnose mit übertragen? Was ist, wenn Diagnose nicht zum Hilfsmittel passt?	Die Diagnose ist Bestandteil der eVO. Ist die eVO fehlerhaft, kann der Arzt diese stornieren und anschließend eine neue versenden.
54	Woher bekommt man die Info, welche Ärzte teilnehmen?	Teilnehmende Ärzte sehen die Versicherten in ihrer App. Zusätzlich bieten wir eine Arztsuche auf der gemeinsamen Website von eGesundheit Deutschland an: https://egesundheit-deutschland.de/krankenversicherte/
55	Wie genau funktioniert der Hilfsmittelassistent?	Bei der Verordnung finden bestimmte Plausibilitätsprüfungen oder Hilfestellungen statt, damit die eVO vollständig ist.
56	Es gibt KK die eine Zusatzerklärung möchten, wenn der Patient z.B. neue Einlagen möchte, die vorherige Versorgung aber noch keine 6 Monate her ist. Wird das wegfallen?	Hier bleibt es zunächst bei den vertraglich vereinbarten Regelungen.
57	Hat der Arzt die Möglichkeit die Gültigkeit des Rezeptes für bis zu 12 Monate auszustellen ?	Ja, der Arzt kann auch auf der eVO den notwendigen Versorgungszeitraum angeben.
58	Sind es derzeit nur die sieben Kassen, die am Piloten teilnehmen?	Die ARGE Gesundheit besteht zurzeit aus den sieben Kassen, vertritt allerdings 35 Millionen Versicherte. Ein Beitritt weiterer Kassen ist jedoch möglich.
59	Was passiert wenn kein §127 Vertrag für den Produktbereich vorliegt (z.b Einzelfallgenehmigung)?	Hat eine teilnehmende Kasse für einen bestimmten Produktbereich überhaupt noch keine Hilfsmittellieferungsverträge, dann wird kein einziger Leistungserbringer angezeigt und es muss das Muster 16 auf Papier ausgedruckt werden.
60	Können die Rezepte auch auf die Krankenkassenkarte, für z. B. Heimbewohner vom Arzt gebucht werden?	Momentan kann die eVO dieses Projektes nur über die App genutzt werden.
61	Wie kommen die LE an Erst- & Folgeverordnungen von Einrichtungen, welche einen LE bereits beauftragt haben und bereits über einen längeren Zeitraum zusammen arbeiten (bundesweite Versorgung)?	In dem der Versicherte die eVO dem Leistungserbringer über seine App zuweist. Die Wahl des Leistungserbringers obliegt nach dem Gesetz immer dem Versicherten. Einrichtungen, Ärzte oder Krankenkassen ist es verboten, einen Leistungserbringer auszuwählen.
62	Brauchen die Versicherten für die Teilnahme eine GesundheitsID ?	Die Versicherten benötigen für die Teilnahme am Modellprojekt keine GesundheitsID
63	Wozu braucht man dann Kassen-Apps? Nach welchen Kriterien werden Leistungserbringer in der Auswahl angezeigt ?	Wie beim eRezept erhalten die Versicherten die Möglichkeit, die eVO per App abzurufen und einen Leistungserbringer auszuwählen. Die Anzeige für den Versicherten erfolgt für am Modellprojekt teilnehmende Leistungserbringer, die die Voraussetzung zur Versorgung für das verordnete Hilfsmittel haben, generell in der Reihenfolge nach Entfernung vom Wohnort. Es werden jedoch alle Leistungserbringer zur Auswahl angeboten, die am Modellprojekt teilnehmen und für das verordnete Hilfsmittel einen Hilfsmittellieferungsvertrag nach § 127 SGB V mit der jeweiligen Kasse haben.
64	Was, wenn Versicherte keine elektronischen Endgeräte besitzen?	Für diese Versicherten gibt es wie bisher die Papierverordnung.

65	Wie viele Versicherte nutzen die eVerordnung bereits?	Derzeit sind bereits mehrere tausend Versicherte eingeschrieben. Die Akquisetätigkeiten starten jedoch erst dieses Jahr.
66	Können PKV-Versicherte in das Projekt eingebunden werden?	Nein
67	Sieht der Patient über die App, wenn Rezeptänderungen angestoßen werden?	Änderungen an ausgestellten eVO sind nicht möglich. Der Arzt muss die ursprüngliche eVO stornieren und eine neue, korrigierte eVO ausstellen. Damit beginnt der Prozess für den Versicherten erneut. Über die Stornierung und den Eingang der korrigierten eVO erhält der Versicherte in der App eine Benachrichtigung.
68	Bisher erhält man das E-Rezept über die Gesundheitskarte. Warum sollten die Kunden bis zum Start der E-Verordnung auf eine App umsteigen? Das bringt nur mehr Durcheinander, so wie ich es sehe.	Eine Lösung über die eGK ist grundsätzlich nur innerhalb der Telematikinfrastruktur möglich. Für den Soll-Prozess ab 2027 ist diese Lösung weiter gedacht. In der Zwischenzeit müssen wir aufgrund technischer & rechtlicher Restriktionen auf Alternativen umsteigen.
69	Ich sehe da aktuell nur Vorteile für die Krankenkassen und die eKV-Portale, um die Preise zu erhöhen, wobei gesetzlich geregelt die e-KV-Schnittstellen die Kostenträger kostenlos zur Verfügung stellen müssen.	Die Teilnahme ist kostenfrei, der Empfang einer eVO kostet nichts. Vorteile für Leistungserbringer wurde viele genannt. Zum Beispiel erhalten Sie vollständigere Verordnungen, was Nachfragen vermeidet, oder den Verzicht auf das Einreichen von rechnungsbegründenden Unterlagen in der Abrechnung. Die Versorgungsanfrage mit der eVO ist für die Leistungserbringer ebenfalls kostenfrei und verursacht keine zusätzlichen Gebühren bei den eKV-Plattformen.
70	Hat der Arzt diese Wünsche wirklich?	Die Bedürfnisanalyse decken sich mit mehreren Umfrageergebnissen (u.a. Analysen & Umfragen des KBV, der gematik uvm.). Diese Umfragen wurden zusätzlich herangezogen.
71	Warum ist Ihr Modell besser als das vom BIV-OT?	Unser Modell ist im Live-Betrieb und nutzt für den Leistungserbringer bereits heute bestehende Strukturen. Die Leistungserbringer brauchen keine neue Software, keine neuen Schnittstellen. Unser Ziel ist es, mit dem Modell Erfahrungen zu sammeln und Herausforderungen zu identifizieren, die von der gematik bei der Planung und Umsetzung der gesetzlichen Lösung mit berücksichtigt werden können. Das Modell vom BIV-OT verfolgt einen anderen Ansatz, aus dem sich auch Erfahrungen und Herausforderungen ergeben, die ebenfalls von der gematik genutzt werden können. Insofern ist es gut, dass mehrere Modelle existieren. Sie können an beiden Modellen teilnehmen und bei jedem Modell mit dazubeitragen, dass für die gesetzliche Lösung ein guter Start möglich wird.
72	Warum soll man an dem Projekt teilnehmen, Betriebsstrukturen ändern und dann mit Einführung der e-Verordnung nochmals umstellen?	Bis zur offiziellen eVO sind es noch fast 2,5 Jahre. Wir können gemeinsam voneinander lernen und ein gutes System entwickeln. Als Leistungserbringer profitieren Sie sofort von dem schlankeren digitalen Prozess. Betriebsstrukturen müssen bei unserem Projekt nicht geändert werden. Die Versorgungsanfragen sind bereits heute gelebte Praxis, weshalb wir diese auch für die Übermittlung der eVO durch die Versicherten an Sie als gewählten Leistungserbringer nutzen. Natürlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Der bisherige Prozess mit dem Muster 16 als Papierrezept bleibt parallel weiterhin bestehen. Mit der Teilnahme am Projekt haben Sie allerdings die Chance, die Zukunft mitzugestalten.
73	Welches Interesse haben die Kassen an diesem Prozess, dass sie so stark in Vorleistung gehen?	Wir möchten, dass vor Einführung in der Regelversorgung von allen Nutzern getragene und effiziente Prozesse entstehen und erfolgreich erprobt werden. Dafür setzen wir auf das Modellprojekt. Als Kostenträger der TI-Strukturen haben wir ein großes Interesse, dass nur effiziente und nützliche Prozesse in der Regelversorgung umgesetzt werden.
74	Mitte 2027 soll das laufen. Aber gemäß SGB V müssen sich die Hilfsmittelleistungserbringer bereits Anfang 2026 an die TI anbinden . Bleibt es bei dem Datum?	Ja, das ist das aktuell geplante Datum

75	Gibt es innerhalb des Projekts laufende Kommunikation / Information , damit man auf dem Laufenden bleibt und auch Informationen bekommt, wenn sich Änderungen zur finalen Spezifikation ergeben?	Ja, wird es geben. Neben Mailings und Informationen in der Fachpresse werden sämtliche Neuerungen auf der Seite www.egesundheit-deutschland.de gepostet.
76	Endet der Vertrag automatisch mit Einführung der E-Verordnung über die TI?	Ja, sobald das offizielle Verfahren der Gematik in Kraft tritt, endet das Modellprojekt. Nachgelagerte Abrechnungen sind natürlich noch möglich.
77	Warum macht man das Projekt nicht in geschlossenen Modellregionen, sondern schafft Tatsachen, welche über Ihre Lobbyarbeit gepusht wird in der Politik und als erfolgreich in der Praxis an die Politik angepriesen wird, obwohl dem ggf. nicht so ist?	Wir sind noch in der Aufbauphase zur Umsetzung des Modellprojektes zunächst in ausgewählten Regionen.
78	Wird es dieses Webinar noch mal geben?	ja, wir planen weitere Veranstaltungen.
79	Wie bekommen wir die Verordnung digital?	Die eVO wird über ein eKV-System als Versorgungsanfrage an den vom Versicherten gewählten Leistungserbringer eingestellt oder je nach Einstellung beim Leistungserbringer direkt aus dem eKV-System in seine Branchensoftware als Versorgungsanfrage mit allen Datenpunkten übertragen.
80	Wie erfolgt die Auswahl der Leistungserbringer (Homecare-Unternehmen) genau? Vor allem wenn der Versicherte dafür nicht mehr selbstständig in der Lage ist?	Die Auswahl des Leistungserbringers obliegt alleine dem Versicherten über die App. Es werden alle Leistungserbringer dem Versicherten zur Auswahl angeboten, die am Modellprojekt teilnehmen und für das verordnete Hilfsmittel einen Hilfsmittellieferungsvertrag nach § 127 SGB V mit der jeweiligen Kasse haben. Im Piloten ist die Nutzung der App obligatorisch, der werden die in der Frage genannten Versicherten eher nicht teilnehmen. Spätestens in der gematik-Umsetzung sind weitere Einlösewege notwendig.
81	Wie werden die verschiedenen Leistungserbringer dem Leistungsempfänger angezeigt? Die Auswahl kann nicht nur auf Grundlage der Entfernung zum Anbieter erfolgen, da Leistungserbringer auch bundesweit durch ihre Mitarbeiter tätig sind.	vorerst nur so, Verbesserungen sind angedacht.
82	Wir fahren 50 bis 80 km zu Patient:inn:en. Wie kommt das Rezept überhaupt zu uns?	Digital über VO-Anfrage
83	Werden die eVO von den Krankenkassen an die Leistungserbringer verteilt??	Nein, nur der Versicherte kann die eVO per App über eine eKV-Plattform an den Leistungserbringer weiterleiten. Eine Änderung der Daten der eVO und des vom Versicherten gewählten Leistungserbringer ist für die Kassen nicht möglich.
84	Wie stellen sich Arbeitsabläufe in Bereichen der Klinikversorgung und der Notfallversorgung in den Praxen zukünftig da? Empfangsbestätigung etc.	Klinik- und Notfallversorgung sind (noch) nicht Bestandteil des Projektes.
85	Kann der Arzt die Zuweisung direkt an das Sanitätshaus übermitteln?	Nein, die Zuweisung erfolgt ausschließlich durch den Versicherten.
86	Wird dem Versicherten dann eine Wahlmöglichkeit gegeben oder bestimmt die Kasse: wer den günstigsten Vertrag hat, steht ganz oben in der Liste?	Der Versicherte hat in der App die Wahl aus allen lieferberechtigten und am Modellprojekt teilnehmenden Leistungserbringern. Die Sortierung erfolgt nach der Entfernung zum Versicherten und rotiert somit, je nach Standort. Andere Kriterien wie z.B. der Preis spielen keine Rolle.
87	Die Genehmigungspflicht ergibt sich aus den aktuell bestehenden Versorgungsverträgen. Richtig?	Genau, an den Inhalten der Hilfsmittellieferungsverträge ändert sich bis auf den Abrechnungsprozess nichts.
88	Jeder Leistungserbringer mit entsprechender PQ ist dann vom Versicherten auf der Kassen APP zu finden? Oder nur LE mit Vertrag ?	Der Versicherte hat in der App die Wahl aus allen lieferberechtigten und am Modellprojekt teilnehmenden Leistungserbringern. Lieferberechtigt bedeutet, dass der Leistungserbringer einen Hilfsmittellieferungsvertrag mit der jeweiligen Kasse für das verordnete Hilfsmittel haben muss. Die PQ alleine ist nicht ausreichend.

89	Wie kann ein Außendienstmitarbeiter die VO abrufen	Die Mitarbeitenden können die Versorgungsanfrage mit den eVO-Daten über das eKV System mit ihren eigenen Zugangsdaten oder die angeschlossene Branchensoftware abrufen, sofern er die entsprechende Ausstattung von seinem Arbeitgeber hat.
90	Wie finden GKVen diejenigen VP, die nicht nur VP sind, sondern auch leisten können? wie oft haben wir das? "Haben Sie wirklich Motorschienen?"	Wenn ein Leistungserbringer einen Vertrag zu einem bestimmten Hilfsmittel hat, sollte er dieses eigentlich auch liefern können.
91	Welche Kriterien bestimmen die Reihenfolge der Vertragspartner in der PatientenApp ?	Als Standard ist die Sortierung nach Entfernung von der Postleitzahl des Versicherten eingestellt.
92	Wie sehe ich dann die E-Verordnung? Die Branchensoftware kann das ja noch nicht.	Sie können auch nur mit einer eKV-Plattform arbeiten. Eine Branchensoftware ist nicht nötig.
93	Ich bin beigetreten und wie wird es dann z.B. in egeko dargestellt? Bekommen wir dann einen Auftrag?	Das ist super, dass Sie bereits beigetreten sind. Wenn Versicherten eine eVO erhalten haben und Sie als gewünschten Vertragspartner für ihre Versorgung auswählen, erhalten Sie eine Versorgungsanfrage. Diese können Sie mit Ihren eigenen Zugangsdaten in der jeweiligen eKV-Plattform der betreffenden Kasse einsehen oder sie wird Ihnen je nach Einstellung in Ihrer Branchensoftware direkt in egeko angezeigt. Besprechen Sie diese Möglichkeit zur Sicherheit gern mit dem Hersteller Ihrer Branchensoftware.
94	Ich muss ja die Verordnungen digital empfangen und mich als Leistungserbringer identifizieren. Dies erfolgt meines Wissens mit Hilfe eines Leistungserbringerausweises .	Sie melden sich in Ihrem eKV-System an. Eine weitere Authentifizierung ist nicht nötig.
95	Es ist wohl vielen nicht klar geworden, dass in diesem Projekt keine Legitimation über eHBA undSMB-B nötig ist. Die VO kommen entschlüsselt über die Plattformen zum Leistungserbringer.	Das ist genau richtig. Leistungserbringer erhalten die eVO in der Versorgungsanfrage über die eKV-Plattform und benötigen keinen gesonderten Ausweis.
96	Sofern Sie nur die teilnehmenden Leistungserbringer in den Apps anzeigen und die übrigen Leistungserbringer nicht , makeln Sie als Krankenkasse. Dies ist vom Gesetzgeber so nicht gewollt! Wurde das mal durch die Rechtsabteilung geprüft!	Es handelt sich hierbei um einen Selektivvertrag nach §140 SGB V, an dem jeder teilnehmen kann. Selbstverständlich sind alle Regelungen juristisch mehrfach überprüft und stimmen mit geltenden Recht überein.
97	Wie findet dann die "Vorprüfung" der Leistungserbringer im Hinblick auf die PQ-Pflicht /nicht mehr pflichtig z.B. Apotheken differenziert? eVO an Apotheke für ein Himi, dass Sie evtl. gar nicht beliefern darf?	Ausschlaggebend ist, ob ein Leistungserbringer einen Hilfsmittellieferungsvertrag hat. Bei Vertragsschluss werden alle Voraussetzungen geprüft.
98	Nutzen Sie auch die KIM (E-Mail) für die Kommunikation zwischen Arzt, Leistungserbringer und ggf. Pflegeeinrichtung ?	Das Projekt wird sich in einer Ausbaustufe mit dieser Fragestellung beschäftigen.
99	Woher weiß der Patient, dass wir leisten können?	Es werden nur Vertragspartner für das Hilfsmittel angezeigt. Sofern Sie einen Vertrag haben, sollten Sie auch "leisten" können.
100	Heißt das, dass der Patient bereits in der Praxis entscheiden muss, zu welchem Sanitätshaus er gehen wird? Ggf. ändert sich das kurzfristig und es wird der Mitbewerber angewählt oder anders herum, der Patient kommt kurzerhand zu uns, weil der Mitbewerber nicht liefern kann. Wird die Auswahl des Sanitätshauses bereits in der Arztpraxis festgelegt?	Der Versicherte kann in der Arztpraxis die eVO bereits in seiner Kassen-App einsehen, sich die in Frage kommenden Vertragspartner anzeigen lassen und den von ihm gewünschten Vertragspartner direkt mit der Versorgung beauftragen. Er kann sich aber bis zu 28 Tage Zeit lassen und seine Verordnung zu einem späteren Zeitpunkt einem Leistungserbringer zuweisen. Sobald die eVO vom Versicherten einem Leistungserbringer zugewiesen wurde, kann er keinen anderen Leistungserbringer mehr wählen. In diesen Fällen muss der vom Versicherten nicht mehr gewünschte Leistungserbringer die Versorgungsanfrage ablehnen. Erst dann kann der Versicherte seine eVO einem anderen Leistungserbringer neu zuweisen.
101	In der Genehmigungspraxis spielen Alternativversorgungen eine Rolle. Welche Bedeutung hat dieser Prozess im Selektivvertrag?	Es gilt das gleiche Verfahren wie bisher, nur dass die Grundlage eine eVO statt dem Muster 16 ist.

102	Ist es tatsächlich ausschließlich der Patient, der seinen Leistungserbringer auswählt ? Ist die Steuerung durch Pflegeheim, Pflegedienst oder gar die Arztpraxis möglich ?	Die Auswahl obliegt alleine dem Versicherten in der App. Für alle anderen besteht ein Makelverbot, das durch unseren Piloten nicht angetastet wird.
103	Was passiert, wenn der vom Patienten gewählte Leistungserbringer nicht versorgen kann (Entfernung zu groß, Produkt nicht lieferbar etc.)? Kann die Verordnung anschließend zurückgegeben werden, damit ein neuer Leistungserbringer gewählt werden kann?	Ja, der Leistungserbringer kann die Versorgung ablehnen. Er informiert den Versicherten und gibt die eVO über die Ablehnung der Versorgungsanfrage an den Versicherten zurück. Der Versicherte erhält in seiner App eine Information und kann die eVO einem anderen Leistungserbringer zuweisen.
104	Wird der Leistungserbringer nur nach vorliegender Präqualifizierung zu einer PG in der APP angezeigt?	Ausschlaggebend ist, ob ein Leistungserbringer einen Hilfsmittellieferungsvertrag hat. Bei Vertragsschluss werden alle Voraussetzungen geprüft.
105	Wie läuft das, wenn ein Kunde ein E-Rezept erhalten hat, aber von einem Leistungserbringer versorgt werden möchte, der nicht teilnimmt?	In dem Fall muss er seinen Arzt um das Ausstellen einer Papierverordnung bitten.
106	Was ist mit Verordnungen von Versicherten, die noch nicht bei uns im Haus waren, aber über die App eine Verordnung erhalten. Dort werden wir, wenn wir uns nicht angemeldet haben, nicht gelistet. Bedeutet, der Versicherte erhält dann nicht unsere Kontaktdaten?	Es werden alle Leistungserbringer dem Versicherten zur Auswahl angeboten, die am Modellprojekt teilnehmen und für das verordnete Hilfsmittel einen Hilfsmittellieferungsvertrag nach § 127 SGB V mit der jeweiligen Kasse haben.