

E-Rezept: Fragen und Antworten für Apotheker:innen

Inhaltsverzeichnis

1. Wie kommt die elektronische Verordnung in die Apotheke?	5
2. Kann der Apotheker die elektronische Verordnung abändern?	5
3. Welche Ergänzungen und/oder Korrekturen sind im Rahmen der Abgabe möglich?	5
4. Was ist die Quittung und wofür wird sie benötigt?	6
5. Was ist der Abgabedatensatz?	7
6. Was ist der Abrechnungsdatensatz?	7
7. Kann der Abgabedatensatz nachträglich korrigiert werden?	7
8. Was passiert mit Server-Ausfällen?	7
9. Welche elektronischen Verordnungen sollte der Apotheker nicht bedienen?	7
10. Wie wird mit einer Änderung der Zuzahlungspflicht umgegangen?	8
11. Wie ist mit E-Rezepten umzugehen, bei denen der Name des Ausstellers von dem Namen der Signatur abweicht?	8
12. Was ist, wenn die Informationen auf dem Papiausdruck des Tokens von den Angaben in der elektronischen Verordnung abweichen?	9
13. Ist KIM ein zulässiger Übertragungsweg des E-Rezept-Tokens von Arzt an Apotheker?	9
14. Wie wird nach der Abgabe des Medikaments mit einem Papiertoken umgegangen?	10
15. Wie viele E-Rezepte befinden sich auf einem Papiertoken?	10
16. Überschreitung der Belieferungsfrist	10
17. Was mache ich, wenn die Bestellung eines Arzneimittels aufgrund der Lieferengpässe sehr lange dauert und ich erst nach 50 oder gar 100 Tagen beliefern kann? Geht das?	11
18. Wie lange darf ein E-Rezept eingelöst werden? Gibt es eine Abweichung zum Muster 16?	11
19. Übermittlung der Chargennummer beim E-Rezept	12
20. Muss ich die Chargennummer auch bis zum Ende des nächsten Werktages dokumentieren? Wie soll ich das machen, wenn die Lieferung über den Großhandel länger dauert?	12
21. Reicht die Charge für die Abrechnung aus oder müssen alle weiteren Daten aus dem securPharm-Code übermittelt werden?	12
22. Ist es 100% retaxsicher, wenn die Apotheke das Wort „Stellen“ anstatt der Charge einträgt?	12
23. Gibt es die Möglichkeit die Charge im Nachgang zur Abgabe zu ergänzen?	12
24. Hat die Apotheke noch einen Zugriff auf die Chargennummer, wenn der Quittungsdatensatz erstellt wurde?	13
25. Wie lassen sich E-Rezepte für Kinder im Fall von verschreibungsfreien Präparaten abschließen (keine securPharm-Prüfung und keine Chargenübermittlung möglich)?	13

26. Mehrfachverordnung	13
27. Freitextverordnungen Zahnarzt.....	13
28. Umgang mit fehlerhaften oder widersprüchlichen Verordnungen.....	14
29. Löschen von E-Rezepten durch die Apotheke	14
30. Ist Stückelung beim E-Rezept auch möglich? Wie wird das dokumentiert?	14
31. Wie verhalte ich mich richtig, wenn ein E-Rezept vom Arzt geändert werden muss?.....	15
32. Kann der Arzt sehen, wenn ein E-Rezept beliefert oder von mir gelöscht wurde?	15
33. Wenn ein Zugriff auf den Fachdienst vermeintlich nicht funktioniert. Wie kann ich prüfen, ob es einen zentralen Ausfall gibt?	15
34. Mein Patient ist sich sicher, dass ihm ein E-Rezept ausgestellt wurde. Ich kann dieses mit der eGK aber nicht abrufen. Woran kann das liegen? Was kann ich jetzt tun?	15
35. Wie viele Kartenterminals benötige ich in meiner Apotheke und wie viele bekomme ich erstattet?	15
36. Wie lange darf der Abruf von E-Rezepten per eGK maximal dauern und wann sollte ich meinen Hersteller kontaktieren?.....	16
37. Dürfen ab dem 01.01.2024 noch Muster 16 Rezepte ausgestellt werden (z.B: für Pflegeheimbewohner, Hausbesuch)?	16
38. Sind auch Ärzte von Ambulanzen, Krankenhäusern und der SAPV zur Ausstellung von E-Rezepten verpflichtet?	16
39. Die Dosierungsangabe als Freitext ist im Abgabedatensatz nicht zu sehen. Sind hier Retaxationen z.B. bei Rezepturen zu befürchten oder sieht die Krankenkasse die Dosierung im Freitextfeld?	16
40. Ab wann ist eine Verordnung zu Lasten aller BG's möglich?	16
41. Werden abgelaufene Rezepte nach 10 Tagen automatisch vom Server gelöscht?.....	17
42. Können grüne Rezepte und Privatrezepte für GKV-Versicherte als E-Rezept ausgestellt werden? Gibt es bereits E-Rezepte für PKV-Versicherte?	17
43. Wie ist die Umsetzung bei sog. „Vorablieferungen“, d.h. wenn der Patient wie gewohnt seine AM telefonisch in der Apotheke vorbestellt und eine sog. Vorablieferung erzeugt wird zur Reservierung der gewünschten AM? Kann der gespeicherte Datensatz ins E-Rezept übernommen werden?.....	17
44. Wie sieht es mit Korrekturmöglichkeiten aus, wenn das E-Rezept bereits an das Apothekenrechenzentrum übertragen wurde? Gibt es da eine Frist, wie lange man Rezepte noch zurückholen kann?.....	17
45. Apotheken bemängeln, dass sie keine Übersicht über die Summe der eingereichten Rezepte haben und dies in ihrer Abrechnung nicht kontrollieren können. Ist dies ein Problem des jeweiligen Apothekenrechenzentrums oder der Apothekensoftware?	17
46. Freitext-Verordnung bei Rezepturen: Wird in manchen Systemen nicht angenommen. Fehlermeldung: Verordnung enthält ein Fertigarzneimittel. Wo liegt hier der Fehler?	18
47. Der Arzt hat zwei Packungen eines Arzneimittels verordnet. Die Apotheke bekommt erstmal nur eine Packung, welche sie dem Patienten mitgibt. Wie kann	

die Apotheke die zweite Packung abgeben? Das Rezept ist dann nach 72 Stunden abgelaufen.....	18
48. Die Signatur/LANR/BSNR sind nicht korrekt oder gar nicht vorhanden. Warum wird das Rezept dann übermittelt? Muss die Apotheke die Angaben auf Richtigkeit überprüfen?	18
49. Über den Heilberufsausweis wird z.B. die Berufsbezeichnung hinterlegt. Teilweise fehlt diese Angabe allerdings im Arztstempel. Muss die Berufsbezeichnung dann zusätzlich erneut in den Freitext eingegeben werden?	19
50. Wenn die Apotheke aufgrund von Bestellung/Genehmigung/Herstellung oder verzögerter Lieferung ein Rezept erst später abrechnen und bedrucken kann, wird beim Papierrezept ein handschriftlicher Vermerk angesetzt. Wie verhält sich die Apotheke beim E-Rezept? Gibt es eine Möglichkeit, die Rezepte „zurückzustellen“?	20
51. Bei einer Beanstandung wird kein Image mehr mitgesendet. Es wird lediglich die Auskunft bzgl. des Retaxgrundes angesetzt. Wie kommen wir an das Image? Kann die Apotheke nachträglich auf das Image zugreifen? Wie kommen wir an die Freitexte, um beurteilen zu können, ob die Dokumentation vorhanden/vollständig ist?	20
52. Wie rechnet die Apotheke genehmigungspflichtige Arzneimittel – wie beispielsweise Einzelimporte – ab?	20
53. Wer haftet eigentlich in welcher Form bei Ausfällen der Server/Software etc., bei denen ein E-Rezept nicht abgerufen/beliefert werden kann?	20
54. Ausfall der TI und Retaxrisiko der Apotheken: Was ist, wenn nun an einem späten Januartag die E-Rezept-Server zusammenbrechen. Ist dann klargestellt, dass dann Muster 16 wieder genutzt werden kann und nicht retaxiert wird?	20
55. Anwendungsbereich - Für was kann aktuell ein E-Rezept ausgestellt werden und für was nicht?	21
56. Und warum können Ärzte schon E-Rezepte ausstellen, die noch nicht in der Apotheke abzurechnen sind?	21
57. Umdeutung von Kassenrezepten in Privatrezepte und umgekehrt – auch bei E-Rezepten möglich?	21
58. Ist eine Duplikatsverordnung auch als E-Rezept möglich?	21
59. Wird der Verordnungsdatensatz in der Apothekensoftware auch nach der Abrechnung gespeichert? Wenn ja, wo und wie? Oder kann die Apotheke diesen Datensatz nur über die E-Rezept-ID beim Apothekenrechenzentrum einsehen?	21
60. Wie lange wird die E-Rezept-ID in der Apotheke gespeichert?	21
61. Gemäß Rahmenvertrag nach § 129 SGB V, § 7 Abs. 1, Satz 2 (abzugebendes Arzneimittel) gilt: „Für eine elektronische Verordnung ist der Zeitpunkt des Abrufs aus der TI maßgebend.“ Bedeutet das, dass auch bei einem Monatswechsel, z. B. es gibt neue Rabattverträge, hier der Abruf aus der TI maßgeblich ist?	22
62. Wie wird die Verifikation der digitalen Identität eines Patienten durch die Apotheke konkret aussehen (freiwillige Leistung der Apotheke?, Schulungsbedarf?, Equipment?, Zeitaufwand? Vermutlich auch Privatpatienten?)	22
63. Wie lassen sich E-Rezepte für Kinder elektronisch verarbeiten, auf denen keine Dosierungsangabe steht/stehen muss?	22

64. Wie wird die Abweichung von der Abgaberangfolge in einem dringenden Falls (§ 14 Abs. 2 Rahmenvertrag nach § 129 SGB V) dokumentiert?22
65. Friedenspflicht für E-Rezepte: Zusatzvereinbarung zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V für elektronische Verordnungen in der Fassung vom 1. Juli 202422

1. Wie kommt die elektronische Verordnung in die Apotheke?

Hier gibt es grundsätzlich 3 Übermittlungswege:

Versicherte können das E-Rezept mit ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in Apotheken einlösen.

Sofern der Patient die kostenfreie E-Rezept-App der gematik nutzt, kann er zum Einlösen eines E-Rezepts entweder den QR-Code in der App öffnen und in der Apotheke vorzeigen oder das Rezept vorab an eine Apotheke übermitteln.

Weiterhin besteht die Möglichkeit, Arzneimittel in der Apotheke mit einem Token-Ausdruck zu erhalten, sofern dieser vom Arzt zur Verfügung gestellt wird. Hierbei handelt es sich nicht um ein Papierrezept, sondern um einen Ausdruck, auf welchem neben dem 2D-Code als „Schlüssel“ zum Abruf des E-Rezeptes aus dem Fachdienst noch Angaben zum verordneten Medikament enthalten sind. Ein Ausdruck umfasst bis zu drei E-Rezept-Token.

2. Kann der Apotheker die elektronische Verordnung abändern?

Nein. Ein einmal ausgestelltes und bereits signiertes E-Rezept kann nicht mehr korrigiert werden. Mit der qualifiziert elektronischen Unterschrift (QES) des ausstellenden Arztes wird jedes E-Rezept automatisch auf dem TI-Server abgelegt und gespeichert. Das einzelne E-Rezept kann seitens des ausstellenden Arztes gelöscht und dann neu erstellt werden. Apotheken können somit eine falsche Verordnung nicht ändern.

Allerdings können Apotheken im Abgabedatensatz nach den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben Korrekturen und/oder Ergänzungen vornehmen.

3. Welche Ergänzungen und/oder Korrekturen sind im Rahmen der Abgabe möglich?

Nahezu analog dem Muster 16 können auch beim E-Rezept im Rahmen der Abgabe gesetzlich oder vertraglich geregelte Ergänzungen und/ oder Korrekturen vorgenommen werden.

Beim Erstellen des Abgabedatensatzes wird die Warenwirtschaft dem Apotheker mit verschiedenen vorgelegten Schlüsseln die Auswahl zwischen „vorgefertigten“ Rezeptänderungen erleichtern.

Beispielsweise kann dort auch die Korrektur/ Ergänzung einer Dosierangabe dokumentiert werden. In den Abgabedaten ist dazu eine Rezeptänderung mit dem Schlüssel 4 (Korrektur/ Ergänzung der Dosierungsanweisung) unter Angabe der Dosierung zu dokumentieren.

Es besteht alternativ auch die Möglichkeit, einen fehlenden Hinweis auf einen Medikationsplan, der das verschriebene Arzneimittel umfasst, zu ergänzen (Schlüssel 5).

Eine Rezeptänderung ist nicht erforderlich, wenn das E-Rezept zwar keine Dosierungsanweisung, aber ein Kennzeichen Dosierung = false enthält. False bedeutet „Dosieranweisung/Medikationsplan mitgegeben“ und ersetzt die Angabe von „Dj“ beim Papierrezept. Wie dieser Fall in den einzelnen Apothekensystemen umgesetzt ist, entzieht sich jedoch unserer Kenntnis.

Hinter dem Schlüssel 12 ist eine freitextliche Angabe solcher Fälle möglich, die mit den Schlüssel 1 bis 11 nicht abgedeckt sind. Beispielsweise kann eine mögliche

Überschreitung der Belieferungsfrist nach § 6 Absatz g7 Rahmenvertrag mit dem Schlüssel 12 und im Rahmen des Freitextfeldes dokumentiert werden.

Beispiel: Die Schlüssel 1 und 6 sind insbesondere relevant bei Freitext-Verordnungen. Nachfolgend jeweils ein Beispiel, das aus Sicht des DAV kein neues E-Rezept erfordern würde.

Beispiel für Schlüssel 1:

Freitextverordnung: „Novaminsulfon 1A Tabletten“, Dosierungsangabe: „4x tgl. 20 Tropfen“

- ➔ Nach Rücksprache mit dem Arzt Abgabe von Novaminsulfon 1A Pharma Tropfen 500 mg/ml, Dokumentation der Rezeptänderung mit Schlüssel 1.

Beispiel für Schlüssel 6:

Freitextverordnung: „Zolmitriptan-ratiopharm 5 mg Nasenspray“ (dieses Arzneimittel gibt es nicht)

- ➔ Nach Rücksprache mit dem Arzt Abgabe von AscoTop Nasal 5 mg/Dosis (Wirkstoff: Zolmitriptan 5 mg), Dokumentation der Rezeptänderung mit Schlüssel 6.

WICHTIG: Jede Rezeptänderung verlangt immer die qualifiziert elektronische Signatur des Apothekers mit dem Heilberufsausweis.

Unter

<https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/apotheken/apotheken.jsp>

kann die Technische Anlage 7 abgerufen werden, die am Ende von Kapitel 8.2 die Tabelle der Rezeptänderungen enthält.

4. Was ist die Quittung und wofür wird sie benötigt?

Bei der Quittung handelt es sich um die digitale Bestätigung durch den Fachdienst der TI, dass der Apotheker den technischen Prozess für die Belieferung einer konkreten elektronischen Verordnung ordnungsgemäß abgeschlossen hat. Die Quittung ist essentieller Bestandteil für den Zahlungsanspruch des Apothekers gegenüber der Kasse. Das Abrufen der Quittung ist bis zum Ende des auf die Abgabe folgenden Werktages vorzunehmen. In Ausnahmefällen (Störung der TI) ist es erlaubt, den Abruf der Quittung nach Behebung der Störung unverzüglich nachzuholen.

Zum Abschluss der Abgabe stellt der Apotheker dem Versicherten Informationen über das abgegebene Medikament bereit (MedicationDispense) und erhält als Ergebnis automatisiert die signierte Quittung aus dem Fachdienst der gematik.

Vertraglich haben DAV und GKV-SV rein vorsorglich ein größeres Zeitfenster für den Abruf der Quittung vereinbart.

Es gelten weitere zeitliche Ausnahmen:

- Bei Verordnungen, die mehrere Abgaben vorsehen, ist der Quittungsabruf erst nach der letzten Abgabe vorzunehmen, wobei der späteste Zeitpunkt für den Abruf der Quittung das Ende des auf die letzte Abgabe folgenden Werktages ist.

- Erlaubt nach § 4 Absatz 1 AMVV die Anwendung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels keinen Aufschub, kann das Abgabedatum vor dem Ausstellungsdatum der elektronischen Verordnung liegen. In diesem Fall gilt die Frist zum Abruf der Quittung ausgehend von der elektronischen Verordnung.

- Bei parenteralen Zubereitungen können die Zeitstempel der Herstellungen und die Abgaben vor dem Zeitpunkt der Erzeugung der elektronischen Verordnung liegen. In diesen Fällen gilt die Frist zum Abruf der Quittung ausgehend von der elektronischen Verordnung.

In jedem Fall sind die Vorgaben der Arzneimittelverschreibungsverordnung bei der Abgabe einzuhalten.

5. Was ist der Abgabedatensatz?

Während oder nach der Arzneimittelabgabe erstellt die Apotheke den eAbgabedatensatz, welcher alle relevanten Informationen für die Abrechnung enthält. Welche Informationen relevant sind, wird in der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 Absatz 3 SGB V, Anlage 1, § 2 Absatz 2, sowie den Technischen Anlagen festgelegt. Die Software der Apotheken unterstützt den Apotheker bei der Erstellung.

6. Was ist der Abrechnungsdatensatz?

Zunächst muss der Apotheker die elektronische Verordnung, den eAbgabedatensatz und die Quittung an sein ARZ übermitteln. Das ARZ erstellt aus den übermittelten Daten den eAbrechnungsdatensatz nach den Vorgaben der Technischen Anlagen 1, 3 und 7. Die ARZ reichen das E-Rezept, den eAbgabedatensatz und den Abrechnungsdatensatz als Sammelrechnungen über einen Konverter an die Kassen. Die Quittung aus dem Fachdienst der gematik muss ebenfalls übermittelt werden, allerdings nicht über den Konverter.

Die Abrechnungsfrist entspricht der Frist des Muster 16. Nach § 4 Absatz 1 der Anlage 1 (Abrechnungsvereinbarung nach § 300 Absatz 3) rechnen Apotheken ihre Leistungen spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, mit den Krankenkassen ab.

7. Kann der Abgabedatensatz nachträglich korrigiert werden?

Ja, das ist grundsätzlich möglich. Im Falle einer Beanstandung durch das ARZ ist eine nachträgliche Korrektur bzw. Neuerstellung der Datensätze möglich.

8. Was passiert mit Server-Ausfällen?

Hier ist ein Muster 16 seitens des Arztes auszustellen, das sehen sowohl das Gesetz als auch die jeweiligen vertraglichen Regelungen vor. Im Gesetz ist das in § 360 Absatz 2 SGB V für Ärzte geregelt, ergänzend auch in der Anlage 2 zum BMV-Ä, siehe auch https://www.kbv.de/media/sp/02_Vordruckvereinbarung.pdf (Kapitel zum Muster 16).

9. Welche elektronischen Verordnungen sollte der Apotheker nicht bedienen?

Aktuell wird weder durch den Fachdienst der gematik noch durch die Software der Praxisverwaltungssysteme sichergestellt, dass alle Verordnungen valide sind.

Bei folgenden Verordnungen ist Vorsicht geboten, diese sollten im Zweifel nicht vom Apotheker bedient werden:

- Bei der PZN-Verordnung werden neben der PZN auch noch Bezeichnung, Darreichungsform, Wirkstoffstärke und Packungsgröße sowie Menge des Mittels angegeben. Wenn diese von den Angaben im ABDA-Artikelstamm abweichen, könnte es von den Kassen als unklare Verordnung angesehen und retaxiert werden. Es ist nicht bekannt, ob die Warenwirtschaftssysteme der Apotheken überhaupt die Angaben aus der elektronischen Verordnung oder nur die Informationen zur PZN aus dem Artikelstamm anzeigen. Es besteht die Gefahr, dass beispielsweise bei einer Umgruppierung der Normpackungsgrößen innerhalb des Quartals alle betroffenen Verordnungen widersprüchlich und damit erst nach Rücksprache mit dem Arzt beliefert werden dürften.

Hinweis: Pro E-Rezept darf nur ein FAM oder eine Rezeptur verordnet werden. In einem E-Rezept kann auch das Vielfache eines FAM verordnet werden, also beispielsweise 3x PZN XY.

10. Wie wird mit einer Änderung der Zuzahlungspflicht umgegangen?

Hier wurde eine schmale Lösung ohne großen Aufwand für die Apotheke gefunden. Bei den Zusatzattributen wurde eine neue Gruppe „15“ eingefügt.

<u>Gruppe</u>	15 = von Zuzahlungspflicht befreit
<u>Schlüssel</u>	0 = nein 1 = ja
<u>Hinweise</u>	Angabe nur, wenn in der Apotheke festgestellt wird, dass ein gegenüber der eVerordnung abweichender Zuzahlungsstatus vorliegt.

Anhand der beiden Schlüssel 0= nein bzw. 1=ja können nun entsprechende Änderungen einfach ausgewählt werden. Eine zusätzliche Dokumentation wie z.B. „Befreiungsausweis vorgelegt“ ist nicht erforderlich und bietet keinen Schutz vor Retaxation im Falle einer nichtzutreffenden Angabe.

Diese Änderung gilt nach Verständnis der Vertragspartner nicht als Änderung des Rezeptes und muss damit nicht qualifiziert elektronisch signiert werden.

11. Wie ist mit E-Rezepten umzugehen, bei denen der Name des Ausstellers von dem Namen der Signatur abweicht?

Die verordnende und unterzeichnende (signierende) Person müssen laut AMVV bei der Verordnung übereinstimmen. Gemäß § 2 AMVV wird in Absatz 1 Satz 1 gefordert, dass eine Verschreibung u.a. den Namen und Vornamen der verschreibenden Person enthalten muss.

Konkretisiert wird dies in Satz 10, wonach „die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person oder, bei Verschreibungen in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur“ gefordert wird.

In den letzten Monaten wurde vermehrt festgestellt, dass sich trotz Personengleichheit der im Datensatz des E-Rezepts angegebene Name der verschreibenden Person und der Name der verschreibenden Person in der qualifizierten elektronischen Signatur unterscheiden können.

Es bestand lange Zeit Unsicherheit, ob Apotheken hier einer Prüfpflicht unterliegen und wie mit Namensabweichungen umzugehen ist. Die gematik hat in ihrer Gesellschafterversammlung am 22.06.2023 wiederholt über den Umgang mit der Namensidentität des ausstellenden und signierenden Arztes beraten und im Ergebnis einen Beschluss gefasst, welcher die Apotheke von der Prüfpflicht befreit.

Sowohl der Name aus der Verordnung als auch die qualifizierte elektronische Signatur (QeS) sind untrennbar miteinander verbunden. Damit wird der Anforderung aus der AMVV zur Darstellung des Namens der verschreibenden Person umfassend entsprochen.

Der Name der verordnenden Person im Datensatz des E-Rezeptes erhält den Status eines reinen Anzeigewertes, so dass eine Abweichung zwischen Namen in der Verordnung und Namen in der QES keine Prüfrelevanz hat.

Führend ist stets der Name aus der qualifizierten Signatur.

Das BMG hat diese Rechtsauffassung am 17.10.2023 bestätigt.

12. Was ist, wenn die Informationen auf dem Papiausdruck des Tokens von den Angaben in der elektronischen Verordnung abweichen?

Grundsätzlich zählt nur die E-Verordnung, nicht der Ausdruck, den die Kasse nicht erhält. Allerdings sollte die Apotheke aus AMTS-Gründen beim Arzt nachfragen, ob ein Fehler in der Verordnung vorliegt und ihn auf die Diskrepanz hinweisen.

Wenn der Ausdruck falsch ist, kann er seitens der Apotheke entsorgt oder zumindest manuell korrigiert werden.

13. Ist KIM ein zulässiger Übertragungsweg des E-Rezept-Tokens von Arzt an Apotheker?

a)

Die Nutzung von KIM ist aktuell kein zugelassener Übermittlungsweg für den Regelfall. Von der gematik spezifizierte und durch die Gesellschafter beschlossene Übermittlungswege sind

- der Abruf des E-Rezeptes über die eGK
- die Nutzung der gematik E-Rezept App und
- der Ausdruck eines Papiertokens.

Die regelhafte Zuweisung von E-Rezepten via KIM kann auch das Zuweisungs- und Makelverbot aushebeln, so dass hier große Vorsicht geboten ist.

Für die Übertragung eines E-Rezept-Tokens durch einen Leistungserbringer via KIM an Pflegeeinrichtungen gilt:

Rechtlich unzulässig ist die Direktübermittlung von der Arztpraxis an eine Apotheke. Hier ist die freie Apothekenwahl nicht gewährleistet.

Rechtlich zulässig kann die Direktübermittlung von der Arztpraxis an das Pflegeheim dann sein, wenn der Heimpatient dem Pflegeheim eine entsprechende Empfangsbevollmächtigung erteilt hat. Das Pflegeheim leitet die E-Rezept-Token an die heimversorgende Apotheke weiter, sofern mit dem Versicherten nichts anderes vereinbart wurde.

b)

KIM kann im Rahmen einer notwendigen Rezeptkorrektur die Kommunikation zwischen Apotheke und Arzt erleichtern und dem Patienten unnötige Wege ersparen. Die Beschreibung des Korrekturfalles via KIM haben wir zusammen mit der gematik abgestimmt. Die Beschreibung des Korrekturfalles ist unter folgendem Link abrufbar:

https://www.gematik.de/media/gematik/Medien/E-Rezept/Dokumente/gematik_eRezepte_korrigieren.pdf

14. Wie wird nach der Abgabe des Medikaments mit einem Papiertoken umgegangen?

Sofern der Patient sich nicht dafür entscheidet, den Token nebst Dosierangabe mitzunehmen, so wird aus datenschutzrechtlichen Gründen empfohlen, dass nach erfolgter Einlösung eines E-Rezeptes die abgebende Apotheke den Papiertoken einbehält und vernichtet.

15. Wie viele E-Rezepte befinden sich auf einem Papiertoken?

Auf einen Tokenausdruck können bis zu drei E-Rezepte aufgedruckt werden, auf die einzeln unter Verwendung des jeweiligen 2D-Codes zugegriffen werden kann. Darüber hinaus bietet der rechte, obere Sammel-2D-Code Zugriff auf alle eigenständigen E-Rezepte eines Ausdrucks gleichzeitig. Allerdings bleiben auch bei Verwendung dieses Sammel-2D-Codes die bis zu drei E-Rezepte jeweils vollumfänglich eigenständig und bedingen entsprechend einen eigenen Abgabedatensatz. Sie wurden lediglich zur einfacheren Verwendung unter dem Sammel-2D-Code zusammengefasst.

16. Überschreitung der Belieferungsfrist

Unter bestimmten Kriterien ist auch im Rahmen des E-Rezeptes die Überschreitung der Belieferungsfrist von derzeit 28 Tagen möglich.

In der Quittung ist ein Abrufdatum des E-Rezeptes enthalten, das heißt, es ist für die jeweilige Krankenkasse erkennbar, wann das E-Rezept ausgestellt, wann es in der Apotheke vorgelegt / abgerufen und wann das Arzneimittel abgegeben / abgeholt wurde.

Im Abgabedatensatz kann man dann bei den Rezeptänderungen die Gründe für die Fristüberschreitung vermerken, wenn die Apotheke ein Arzneimittel nach Ablauf der in § 11 Absatz 4 Satz 1 Arzneimittel-Richtlinie vorgesehenen Belieferungszeit von derzeit 28 Tagen nach Ausstellung abgibt. Bei beiden Rezeptarten (Papier- und E-Rezept) sind sowohl die Rücksprache mit dem Arzt als auch die Gründe für die Fristüberschreitung zu dokumentieren und abzuzeichnen bzw. qualifiziert elektronisch zu signieren. Im Falle des E-Rezeptes haben wir vertraglich eine Rezeptänderung vereinbart, die nach den Vorgaben der TA7 im Abgabedatensatz unter „Rezeptänderungen“ zu dokumentieren ist.

Hier würde sich der Schlüssel 12 aus der Wertetabelle „Rezeptänderungen“ anbieten, wonach eine freitextliche Dokumentation möglich ist, wenn keiner der anderen Schlüssel passt.

Ein Vermerk in den Dispensierinformationen, die nur für den Versicherten bestimmt sind, oder in den Quittungsdaten, ist jedoch nicht möglich.

17. Was mache ich, wenn die Bestellung eines Arzneimittels aufgrund der Lieferengpässe sehr lange dauert und ich erst nach 50 oder gar 100 Tagen beliefern kann? Geht das?

Grundsätzlich ja: Wir haben im Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V eine entsprechende Regelung zur Überschreitung der Belieferungsfrist auch für das E-Rezept aufgenommen. In § 6 Absatz 2 g7 ist geregelt, dass ein Arzneimittel auch nach Ablauf der Belieferungszeit von derzeit 28 Tagen nach Ausstellung abgegeben werden kann, wenn eine Rücksprache mit der verschreibenden Person und die Gründe für die Fristüberschreitung

- auf einem papiergebundenen Verordnungsblatt dokumentiert und von der Apothekerin / vom Apotheker abgezeichnet werden oder

- **bei einer elektronischen Verordnung im elektronischen Abgabedatensatz entsprechend der Regelungen nach § 2 Absatz 17 Satz 4 zur Rezeptänderung ergänzt und mittels qualifizierter elektronischer Signatur signiert werden.**

Konkret heißt das, dass das E-Rezept immer **innerhalb der 28 Tage** vorgelegt/ abgerufen worden sein muss, dieses im Einzelfall dann aber außerhalb der 28 Tage beliefert werden kann. Dann greift die Regelung des Rahmenvertrages mit Rücksprache, Dokumentation und QES.

Sofern die Belieferung 100 Tage und länger nach Abruf des E-Rezepts dauert, wird eine aktuelle Verordnung benötigt, da der Fachdienst ein E-Rezept 100 Tage nach Abruf löscht. Nach der Löschung des E-Rezepts kann die benötigte Quittung nicht mehr abgerufen werden. Es wird empfohlen, rechtzeitig, bevor dieser Fall eintritt, den Arzt zu kontaktieren.

Bei einer Vorlage/ einem Abruf **außerhalb** der 28 Tage, aber innerhalb von 3 Monaten, kann eine Verordnung nur wie ein Selbstzahlerrezept behandelt werden. Sowohl beim Muster 16 als auch beim E-Rezept sollte der Arzt nach Ablauf der 3 Monate dann eine neue Verordnung ausstellen. Beim E-Rezept sollte hier eine entsprechende Rücksprache mit dem Arzt erfolgen und das E-Rezept in den Fachdienst zurückgegeben werden, damit der Arzt das alte E-Rezept löschen und ein neues ausstellen kann.

18. Wie lange darf ein E-Rezept eingelöst werden? Gibt es eine Abweichung zum Muster 16?

Nach der Arzneimittelverschreibungsverordnung, dort § 2 Absatz 6, gilt die Verschreibung drei Monate, sofern keine Gültigkeitsdauer auf der Verordnung vermerkt ist. Die AMVV differenziert hier nicht zwischen dem Muster 16 und dem E-Rezept. Die In § 360 Absatz 11 SGB V geregelte Löschfrist hat nichts mit der in der AMVV normierten Gültigkeit zu tun, sondern regelt lediglich, dass E-Rezepte 100 Tage nach der Einlösung automatisch gelöscht werden. E-Rezepte, die nicht eingelöst wurden, werden ebenfalls automatisch zehn Tage nach Ablauf der Rezeptgültigkeit (Datum der Rezeptausstellung + 92 Kalendertage) aus dem Fachdienst der gematik gelöscht.

Hinsichtlich der Frist für die Erstattungsfähigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen siehe Frage 16.

Bei einer Mehrfachverordnung gelten abweichende Regeln (siehe Frage 26).

19. Übermittlung der Chargennummer beim E-Rezept

Aufgrund des bestehenden Schiedsspruches und der Regelungen in der Arzneimittel-abrechnungsvereinbarung nach § 300 Absatz 3 SGB V bestand der GKV-SV lange Zeit auch bei patientenindividueller Arzneimittelverblisterung auf die Übermittlung der Chargenbezeichnung im Abgabedatensatz.

Das BMG hat nun eingegriffen und die Vertragspartner aufgefordert, eine vertragliche und technische Ausnahmeregel zu schaffen. Diese sieht wie folgt aus:

Soweit die Übermittlung der Chargenbezeichnung beim „Stellen“ von Arzneimitteln technisch nicht möglich ist, wird bis zur Schaffung entsprechender technischer Möglichkeiten ausnahmsweise bis zum 30. Juni 2025 von der Verpflichtung zur Chargendokumentation abgesehen. Anstelle der tatsächlichen Chargenbezeichnungen ist „STELLEN“ in das entsprechende Datenfeld einzutragen.

Achtung: Dabei sind die Abrechnungs- und rahmenvertraglichen Regelungen im Übrigen einzuhalten, insbesondere ist sicherzustellen, dass die in Anlage 9 § 2 Satz 1 des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2 SGB V beschriebenen Mitwirkungspflichten auf Nachfrage erfüllt werden können. Apotheken müssen also auch in dem oben beschriebenen Fall sicherstellen, dass eine Dokumentation der Charge erfolgt.

20. Muss ich die Chargennummer auch bis zum Ende des nächsten Werktages dokumentieren? Wie soll ich das machen, wenn die Lieferung über den Großhandel länger dauert?

Der Abgabedatensatz wird in der Regel während bzw. nach der Abgabe erstellt, da die Abgabe des konkret an den Patienten übergebenen Arzneimittels im Abgabedatensatz zu dokumentieren ist. Sofern die Lieferung über den Großhandel länger dauert, bleibt das E-Rezept im Status der Bearbeitung und der Abgabedatensatz bleibt so lange liegen, bis die eigentliche Abgabe erfolgt ist.

21. Reicht die Charge für die Abrechnung aus oder müssen alle weiteren Daten aus dem securPharm-Code übermittelt werden?

Es wird im Abgabedatensatz lediglich die Angabe der Charge gefordert. Weitere Informationen aus dem securPharm-Code sind irrelevant.

22. Ist es 100% retaxsicher, wenn die Apotheke das Wort „Stellen“ anstatt der Charge einträgt?

Das Wort „STELLEN“ gilt ausnahmslos für den mit dem GKV-SV vertraglich vereinbarten Umfang. Die Änderungsvereinbarung enthält eine Ausnahmeregelung für die Übermittlung der Charge für solche Apotheken, welche sich eines Verblisterzentrums, v.a. im Rahmen der Heimversorgung, bedienen. In diesen Fällen folgt keine Retax.

23. Gibt es die Möglichkeit die Charge im Nachgang zur Abgabe zu ergänzen?

Ja, der Abgabedatensatz kann auch nach der Abgabe, ggf. manuell, um die Charge ergänzt werden. Alternativ kann der Abgabedatensatz nachträglich vom ARZ zurückgefordert und um die Charge ergänzt / korrigiert werden.

24. Hat die Apotheke noch einen Zugriff auf die Chargennummer, wenn der Quittungsdatensatz erstellt wurde?

Der Quittungsdatensatz wird durch den E-Rezept Fachdienst erstellt, wenn die Apotheke die Quittung anfordert. Auch nach dem Empfang der Quittung sind in der Apothekensoftware noch Korrekturen und Ergänzungen im Abgabedatensatz möglich.

25. Wie lassen sich E-Rezepte für Kinder im Fall von verschreibungsfreien Präparaten abschließen (keine securPharm-Prüfung und keine Chargenübermittlung möglich)?

Mangels securPharm-Verifizierung besteht keine technisch unterstützte Möglichkeit und somit keine Verpflichtung, das Feld der Charge zu befüllen. Hier bleibt das Feld leer.

26. Mehrfachverordnung

Seit dem 01.04.2023 können Ärzte nun das sog. Wiederholungsrezept im Rahmen eines E-Rezeptes verordnen.

Das Wiederholungsrezept oder auch die Mehrfachverordnung kann nach der Erstabgabe bis zu drei wiederholte Abgaben des gleichen Medikaments vorsehen. Für jede Abgabe wird ein eigenes E-Rezept erstellt, so dass eine Mehrfachverordnung insgesamt bis zu vier E-Rezepte beinhalten kann.

Anders als bei der herkömmlichen Verordnung muss der ausstellende Arzt den Beginn des Einlösezeitraums für jedes E-Rezept einer Mehrfachverordnung festlegen.

Die Rezeptgültigkeit der Mehrfachverordnung beträgt maximal 365 Tage ab dem Ausstellungsdatum der Verordnung. Der Arzt kann jedoch ein früheres Ende der Einlösefrist für jedes E-Rezept einer Mehrfachverordnung vorgeben.

Der Patient erhält für jede Wiederholung einen eigenständigen E-Rezept-Token. Daher können alle Teile einer Mehrfachverordnung innerhalb der Einlösefrist in unterschiedlichen Apotheken eingelöst werden.

Der Fachdienst der gematik sperrt solche Teile der Mehrfachverordnung, deren Einlösezeitraum noch nicht gültig ist.

In der Apotheke gilt der einzelne Teil einer Mehrfachverordnung als ein eigenständiges abrechenbares E-Rezept, d.h. nach erfolgter Abgabe wird der Abgabedaten- sowie Abrechnungsdatensatz erstellt und den Kassen übermittelt.

Gesetzlich ist die Mehrfachverordnung wie folgt geregelt:

- § 31 Absatz 1b SGB V
- § 11 Absatz. 2a AM-RL des GB-A
- § 4 Absatz 3 AMVV

Hinweis: Auf dem Muster 16 ist das Wiederholungsrezept nicht möglich.

27. Freitextverordnungen Zahnarzt

Der DAV hat eine FAQ zum Inhalt einer Freitext-Verordnung im zahnärztlichen Bereich erstellt. Nach Abstimmung mit der KZV Thüringen, dem Thüringer Apothekerverband sowie der KZBV wurde die FAQ unter folgendem Link veröffentlicht:

https://www.kzbv.de/e-rezept#faq_freitext

Die FAQ hat das Ziel, Zahnärzten eine „Ausfüllhilfe“ für Freitext-Verordnungen an die Hand zu geben, um fehlerhafte oder unklare E-Rezepte zu vermeiden und damit Apotheken von Rückfragen zu entlasten.

Die gematik hat auf ihrer Webseite unter folgendem Link:

https://www.gematik.de/media/gematik/Medien/E-Rezept/Dokumente/Praxen/gematik_Onepager_Freitextverordnungen_03-1.pdf

ebenfalls Informationen zu Freitextverordnungen der Zahnärzte veröffentlicht.

28. Umgang mit fehlerhaften oder widersprüchlichen Verordnungen

Mit dem Stecken der eGK zum Abruf des E-Rezeptes aus dem Fachdienst können im Apothekenalltag unnötige Wege bei nicht korrigierbaren E-Rezepten für den Patienten vermieden werden.

Wird in der Apotheke festgestellt, dass das E-Rezept auch nach Rücksprache mit dem Arzt nicht geheilt werden kann, wird ein neues E-Rezept benötigt. Nach Absprache mit dem ausstellenden Arzt kann das fehlerhafte E-Rezept umgehend an den Fachdienst zurückgegeben werden, damit eine Löschung in der Praxis und im Anschluss die Neuausstellung erfolgen kann.

Der Patient steckt dann vor Ort erneut seine eGK, in der Apotheke kann dann das neu ausgestellte E-Rezept aus dem Fachdienst abgerufen und das Medikament entsprechend abgegeben werden.

29. Löschen von E-Rezepten durch die Apotheke

Auch Apotheken können widersprüchliche, fehlerhafte oder seitens des Patienten nicht mehr benötigte/ gewollte E-Rezepte löschen. Voraussetzung ist jedoch, dass dies bei fehlerhaften E-Rezepten nur nach Rücksprache und Zustimmung des Arztes erfolgt. In der Regel wird der Arzt das E-Rezept nach Rückgabe an den Fachdienst selbst löschen, bevor er ein neues E-Rezept ausstellt (siehe Punkt 28. „Umgang mit fehlerhaften oder widersprüchlichen Verordnungen“).

Unabhängig davon kann der Patient die Apotheke um Löschung bitten, wenn er ein E-Rezept nicht (mehr) einlösen möchte.

30. Ist Stückelung beim E-Rezept auch möglich? Wie wird das dokumentiert?

Ja, auch das ist und bleibt beim E-Rezept möglich.

Beispiel: Ein Patient erhält ein E-Rezept über 2 x BetaGalen. In der Apotheke ist jedoch nur eine Packung vorrätig, als zweite Packung kommt die Abgabe eines aut-idem-Produktes in Betracht. Ist das zulässig?

Hier handelt es sich um eine pharmazeutische Stückelung, wenn der Apotheker von zwei verschiedenen Herstellern die Gesamtmenge zusammenstellt.

Hier reicht **aus Sicht des DAV** eine Verordnung aus, da im Abgabedatensatz beliebig viele Abrechnungszeilen erstellt werden können. Bei jeder Abrechnungszeile können dann PZN, Chargen, etc. angegeben werden, der Faktor kann > 1 sein. Das SOK für die Stückelung wird beim E-Rezept nicht verwendet.

31. Wie verhalte ich mich richtig, wenn ein E-Rezept vom Arzt geändert werden muss?

Grundsätzlich Rücksprache mit dem Arzt halten und den konkreten Änderungswunsch vorschlagen. Das E-Rezept sollte in den Fachdienst der gematik zurückgegeben werden, damit der Arzt eine Löschung des fehlerhaften Rezeptes vornehmen kann.

32. Kann der Arzt sehen, wenn ein E-Rezept beliefert oder von mir gelöscht wurde?

Nein.

33. Wenn ein Zugriff auf den Fachdienst vermeintlich nicht funktioniert. Wie kann ich prüfen, ob es einen zentralen Ausfall gibt?

Informationen zur Erreichbarkeit der Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur, zu Störungen und Wartungsarbeiten stellt die gematik unter <https://fachportal.gematik.de/ti-status> bereit. Ggf. werden entsprechende Informationen auch in der Apothekensoftware durch den Hersteller zur Verfügung gestellt. Bei Bedarf kann der Support ihres Softwarehauses unterstützen.

34. Mein Patient ist sich sicher, dass ihm ein E-Rezept ausgestellt wurde. Ich kann dieses mit der eGK aber nicht abrufen. Woran kann das liegen? Was kann ich jetzt tun?

Ggf. hat der ausstellende Arzt das E-Rezept noch nicht signiert und in den Fachdienst hochgeladen. Viele Ärzte nutzen die sog. Stapelsignatur und signieren die elektronischen Verordnungen „in einem Rutsch“ erst dann, wenn eine gewisse Anzahl ausgestellt wurde. In den Fällen sollte der Kontakt zur Arztpraxis gesucht werden.

35. Wie viele Kartenterminals benötige ich in meiner Apotheke und wie viele bekomme ich erstattet?

Wie viele Kartenterminals eine einzelne Apotheke benötigt, können wir als DAV nicht einschätzen. Ein Richtwert gibt aber die Zahl der RX-Arzneimittel pro Jahr sowie die jeweiligen TI- Refinanzierungsvereinbarungen mit dem GKV-SV. Als Basisausstattung sind unabhängig von Packungszahlen im GKVRx-Bereich pro Apothekenbetriebsstätte zwei stationäre Kartenterminals mit jeweils einer gSMC-KT Smartcard festgelegt.

Abhängig von Packungszahlen im GKVRx-Bereich pro Apothekenbetriebsstätte war eine Staffelung möglich, die wie folgt aussah:

RX-Packungen	sKT gesamt
20.000 - 39.999	4
40.000 - 79.999	6

Derzeit läuft die Refinanzierung über monatliche Pauschalen, die anhand der Packungszahlen ermittelt werden.

36. Wie lange darf der Abruf von E-Rezepten per eGK maximal dauern und wann sollte ich meinen Hersteller kontaktieren?

Der Abruf eines E-Rezepts mit der eGK sollte im Regelfall 10 Sekunden betragen, für jedes weitere E-Rezept kommen 3 Sekunden hinzu (werden z. B. drei E-Rezepte mit der eGK abgerufen, sollte dies nicht länger als 16 Sekunden dauern). Bei wesentlicher Zeitüberschreitung oder anhaltend längeren Abrufzeiten ist eine Kontaktaufnahme mit dem Apothekensoftwarehaus angebracht.

37. Dürfen ab dem 01.01.2024 noch Muster 16 Rezepte ausgestellt werden (z.B. für Pflegeheimbewohner, Hausbesuch)?

Ja, das Muster 16 bleibt als Ersatzverfahren bestehen und kann insbesondere dann weiter Anwendung finden, wenn technische Probleme bestehen. Insbesondere bei der Heimversorgung haben KBV und DAV empfohlen, weiter das Muster 16 oder den Tokenausdruck zu benutzen, bis sich technische Übertragungswege – z.B. KIM – sowohl bei Heimen als auch Apotheken etabliert haben.

38. Sind auch Ärzte von Ambulanzen, Krankenhäusern und der SAPV zur Ausstellung von E-Rezepten verpflichtet?

Ja, nach § 360 Absatz 2 SGB V sind Ärzte und Zahnärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen tätig sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, verpflichtet, Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln elektronisch auszustellen. Dazu gehören auch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ambulanzen, Krankenhäuser und SAPV-Teams.

39. Die Dosierungsangabe als Freitext ist im Abgabedatensatz nicht zu sehen. Sind hier Retaxationen z.B. bei Rezepturen zu befürchten oder sieht die Krankenkasse die Dosierung im Freitextfeld?

Die Dosierungsangabe befindet sich im Verordnungsdatensatz und wird nicht in den Abgabedatensatz übernommen. Das ist technisch auch nicht vorgesehen. Fehlt die Dosierungsangabe im Verordnungsdatensatz gänzlich, ist die Apotheke gehalten, die Dosierung nach den Vorgaben der AMVV und der vertraglichen Regelungen mittels Rezeptänderung zu ergänzen und qualifiziert elektronisch zu signieren (siehe auch Hinweis zum Kennzeichen Dosierung in Frage 3). Bezüglich der Retaxfreiheit beim Fehlen der Dosierung gilt: Laut BMG sind Rezepturen und Betäubungsmittel nicht vom Retaxationsausschluss des § 129 Absatz 4d SGB V umfasst. In diesen Fällen führt die fehlende Dosierung und die fehlende Ergänzung durch die Apotheke zu einer Retax.

40. Ab wann ist eine Verordnung zu Lasten aller BG's möglich?

Nach Auskunft der DGUV sind ursprünglich auch ab dem 01.01.22 E-Rezepte zu Lasten der BG/ UK möglich gewesen. Das ergibt sich auch aus dem dynamischen Verweis im Arzneiversorgungsvertrag zwischen DAV und DGUV zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V plus der Technischen Anlagen.

41. Werden abgelaufene Rezepte nach 10 Tagen automatisch vom Server gelöscht?

Ja, E-Rezepte, die noch nicht abgerufen wurden, werden 10 Tage nach Ende der Einlösefrist (= 3 Monate nach dem Ausstellungsdatum) aus dem E-Rezept Fachdienst gelöscht.

42. Können grüne Rezepte und Privatrezepte für GKV-Versicherte als E-Rezept ausgestellt werden? Gibt es bereits E-Rezepte für PKV-Versicherte?

Ja, solche Selbstzahler-Rezepte können grundsätzlich ausgestellt werden. Wenn der Patient diese Rezepte zur Erstattung bei seiner Krankenkasse einreichen möchte, erstellt die Apotheke einen Ausdruck. In der Anlage 4 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung wurden Regelungen getroffen, welche Informationen der Ausdruck für den Patienten sowohl beim Wunscharzneimittel als auch bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen, enthalten sollen. Für Verordnungen von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen, gibt es bislang kein abgestimmtes Prozedere zwischen KBV und GKV-SV.

Auch für PKV-Versicherte ist das E-Rezept grundsätzlich ausstellbar, Probleme gibt es jedoch ggf. noch bei dem Ausdruck der für den Patienten notwendigen Informationen zur Einreichung bei seiner Kasse.

43. Wie ist die Umsetzung bei sog. „Vorablieferungen“, d.h. wenn der Patient wie gewohnt seine AM telefonisch in der Apotheke vorbestellt und eine sog. Vorablieferung erzeugt wird zur Reservierung der gewünschten AM? Kann der gespeicherte Datensatz ins E-Rezept übernommen werden?

Diese Frage können wir nicht pauschal beantworten, da dies abhängig von der jeweiligen Software ist.

44. Wie sieht es mit Korrekturmöglichkeiten aus, wenn das E-Rezept bereits an das Apothekenrechenzentrum übertragen wurde? Gibt es da eine Frist, wie lange man Rezepte noch zurückholen kann?

Grundsätzlich ist eine Korrektur bis zur Einreichung der Daten bei der Krankenkasse möglich. Mangels vertraglich Regelungen wird das ggf. von Apothekenrechenzentrum zu Apothekenrechenzentrum unterschiedlich gehandhabt.

45. Apotheken bemängeln, dass sie keine Übersicht über die Summe der eingereichten Rezepte haben und dies in ihrer Abrechnung nicht kontrollieren können. Ist dies ein Problem des jeweiligen Apothekenrechenzentrums oder der Apothekensoftware?

Diese Frage können wir als DAV nicht beantworten. Hier besteht ein individuelles Vertragsverhältnis zwischen Apotheke und ARZ, so dass konkrete Fragen dorthin zu richten sind. Welche Ansichten und Filtermöglichkeiten die Apothekensoftware zu abgerechneten E-Rezepten anbietet, ist uns nicht bekannt.

46. Freitext-Verordnung bei Rezepturen: Wird in manchen Systemen nicht angenommen. Fehlermeldung: Verordnung enthält ein Fertigarzneimittel. Wo liegt hier der Fehler?

Aus unserer Sicht in der Software, so dass der konkrete Softwareanbieter zu kontaktieren ist.

47. Der Arzt hat zwei Packungen eines Arzneimittels verordnet. Die Apotheke bekommt erstmal nur eine Packung, welche sie dem Patienten mitgibt. Wie kann die Apotheke die zweite Packung abgeben? Das Rezept ist dann nach 72 Stunden abgelaufen.

Das E-Rezept läuft nicht nach 72 Stunden ab. Allerdings gibt es oder gab es einige Softwareanbieter, bei denen automatisiert ohne Zutun der Apotheke der (unfertige) Abgabedatensatz nach 48 bis 72 Stunden an die ARZ weitergeleitet werden. Dies entspricht aber nicht unseren vertraglichen Regelungen, so dass wir wiederholt die Softwarehäuser entsprechend darauf hingewiesen haben. Grundsätzlich gilt: Wenn das Rezept in den Status der Bearbeitung durch die Apotheke gesetzt wird, hat sie eine reguläre Belieferungsfrist von 28 Tagen ab Ausstellungsdatum (zu Ausnahmen siehe Fragen zu Mehrfachverordnung und Überschreitung der Belieferungsfrist). So lange bleibt der Abgabedatensatz „liegen“, so dass entsprechende Angaben ergänzt werden können.

48. Die Signatur/LANR/BSNR sind nicht korrekt oder gar nicht vorhanden. Warum wird das Rezept dann übermittelt? Muss die Apotheke die Angaben auf Richtigkeit überprüfen?

Vorgaben an den E-Rezept-Fachdienst zur LANR/BSNR

Grundsätzlich gilt: Ohne gültige Signatur sowie ohne die Identifikationsnummer des Arztes (LANR) und der zugehörigen Einrichtung (BSNR) kann ein E-Rezept nicht in den Fachdienst eingestellt werden. Eine Ausnahme bilden Selbstzahler-Rezepte, die keinen Identifikator benötigen.

Nach Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gibt es weitere Ausnahmefälle, in denen keine LANR oder BSNR erforderlich ist. Dazu gehören beispielsweise:

- Die Verwendung einer Zahnarzt Nummer (ZANR) und der KZV-Abrechnungsnummer bei Zahnärzten.
- Die Angabe einer ASV-Fachgruppennummer oder der Standortnummer eines Krankenhauses im Rahmen des Entlassmanagements.
- Verordnungen von Ärzten in Weiterbildung, die keine eigene LANR besitzen und bei denen keine verantwortliche Person in der Verordnung angegeben ist.

Der Fachdienst stellt sicher, dass die Kombinationen der eingegebenen Daten durch Prüfungen und unter Berücksichtigung der Vorgaben der Verordnungsprofile korrekt sind.

Apothekenprüfpflicht

Die Prüfpflicht der Apotheke wird durch § 2 lit. b) der Zusatzvereinbarung zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V für elektronische Verordnungen geregelt.

Dort heißt es:

"Bei den folgenden Ziffern gehen die Vertragspartner davon aus, dass keine Fehler auftreten. (...) Unabhängig von der Dauer dieser Vereinbarung hat die Apotheke keine Prüfpflicht auf die inhaltliche Richtigkeit."

Konkret regeln die Nummern 2 und 3:

„2. Arztnummer (Pseudoarztnummer):

Die Arztnummer (Pseudoarztnummer) muss numerisch vorhanden sein.

3. BSNR/Standortnummer:

Die BSNR/Standortnummer muss vorhanden sein. Bei Zahnärzten muss statt der BSNR/Standortnummer die Abrechnungsnummer eingetragen sein“

Mithin ist die Apotheke nur verpflichtet zu prüfen,

- ob das Arztnummernfeld numerisch befüllt ist. Eine Befüllung mit Zeichen oder Buchstaben erfüllt diese Voraussetzung nicht.
- ob das Feld „BSNR/Standortnummer“ befüllt ist.

Eine Prüfpflicht auf inhaltliche Richtigkeit oder Gültigkeit der Befüllungen besteht nicht.

49. Über den Heilberufsausweis wird z.B. die Berufsbezeichnung hinterlegt. Teilweise fehlt diese Angabe allerdings im Arztstempel. Muss die Berufsbezeichnung dann zusätzlich erneut in den Freitext eingegeben werden?

Den klassischen Arztstempel gibt es beim E-Rezept nicht mehr. Die Berufsbezeichnung muss jedoch gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1 AMVV zwingend für eine ordnungsgemäße Verordnung angegeben sein. Eine Heilung ist dabei im Bereich des E-Rezepts nicht möglich. Wenn die Berufsbezeichnung beispielsweise gänzlich fehlt, dann ist das E-Rezept nicht heilbar.

Update zur Apothekenprüfpflicht:

Die Prüfpflicht der Apotheke wird durch § 2 lit. a) der Zusatzvereinbarung zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V für elektronische Verordnungen geregelt.

Dort heißt es: Der Vergütungsanspruch der Apothekerin/des Apothekers entsteht trotz nicht ordnungsgemäßer vertragsärztlicher/vertragszahnärztlicher elektronischer Verordnung auch dann, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

a)

1. Wenn das Feld mit der Berufsbezeichnung der verschreibenden Person, das derzeit ein Freitextfeld ist, nur mit dem Wort „Arzt“ bzw. „Ärztin“, anderweitig oder nicht befüllt ist, reicht dies aus, da in der Regel aus der lebenslangen Arztnummer die Facharztgruppe ableitbar ist.

50. Wenn die Apotheke aufgrund von Bestellung/Genehmigung/Herstellung oder verzögerter Lieferung ein Rezept erst später abrechnen und bedrucken kann, wird beim Papierrezept ein handschriftlicher Vermerk angesetzt. Wie verhält sich die Apotheke beim E-Rezept? Gibt es eine Möglichkeit, die Rezepte „zurückzustellen“?

Ja, im Status „der Bearbeitung“ können E-Rezepte bzw. der Abgabedatensatz „liegenbleiben“. Je nach Softwareanbieter ist die Funktionsweise anders ausgestaltet, so dass sich die Apotheke bei konkreten Fragen an ihren Anbieter wenden sollte. Bei Überschreitung der Belieferungsfrist siehe gleichnamige FAQ.

51. Bei einer Beanstandung wird kein Image mehr mitgesendet. Es wird lediglich die Auskunft bzgl. des Retaxgrundes angesetzt. Wie kommen wir an das Image? Kann die Apotheke nachträglich auf das Image zugreifen? Wie kommen wir an die Freitexte, um beurteilen zu können, ob die Dokumentation vorhanden/vollständig ist?

Hier gibt es noch kein einheitlich abgestimmtes Prozedere für das E-Rezept. Einige Kassen greifen auf „Pseudo-Images“ des E-Rezeptes zurück und stellen dieses im Rahmen eines Retaxverfahrens zur Verfügung. Wenn die E-Rezept-ID bekannt ist, dann sollte die Apotheke auf die relevanten Datensätze – ggf. mit Unterstützung des ARZ – zurückgreifen können.

52. Wie rechnet die Apotheke genehmigungspflichtige Arzneimittel – wie beispielsweise Einzelimporte – ab?

Auch hier gibt es bislang für das E-Rezept kein einheitliches Prozedere für ein Genehmigungsverfahren. Beispielsweise kann die Apotheke einen Screenshot des in der Apothekensoftware angezeigten Verordnungsinhaltes erstellen und via E-Mail oder Fax mit der Bitte um Genehmigung an die konkrete Kasse senden. Nach Genehmigung erfolgen die Abgabe und Abrechnung.

53. Wer haftet eigentlich in welcher Form bei Ausfällen der Server/Software etc., bei denen ein E-Rezept nicht abgerufen/beliefert werden kann?

Hier kann man keine pauschale Aussage treffen. Je nach Umstand und konkretem Verursacher kann ggf. der Softwareanbieter oder auch ein Dritter haftbar gemacht werden.

54. Ausfall der TI und Retaxrisiko der Apotheken: Was ist, wenn nun an einem späten Januartag die E-Rezept-Server zusammenbrechen. Ist dann klargestellt, dass dann Muster 16 wieder genutzt werden kann und nicht retaxiert wird?

Ja, nach § 360 Absatz 2 SGB V kann dann das Muster 16 ausgestellt werden. Eine Prüfpflicht, warum ein Arzt ein Muster 16 ausgestellt hat, besteht für Apotheken nicht.

55. Anwendungsbereich - Für was kann aktuell ein E-Rezept ausgestellt werden und für was nicht?

Der Anwendungsbereich für das E-Rezept ergibt sich aus dem gematik Dokument „E-Rezept: Übersicht für Apotheken“, abrufbar unter <https://www.gematik.de/anwendungen/e-rezept/apotheken>.

56. Und warum können Ärzte schon E-Rezepte ausstellen, die noch nicht in der Apotheke abzurechnen sind?

Ärzte haben die Möglichkeit, im Freitextfeld entsprechende, noch nicht verordnungsfähige Mittel zu hinterlegen. Weder die Arztsoftware noch der Fachdienst der gematik kann solche Eingaben überprüfen und ggf. verhindern.

57. Umdeutung von Kassenrezepten in Privatrezepte und umgekehrt – auch bei E-Rezepten möglich?

Eine Umdeutung von Kassenrezepten in Selbstzahlerrezepte ist grundsätzlich möglich (Frage 17). Da der Kostenträgertyp in der Verordnung nicht geändert werden kann, ist darauf zu achten, dass solche E-Rezepte nicht zur Abrechnung an die Apothekenrechenzentren übertragen werden.

Eine Umdeutung eines Privatrezeptes oder eines Selbstzahlerrezeptes in ein Kassenrezept ist aus unserer Sicht nicht möglich.

58. Ist eine Duplikatsverordnung auch als E-Rezept möglich?

Mehrere E-Rezepte mit der gleichen Verordnung und dem gleichen Ausstellungsdatum haben immer eine unterschiedliche Rezept-ID, sind aber grundsätzlich gültig. Da ein E-Rezept nicht verloren werden kann, handelt es sich dabei jedoch nicht um Duplikate, wie sie beim Muster 16 vorkommen können. Ein verlorener Tokenausdruck kann immer wieder neu ausgedruckt werden. Ob eine Rücksprache mit dem Arzt angebracht ist, hängt von der individuellen Abgabesituation ab. Davon zu unterscheiden ist die Mehrfachverordnung (siehe entsprechende FAQ).

59. Wird der Verordnungsdatensatz in der Apothekensoftware auch nach der Abrechnung gespeichert? Wenn ja, wo und wie? Oder kann die Apotheke diesen Datensatz nur über die E-Rezept-ID beim Apothekenrechenzentrum einsehen?

Diese Frage können wir nicht pauschal beantworten, das ist abhängig vom konkreten Dienstleister.

60. Wie lange wird die E-Rezept-ID in der Apotheke gespeichert?

Nach der TA7 sind die relevanten Datensätze 10 Jahre zu speichern. Ob das in der Apotheke oder bei dem beauftragten Apothekenrechenzentrum erfolgt, spielt keine Rolle.

61. Gemäß Rahmenvertrag nach § 129 SGB V, § 7 Abs. 1, Satz 2 (abzugebendes Arzneimittel) gilt: „Für eine elektronische Verordnung ist der Zeitpunkt des Abrufs aus der TI maßgebend.“ Bedeutet das, dass auch bei einem Monatswechsel, z. B. es gibt neue Rabattverträge, hier der Abruf aus der TI maßgeblich ist?

Für die Auswahl des Arzneimittels (Abgaberangfolge) ist der Zeitpunkt des Abrufs aus der TI relevant (§ 7 Abs. 1 des Rahmenvertrags). Für die Preisbildung ist nach der AMPreisV und dem Rahmenvertrag (§ 22) der Tag der Abgabe maßgeblich.

62. Wie wird die Verifikation der digitalen Identität eines Patienten durch die Apotheke konkret aussehen (freiwillige Leistung der Apotheke?, Schulungsbedarf?, Equipment?, Zeitaufwand? Vermutlich auch Privatpatienten?)

Regelungen zum sog. Apotheken-Ident-Verfahren sind noch offen, es handelt sich aber grundsätzlich um eine freiwillige Leistung, die Apotheken nach den Vorgaben des § 336 Absatz 1 SGB V anbieten können.

63. Wie lassen sich E-Rezepte für Kinder elektronisch verarbeiten, auf denen keine Dosierungsangabe steht/steht muss?

E-Rezepte mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln müssen weder eine Dosierungsangabe noch einen Hinweis auf einen Medikationsplan bzw. eine schriftliche Dosierungsanweisung enthalten. Dies gilt auch, wenn das Arzneimittel zu Lasten der GKV verordnet wurde, so dass hier die Dosierung nicht als Rezeptänderung ergänzt werden muss.

64. Wie wird die Abweichung von der Abgaberangfolge in einem dringenden Falls (§ 14 Abs. 2 Rahmenvertrag nach § 129 SGB V) dokumentiert?

Die Angabe nach § 14 Abs. 2 des Rahmenvertrags erfolgt beim E-Rezept durch die Angabe des Schlüssels 3= „nein, dringender Fall“ der jeweils betreffenden Zusatzattribute 2-4. Eine QES ist in diesem Fall notwendig.

In der Technischen Kommission nach § 300 wurde hinsichtlich der Dokumentation bei der Abweichung von der Abgaberangfolge bei einem dringenden Fall im Rahmen des E-Rezeptes vereinbart:

„Ein zusätzlicher Vermerk, wie beim Papierrezept vorgesehen, ist beim E-Rezept nicht erforderlich. Allerdings besteht die grundsätzliche Möglichkeit, ergänzend im Zusatzattribut 12 weitere Angaben zu machen.“

65. Friedenspflicht für E-Rezepte: Zusatzvereinbarung zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V für elektronische Verordnungen in der Fassung zum 01.01.2025

Der GKV-Spitzenverband und der DAV haben sich auf eine unbefristete Friedenspflicht für E-Rezepte verständigt.

Im Detail stellt die Friedenspflicht in folgenden Punkten klar, dass ein Vergütungsanspruch der Apotheke besteht:

- *Wenn das Feld mit der Berufsbezeichnung der verschreibenden Person, das derzeit ein Freitextfeld ist, nur mit dem Wort „Arzt“ bzw. „Ärztin“, anderweitig oder nicht befüllt ist, reicht dies aus, da in der Regel aus der lebenslangen Arztnummer die Facharztgruppe ableitbar ist.*
- *Wenn Angaben zu der Darreichungsform, der Wirkstärke, der Packungsgröße oder der Menge fehlen, reicht es aus, wenn diese Angaben durch die in der Verordnung vorhandene Pharmazentralnummer (PZN) eindeutig festgelegt sind*
- *Wenn die Telefonnummer fehlt, reicht es aus, wenn die verschreibende Person der Apotheke bekannt ist. Die Apotheke hat keine Prüfpflicht auf Richtigkeit der Telefonnummer oder eine Ergänzungspflicht.*

Bei den nachfolgenden Punkten gehen GKV-Spitzenverband und DAV davon aus, dass keine Fehler auftreten, die Angaben vom Arzt also gemacht wurden. Eine Prüfpflicht auf die inhaltliche Richtigkeit hat die Apotheke nicht bei:

- *Praxis-/Klinikanschrift:
Die Praxis-/Klinikanschrift muss vorhanden sein.*
- *Arztnummer (Pseudoarztnummer):
Die Arztnummer (Pseudoarztnummer) muss numerisch vorhanden sein.*
- *BSNR/Standortnummer:
Die BSNR/Standortnummer muss vorhanden sein. Bei Zahnärzten muss statt der BSNR/Standortnummer die Abrechnungsnummer eingetragen sein.*
- *Statusangabe zum Versicherten:
Der Versichertenstatus muss vorhanden sein.*

Neben diesen konkreten Regelungen haben sich die Krankenkassen allgemein auch zu dem „Gebot des Augenmaßes“ bekannt. Im jeweiligen Einzelfall hat die Krankenkasse einen Ermessensspielraum.

FACHLICHES FAQ ZUR „EPA FÜR ALLE“

Geschäftsbereiche Arzneimittel & Ökonomie

Struktur

Einführung	4
Abkürzungen	5
ePA Allgemein	5
Was kann die Apotheke in der ePA sehen?	5
Wo finde ich leicht verständliche Informationen zur ePA zur Weitergabe an meine Patient*innen?	6
Was müssen Patient*innen oder deren Angehörigen tun, wenn sie die ePA-App nutzen möchten bzw. Probleme bei der Installation haben?	6
Können mit Hilfe der ePA-App der jeweiligen Krankenkasse auch E-Rezepte eingelöst werden?	6
Was machen ältere Patient*innen ohne einen Computer oder ein Smartphone? Wie funktioniert die ePA für diese Patient*innen?	6
Werden belieferte E-Rezepte in die eML übertragen, auch wenn die versicherte Person der Apotheke keinen Zugang bzw. keine Einsicht gewährt hat?	7
Können Apotheken Dokumente (z. B. Ergebnisse einer pharmazeutischen Dienstleistung) in die ePA hochladen?	7
Kann ich Impfungen strukturiert in der ePA dokumentieren?	7
Ist es möglich, eine Kopie von einem Dokument aus der ePA im eigenen System zu speichern?	7
Gibt es eine Protokollierung für die Patient*innen, durch wen und wann auf die ePA zugegriffen wurde?	7
Wird es in der ePA eine Volltextsuche geben bzw. wie kann ich dort Informationen suchen? ..	7
Was passiert mit einer bestehenden Opt-in ePA (ePA 2.6)?	7
Zugriff	8
Wie kann die Apotheke auf die ePA zugreifen? Wie wird die Berechtigung für Apotheken erzeugt?	8
Ist von Versicherten eine PIN-Eingabe (nach Stecken der eGK) erforderlich?	8
Wie lange hat die Apotheke Zugriff auf die ePA?	8
Kann die Zugriffsberechtigung für Apotheken verlängert werden?	8
Kann ich auch auf die ePA zugreifen, wenn die Patientin bzw. der Patient gerade nicht in der Apotheke ist?	8
Woran kann es liegen, dass ich nicht (mehr) auf die ePA zugreifen kann?	8
Kann eine Versandapotheke auf die ePA zugreifen?	9
Löschen	10
Werden Dokumente und Befunde irgendwann aus der ePA gelöscht?	10
Wer kann Daten aus der ePA löschen?	10
Können Patient*innen auch selbst Dokumente aus ihrer ePA entfernen?	10
Wie lässt sich die ePA löschen?	10

Honorierung	10
Werden Apotheken für den Mehraufwand im Kontext der ePA honoriert?.....	10
Elektronische Medikationsliste (eML)	11
Was ist die elektronische Medikationsliste (eML)?	11
Was ist der digital gestützte Medikationsprozess (dgMP)?.....	11
Wo finde ich Informationen zur eML für das Apothekenpersonal?.....	11
Wie funktioniert die eML in der ePA?	11
Wie sieht die eML aus?.....	12
Was ist in der eML aufgeführt und was nicht?	12
Welche Angaben zum einzelnen E-Rezept sind in der eML aufgeführt?	12
Wie sollten Apothekenteams damit umgehen, wenn in der eML ersichtlich ist, dass auch E-Rezepte in anderen Apotheken eingelöst wurden?	12
Wenn der Versicherte vergisst, in der Apotheke seine eGK zu stecken oder das E-Rezept auf einem anderen Wege in der Apotheke einlöst, ist dieses dann auch in der eML gelistet?	13
Was ist der Unterschied zwischen Medikationsliste (eML) und Medikationsplan (eMP)?	13
Können Apotheken die eML einsehen, auch wenn der Patient keine ePA-App hat?	13
Ab wann soll es möglich sein, Änderungen an der eML vorzunehmen? Werden dann auch OTC-Arzneimittel in der eML gelistet?.....	13
Können einzelne Arzneimittel aus der eML gelöscht bzw. bearbeitet werden?.....	13
Wie können Patient*innen ausschließen, dass Gesundheitseinrichtungen in die eML Einsicht haben?.....	14
Wenn mit Einführung der eML Medikationsdaten zentral in der ePA abgelegt werden, braucht die Apotheke dann noch die lokale Kundendatei im Apothekensoftwaresystem?.....	14
Wird die in der eML aufgelistete Medikation bei einem Interaktionscheck in der Apothekensoftware berücksichtigt?.....	14
Wird die Begründung zu Pharmazeutischen Bedenken in der eML einsehbar sein bzw. kann ich diese dort dokumentieren?	14
Wie können Apothekenteams die eML im Austausch mit Arztpraxen nutzen?	14
Welche Bedeutung hat die eML für die pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL)?.....	15
Können Patient*innen auch ablehnen, dass Informationen über Medikamente in die ePA kommen (z. B. bei Benzodiazepinen)?.....	15
Elektronischer Medikationsplan (eMP)	15
Was ist der elektronische Medikationsplan (eMP)?	15
Wann kommt der eMP in der ePA?	15
Wie wird die Einführung des elektronischen Medikationsplans (eMP) erfolgen?	15

Einführung

Am 15. Januar 2025 ist die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) im sogenannten Opt-out-Verfahren („ePA für alle“) gestartet. Die ePA soll eine Schlüsselrolle in der digitalen Gesundheitsversorgung in Deutschland übernehmen und stellt einen bedeutenden Schritt in Richtung einer vernetzten, patientenzentrierten Gesundheitsversorgung dar, indem sie eine sichere, zentrale und nutzerkontrollierte Verwaltung von Gesundheitsdaten ermöglicht. Ein wichtiger Bestandteil der ePA ist die elektronische Medikationsliste (eML), eine chronologische Übersicht aller elektronisch verordneten Arzneimittel eines Versicherten. Arzneimittel, die per E-Rezept verordnet oder abgegeben wurden, werden automatisch durch den E-Rezept-Fachdienst in die eML eingetragen, seit die ePA der/des jeweiligen Versicherten durch die Krankenkasse bereitgestellt wurde. Die eML enthält wichtige Informationen zur Medikation einer/s Versicherten wie Handelsname, Wirkstoff, Wirkstärke und Dosierung und kann Apotheken, Arztpraxen und Krankenhäusern, die sektorenübergreifende Abstimmung zur Medikation erleichtern. Dies schafft mehr Transparenz und Sicherheit, da auch Patient*innen mit ihrer ePA-App jederzeit auf ihre Medikationsdaten zugreifen können.

Die Einführung der ersten Ausbaustufe der ePA erfolgt 2025 über insgesamt drei Phasen:

1. Pilotierung Januar bis April 2025:

Seit dem 15. Januar 2025 wurde die ePA in den beiden Modellregionen Hamburg und Franken sowie in Nordrhein-Westfalen pilotiert. Die ePA wurde in diesen Regionen prioritär und anschließend bundesweit automatisch für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet, sofern kein Widerspruch erfolgte. An der Pilotierung waren Apotheken, Arztpraxen und Krankenhäuser beteiligt.

2. Hochlaufphase ab 29. April 2025:

Der Start der bundesweiten Nutzung der ePA erfolgt ab dem 29. April 2025. Die bisherige Begrenzung auf ausgewählte Apotheken, Arztpraxen und Krankenhäuser in den Modellregionen entfällt ab diesem Zeitpunkt. Das bedeutet, alle Apotheken, deren Apothekenverwaltungssystem (AVS) zu diesem Zeitpunkt über ein aktuelles ePA-Modul verfügt, können auf die eML in der ePA zugreifen.

Die Hochlaufphase dient dazu, die ePA schrittweise und auf freiwilliger Basis in den Versorgungsabläufen zu nutzen. Apothekenteams sollten sich in dieser Phase mit der Anwendung vertraut machen und erste praktische Erfahrungen mit der eML sammeln.

3. Spätestens ab 1. Oktober 2025:

Beginn der verpflichtenden Nutzung der ePA durch alle Apotheken, Arztpraxen und Krankenhäuser gemäß den gesetzlichen Vorgaben.

Im weiteren Verlauf finden Sie umfassende **FAQ-Listen** zu fachlichen Aspekten rund um die ePA. Wichtige Abkürzungen, die im FAQ verwendet werden, listet die folgende Tabelle auf:

Abkürzungen

AVS	Apothekenverwaltungssystem
dgMP	digital gestützter Medikationsprozess
eGK	elektronische Gesundheitskarte
eImpfpass	elektronischer Impfpass
eML	elektronische Medikationsliste
eMP	elektronischer Medikationsplan
GKV-Spitzenverband	zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland
PDF/A	Portable Document Format PDF/A ist das weltweit verwendete Standardformat zum Archivieren elektronischer Dokumente
TI	Telematikinfrastruktur

ePA Allgemein

Was kann die Apotheke in der ePA sehen?

Mittelfristig werden Apotheken insbesondere folgende Informationen oder Dokumente in der ePA einsehen können: Medikationsdaten (in der eML und im eMP), Arztbriefe, Befunddaten/-berichte, Notfalldaten, Impfdokumentationen, Untersuchungsheft für Kinder und Mutterpass.

Da die ePA in mehreren Ausbaustufen eingeführt wird, werden auch die genannten Informationen bzw. Dokumente schrittweise in die ePA eingestellt. Zum Start der ePA liegt der Fokus insbesondere auf der strukturierten Erfassung von Medikationsdaten (eML und perspektivisch eMP). Auch Arztbriefe und Befunde werden durch Arztpraxen mit Einführung der ePA einstellbar sein.

Welche dieser Informationen die Apotheke in der ePA der jeweiligen Patient*innen genau sehen kann und wie vollständig diese Informationen sind, ist insbesondere davon abhängig, ob Patient*innen ggf. einzelnen Anwendungen in der ePA widersprochen haben und ob sie einzelnen Institutionen (Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäusern und weiteren) keinen Zugriff zu ihrer ePA gewährt haben. Weiterhin ist es auch möglich, dass Patient*innen einzelne Dokumente in ihrer ePA verbergen, sodass nur sie selbst diese Dokumente sehen können.

Ab dem Startzeitpunkt der ePA werden nach und nach mehr Informationen in die ePA eingestellt. Es ist standardmäßig nicht eingeplant, die ePA rückwirkend mit Daten zu befüllen. Weder Apotheken noch andere Leistungserbringer können und sollen dies tun. Daten aus der Zeit davor (bis 15.01.2025) können nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patient*innen durch die Krankenkassen in die ePA eingestellt werden. Dass Patient*innen eigenständig Informationen in die ePA einstellen können, ist frühestens ab 2026 geplant.

Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass Informationen in der ePA insgesamt vollständig bzw. für die jeweilige Apotheke vollständig sichtbar sind.

Wo finde ich leicht verständliche Informationen zur ePA zur Weitergabe an meine Patient*innen?

Für Patient*innen hat das Bundesministerium für Gesundheit [hier](#) eine Website mit leicht verständlichen Informationen zusammengestellt. Dort werden insbesondere die Vorteile der „ePA für alle“ erläutert und Antworten zu Fragen aus Sicht von Patient*innen gegeben. Die gematik stellt [hier](#) Infopakete mit Plakaten und Flyern zur Unterstützung von Patient*innen bereit. Diese Materialien können heruntergeladen oder kostenlos als Print bestellt werden (nur solange der Vorrat reicht).

Was müssen Patient*innen oder deren Angehörigen tun, wenn sie die ePA-App nutzen möchten bzw. Probleme bei der Installation haben?

Eine kostenlose App und damit den Zugriff zu ihrer ePA erhalten Patient*innen von allen gesetzlichen Krankenkassen und einigen privaten Krankenversicherungen. Mehrere Schritte müssen vor der Nutzung generell durchlaufen werden und können einige Zeit in Anspruch nehmen. Die jeweilige Krankenkasse ist für die Einrichtung und technische Unterstützung der ePA zuständig. Sie hilft Versicherten beim Onboarding, also bei Installation, Einrichtung und Registrierung der ePA-App auf deren Smartphone oder Computer und bei allen technischen Fragen. Versicherte sind daher direkt an deren Krankenkasse zu verweisen.

Unterstützend können die Apothekenteams Versicherte auf eine [Übersicht](#) der ePA-Info-Seiten vieler gesetzlicher und privater Krankenkassen verweisen.

Können mit Hilfe der ePA-App der jeweiligen Krankenkasse auch E-Rezepte eingelöst werden?

Mehrere Krankenkassen bieten eingebettet in ihrer jeweiligen ePA-App eine Verlinkung zur E-Rezept-App der gematik an (Stand März 2025). Diese kann von Versicherten genutzt werden, um E-Rezepte einzulösen, z. B. durch Einscannen des Barcodes in der Apotheke. Eine zusätzliche Installation der E-Rezept-App der gematik ist hierfür nicht erforderlich.

Was machen ältere Patient*innen ohne einen Computer oder ein Smartphone? Wie funktioniert die ePA für diese Patient*innen?

Grundsätzlich benötigen Patient*innen keinen Computer und kein Smartphone, um die ePA nutzen zu können. Die ePA-App ist nur erforderlich, wenn Patient*innen ihre Daten in der ePA selbst online ansehen und verwalten möchten. Wer das nicht selbst kann oder möchte, kann hierfür auch Vertreter*innen, z. B. Familienangehörige, einrichten lassen. Hierbei sind die Ombudsstellen der Krankenkassen behilflich. Wenn Versicherte ohne ePA-App z. B. einer speziellen Apotheke oder Arztpraxis gar keinen Zugriff auf die ePA geben möchten, können diese sich ebenfalls an die Ombudsstelle ihrer Krankenkasse wenden, um diesen Widerspruch geltend zu machen.

Werden belieferte E-Rezepte in die eML übertragen, auch wenn die versicherte Person der Apotheke keinen Zugang bzw. keine Einsicht gewährt hat?

Belieferte E-Rezepte werden unabhängig von den Berechtigungen der einzelnen Apotheken automatisch vom sog. E-Rezept-Fachdienst in die eML des Versicherten in die ePA übertragen, es sei denn, der/die Versicherte hat dem automatisierten Einstellen von E-Rezept-Daten widersprochen. Wenn eine versicherte Person einen Widerspruch gegen den Zugriff durch die Apotheke eingelegt hat (vergl. Frage „[Was kann die Apotheke in der ePA sehen?](#)“), kann die Apotheke die ePA aber nicht einsehen.

Können Apotheken Dokumente (z. B. Ergebnisse einer pharmazeutischen Dienstleistung) in die ePA hochladen?

Nein, aktuell ist dies technisch nicht möglich. Ergebnisse einer pharmazeutischen Dienstleistung können somit auch nicht in die ePA eingestellt werden. Dies ist perspektivisch im Kontext des elektronischen Medikationsplans (eMP) angedacht.

Kann ich Impfungen strukturiert in der ePA dokumentieren?

Aktuell ist dies noch nicht möglich. Für spätere Ausbaustufen der ePA ist ein elektronischer Impfpass (elmpfpass) vorgesehen. Diesen werden Apotheken dann einsehen und darin auch Impfungen dokumentieren können.

Ist es möglich, eine Kopie von einem Dokument aus der ePA im eigenen System zu speichern?

Ja, Dokumente aus der ePA einer Patientin bzw. eines Patienten können mit dessen/deren Zustimmung in der lokalen Kundendatei im Apothekensoftwaresystem gespeichert werden.

Gibt es eine Protokollierung für die Patient*innen, durch wen und wann auf die ePA zugegriffen wurde?

Ja, jeder Zugriff auf die ePA wird protokolliert und ist ausschließlich für Patient*innen einsehbar. Es wird auch nachvollziehbar sein, durch welche Institution und wann auf Dokumente zugegriffen, Dokumente in die ePA hochgeladen bzw. Änderungen daran vorgenommen wurden. Beispielsweise können Patient*innen sich in ihrer ePA-App anzeigen lassen, wann und durch welche Apotheke ein Abruf der elektronischen Medikationsliste erfolgt ist.

Nutzen Patient*innen keine ePA-App bzw. keinen Zugriff per Computer, können sie sich an die jeweilige Ombudsstelle ihrer Krankenkasse wenden, und einen Ausdruck der Protokollierung anfordern.

Wird es in der ePA eine Volltextsuche geben bzw. wie kann ich dort Informationen suchen?

Zu Beginn wird es noch keine Volltextsuche für die ePA geben. Es ist geplant, dass diese Funktion frühestens mit dem ePA Release 3.1.2 (ab voraussichtlich März 2026) zur Verfügung stehen wird.

Was passiert mit einer bestehenden Opt-in ePA (ePA 2.6)?

Elektronische Patientenakten, die vor dem 15.01.2025 auf Wunsch der Versicherten erstellt wurden (Opt-in-Verfahren), wurden automatisch in die „ePA für alle“ (Opt-out-Verfahren) migriert. Bereits vorhandene Bilder in der ePA 2.6, die in den Formaten jpg, png und tiff abgelegt wurden, wurden in ein PDF/A konvertiert und anschließend in die neue ePA migriert.

Zugriff

Wie kann die Apotheke auf die ePA zugreifen? Wie wird die Berechtigung für Apotheken erzeugt?

Aktuell gibt es zwei Möglichkeiten, wie die Apotheke auf die ePA zugreifen kann: Einmal wird die Apotheke durch das Stecken der eGK, z. B. bei Einlösen eines E-Rezepts zum Zugriff auf die ePA für eine Dauer von drei Kalendertagen (Tag des Steckens plus zwei Tage) berechtigt. Zudem besteht die Möglichkeit, dass der Versicherte eine benutzerdefinierte Zugriffsberechtigung für die Apotheke in der ePA-App oder am Computer einrichtet.

Ist von Versicherten eine PIN-Eingabe (nach Stecken der eGK) erforderlich?

Nein, eine PIN-Eingabe zur Berechtigung des ePA-Zugriffs durch die Apotheke ist beim Stecken der eGK nicht erforderlich.

Wie lange hat die Apotheke Zugriff auf die ePA?

Die Apotheke hat ab dem Stecken der eGK von Versicherten standardmäßig drei Kalendertage lang (Tag des Steckens plus zwei Tage) Zugriff auf die elektronische Patientenakte.

Kann die Zugriffsberechtigung für Apotheken verlängert werden?

Die Berechtigung zum ePA-Zugriff, die für Apotheken standardmäßig drei Kalendertage beträgt, kann in der ePA-App bzw. am Computer von Versicherten oder ihren Vertreter*innen verändert werden. Hierbei ist es möglich, die Zugriffsberechtigung für eine Apotheke befristet oder auch unbefristet zu verlängern. Am eGK-Lesegerät in der Apotheke ist eine (akute) Änderung der Zugriffsdauer jedoch nicht möglich.

Insbesondere für die Betreuung von Stammpatient*innen oder für die pharmazeutische Dienstleistung „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ ist eine verlängerte Zugriffsberechtigung für die Apotheke sinnvoll.

Kann ich auch auf die ePA zugreifen, wenn die Patientin bzw. der Patient gerade nicht in der Apotheke ist?

Ja, auf die ePA darf die Apotheke im Rahmen eines bestehenden Behandlungskontextes über die gesamte Dauer der Zugriffsberechtigung (standardmäßig drei Kalendertage) zugreifen. Der Behandlungskontext startet, wenn die eGK des Patienten oder der Patientin einmal eingelesen wurde. Nur wenn die Zugriffsbefugnis vom Versicherten aktiv beendet wird, erlischt die Zugriffsbefugnis der Apotheke früher.

Woran kann es liegen, dass ich nicht (mehr) auf die ePA zugreifen kann?

Wenn technische Probleme ausgeschlossen wurden und dennoch kein Zugriff auf die ePA möglich ist, kann dies z. B. folgende Ursachen haben:

- Die Zugriffsberechtigung für diesen Versicherten ist abgelaufen oder wurde durch den Versicherten aktiv beendet.
- Der Versicherte hat der Nutzung der ePA widersprochen. Für diese Versicherten wird keine ePA angelegt bzw. eine bereits bestehende ePA wird gelöscht.
- Der Versicherte hat widersprochen, dass Ihre Apotheke auf die ePA zugreifen darf.

Beim Einlesen der eGK hat die Apotheke in diesen Fällen ausschließlich Zugriff auf die noch nicht eingelösten E-Rezepte des Versicherten.

Wenn Patient*innen während der Dauer der Zugriffsberechtigung ein weiteres E-Rezept erhalten, hat die Apotheke darauf dann automatisch Zugriff?

Nein, der Zugriff auf E-Rezepte steht nicht im Zusammenhang mit dem Zugriff auf die ePA. Erhalten Stammkund*innen einer Apotheke z. B. während des Standardzugriffs von drei Kalendertagen erneut ein E-Rezept und möchten dieses in derselben Apotheke einlösen, ist dafür das Stecken der eGK bzw. das Zusenden per Card-Link erneut erforderlich.

Die ePA enthält sensible Gesundheitsdaten. Wie kann die Apotheke dazu beitragen, Sicherheitsrisiken zu vermeiden?

Um häufigen Einfallstoren für Angriffe auf die Telematikinfrastruktur (TI) und damit auf Daten in der ePA Einhalt zu gebieten, sollten Apotheken die nachfolgenden technischen und organisatorischen Maßnahmen beachten.

Es ist essenziell, dass Hardware, die für den Zugang zur TI benötigt wird, z. B. Konnektor, Kartenterminal, HBA (Heilberufsausweis), SMC-B (Institutionsausweis), etc. unter keinen Umständen weitergegeben oder verkauft wird. Dies gilt insbesondere für die SMC-B und die dazugehörige PIN. Entsprechend § 5 des Endnutzervertrages zur SMC-B ist stets sicherzustellen, dass Unberechtigte keinen Zugriff auf die SMC-B und deren PIN erhalten.

Weiterhin ist darauf zu achten, dass Dienstleister, die vor Ort den Zugang zu den IT-Systemen und damit zur TI erhalten, diesen nicht missbrauchen, um Gesundheitsdaten einzusehen oder abzurufen bzw. sich Zugangsinformationen zu sichern, um mit diesen zu einem späteren Zeitpunkt Zugriff auf die TI zu erhalten.

Apotheken sollten daher ausschließlich vertrauenswürdige Personen an ihren IT-Systemen arbeiten lassen bzw. diese während ihrer Arbeit beaufsichtigen. Apotheken sind gesetzlich dazu verpflichtet, den Zugang zur TI nur dafür zugelassenen Personen zu gewähren.

Ebenso ist darauf zu achten, dass alle Systeme mit TI-Zugriff auf dem aktuellen Softwarestand sind. Veraltete Software-Versionen bergen erhöhte Sicherheitsrisiken, da sie nicht mehr den neuesten Sicherheitsstandards entsprechen. Diese sollten daher immer auf dem aktuellen Patch- bzw. Update-Level gehalten werden – insbesondere, wenn keine automatischen Updates erfolgen.

Kann eine Versandapotheke auf die ePA zugreifen?

Versandapotheken können nur dann auf die ePA zugreifen, wenn die Versicherten eine Zugriffsberechtigung im Vorfeld aktiv erteilt haben (z. B. in der ePA-App).

Löschen

Werden Dokumente und Befunde irgendwann aus der ePA gelöscht?

Die ePA ist als lebenslange Akte konzipiert, Dokumente werden also nicht „automatisch“ aus der ePA gelöscht.

Wer kann Daten aus der ePA löschen?

Patient*innen sowie Gesundheitsinstitutionen mit Berechtigung haben die Möglichkeit, Dokumente aus der ePA zu löschen. Diese Funktion ist insbesondere dafür vorgesehen, dass irrtümlich eingestellte Dokumente wieder gelöscht werden können. Dabei wird in der ePA dokumentiert, durch wen und wann eine Löschung vorgenommen wurde.

Ein Löschen von einzelnen Medikationseinträgen in der eML ist nicht möglich, siehe dazu auch das [FAQ zur Elektronischen Medikationsliste \(eML\)](#).

Können Patient*innen auch selbst Dokumente aus ihrer ePA entfernen?

Ja, Patient*innen können in der ePA-App bzw. am Computer Dokumente eigenständig aus der ePA löschen. Haben Versicherte keinen Zugriff auf die ePA-App, können sie das Löschen von Dokumenten auch durch die Arztpraxis vornehmen lassen. Perspektivisch sollen auch Apotheken auf Verlangen der Versicherten Dokumente löschen können.

Dass das Löschen von Dokumenten bzw. Informationen Risiken bergen kann, soll Bestandteil eines Hinweises sein, der erscheint, bevor Patient*innen ein Dokument unwiderruflich löschen. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass Versicherte Dokumente verbergen können. Solche Dokumente sind dann nur noch für die Versicherten selbst in der ePA sichtbar.

Ein Löschen von Medikationseinträgen in der eML ist für Versicherte nicht möglich, siehe dazu auch das [FAQ zur Elektronischen Medikationsliste \(eML\)](#).

Wie lässt sich die ePA löschen?

Möchten Patient*innen nicht nur einzelne Dokumente bzw. Informationen aus der ePA löschen sondern diese in Gänze löschen, müssen sie sich dazu an die jeweilige Krankenkasse wenden, oder sie legen über die ePA-App einen Widerspruch gegen die bestehende ePA ein.

Sie erhalten daraufhin eine Rückmeldung der Krankenkasse, dass eine Löschung der ePA nach einem Zeitraum von drei Monaten erfolgen wird, um ein voreiliges oder versehentliches Löschen auszuschließen. Der Zeitraum kann verkürzt werden, indem sich Patient*innen dann erneut an die Krankenkasse wenden.

Honorierung

Werden Apotheken für den Mehraufwand im Kontext der ePA honoriert?

Zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem DAV wird derzeit die Vergütung für den Mehraufwand der Apotheken gem. § 346 Abs. 2 und 4 SGB V verhandelt, die frühestens ab März 2026 in Kraft treten kann, wenn der durch die Apotheken editierbare elektronische Medikationsplan (eMP) und die entsprechenden technischen Erweiterungen zur elektronischen Medikationsliste (eML) zur Verfügung stehen werden.

Elektronische Medikationsliste (eML)

Was ist die elektronische Medikationsliste (eML)?

Die eML ist eine chronologische Liste der Arzneimittel eines Versicherten. Alle Arzneimittel eines Versicherten, die auf E-Rezepten verordnet bzw. abgegeben wurden, werden hierin automatisch durch den E-Rezept-Fachdienst eingestellt, sobald die ePA eines Versicherten zur Verfügung stand, also frühestens ab dem 15.01.2025.

Was ist der digital gestützte Medikationsprozess (dgMP)?

Die eML ist der erste Schritt auf dem Weg zu einem sog. digital gestützten Medikationsprozess (dgMP) in der ePA. Ziel des dgMP aus Sicht der gematik ist es, dass mittelfristig alle Schritte im Medikationsprozess digital abgebildet werden, so dass perspektivisch sämtliche medikationsrelevanten Informationen von Patient*innen in der ePA lückenlos dokumentiert werden.

Beginnend mit der eML soll der dgMP mittelfristig insbesondere durch die Einführung des eMP sowie die Möglichkeit, relevante Zusatzinformationen zur Arzneimitteltherapiesicherheit, wie beispielsweise Körpergröße, Körpergewicht, Kreatininwert, Allergien und Unverträglichkeiten in der ePA zu dokumentieren, erweitert werden.

Wo finde ich Informationen zur eML für das Apothekenpersonal?

Die gematik hat [hier](#) ein Download-Portal eingerichtet, in dem Informationsmaterialien und Erklärvideos für das Apothekenpersonal zur Verfügung gestellt werden. Zur eML wurde u. a. ein einseitiger „Spickzettel“ mit wichtigen Informationen zum Start zusammengestellt.

Wie funktioniert die eML in der ePA?

Die eML kann sowohl den behandelnden Ärzt*innen, als auch Apotheken, eine Übersicht über die Medikation einer Patientin bzw. eines Patienten bieten. Sobald die ePA einer Versicherten bzw. eines Versicherten angelegt wurde, werden alle auf E-Rezepten verordneten und in der Apotheke abgegebenen Arzneimittel in die eML übertragen. Dieser Prozess läuft automatisiert ab, d. h. die Informationen werden vom sog. E-Rezept-Fachdienst in die eML der jeweiligen ePA übertragen, hierbei kann es technisch bedingt zu zeitlichen Verzögerungen kommen. Weder Arztpraxen noch Apotheken können in diesen Prozess eingreifen.

Hintergrundinformationen:

Beim Abruf der Quittung für ein beliefertes E-Rezept werden die Dispensierinformationen durch das Apothekenverwaltungssystem (AVS) an den E-Rezept-Fachdienst gegeben und von dort an die eML übermittelt. Da der Quittungsabruf häufig nicht unmittelbar nach der Abgabe erfolgt, sind die Informationen zum abgegebenen Arzneimittel mit entsprechender Verzögerung in der eML zu finden. Perspektivisch wird es die Möglichkeit geben, die Abgabe zeitnah zu dokumentieren, so dass die Apotheke die Dispensierinformationen an den E-Rezept-Fachdienst übermitteln kann, ohne dass bereits eine Quittung abgerufen wird. Die Informationen stehen dann früher in der eML zur Verfügung. Unabhängig davon kann es technisch bedingt zu zeitlichen Verzögerungen zwischen der Bereitstellung der Dispensierinformationen durch das AVS und dem Erscheinen eines Arzneimittels in der eML der Versicherten kommen. Die Apotheke hat darauf keinen Einfluss.

Wie sieht die eML aus?

Die eML ist eine chronologische Liste der Verordnungs- und Dispensierdaten der E-Rezepte. Standardmäßig werden die letzten zwölf Monate angezeigt. Es soll aber auch möglich sein, den Übersichtszeitraum flexibel auswählen zu können, zum Beispiel reduziert auf die letzten drei oder sechs Monate oder erweitert auf 18 Monate.

Zum Start der ePA ist vorgesehen, dass die eML als PDF/A oder in der Apothekensoftware angezeigt werden kann. Wie die Anzeige der eML in der Apothekensoftware genau aussehen wird, kann je nach Systemhaus variieren.

Was ist in der eML aufgeführt und was nicht?

In der eML werden Einträge zu allen erhaltenen und belieferten E-Rezepten der Versicherten aufgelistet, unabhängig davon, ob bzw. durch welche Apotheke das jeweilige E-Rezept beliefert wurde. Die eingetragenen E-Rezepte können frühestens ab dem Zeitpunkt enthalten sein, an dem die ePA der/s jeweiligen Versicherten angelegt wurde also nicht vor dem 15.01.2025. Der verordnende Arzt sowie die abgebende Apotheke sind für alle ePA-Zugriffsberechtigten jeweils erkennbar.

Zum Start der ePA werden über die E-Rezeptdaten hinaus keine weiteren Einträge enthalten sein. Alle auf Papierrezepten verordneten Arzneimittel, z. B. Betäubungsmittel, selbst erworbene Arzneimittel sowie Nahrungsergänzungsmittel können erst in späteren Ausbaustufen der ePA (frühestens ab März 2026) von Apotheken und Arztpraxen ergänzt werden. Später sollen auch die Versicherten die Möglichkeit erhalten, selbst Arzneimittel oder Nahrungsergänzungsmittel in der eML aufzunehmen.

Welche Angaben zum einzelnen E-Rezept sind in der eML aufgeführt?

Der Umfang der Angaben zu einem E-Rezept variiert, je nachdem ob dieses bereits in einer Apotheke eingelöst wurde oder noch nicht.

Wurde ein E-Rezept bereits beliefert, sind in der Regel folgende Informationen enthalten sofern vorhanden: Verordnungsdatum, Dispensierdatum, Arzneimittelbezeichnung, Form, Dosierungsangabe/Gebrauchsanweisung, PZN, Verordner, abgebende Apotheke. Die Angaben zum Arzneimittel beziehen sich auf das abgegebene Arzneimittel.

Ab voraussichtlich Mitte April 2025 werden diese Angaben um Wirkstoffname(n) und Wirkstärke(n) in der eML ergänzt.

Bei Verordnungen, die sich nicht auf Fertigarzneimittel beziehen, wie beispielsweise Rezepturen, kann der Umfang der angezeigten Informationen abweichen.

Wie sollten Apothekenteams damit umgehen, wenn in der eML ersichtlich ist, dass auch E-Rezepte in anderen Apotheken eingelöst wurden?

Mit der eML wird erstmals ersichtlich, bei welchen Apotheken Patienten*innen ihre E-Rezepte einlösen, insofern sehen Sie auch, dass bzw. welche Arzneimittel ggf. aus anderen Apotheken stammen. Um weiterhin eine vertrauensvolle Beratungsumgebung in der Apotheke zu erhalten, sollten Apothekenteams hierauf vorbereitet sein und festlegen, ob bzw. wie sie dies in der Kommunikation mit den Patient*innen aufgreifen möchten.

Wenn der Versicherte vergisst, in der Apotheke seine eGK zu stecken oder das E-Rezept auf einem anderen Wege in der Apotheke einlöst, ist dieses dann auch in der eML gelistet?

Ja, die Einstellung der Daten in die eML erfolgt automatisiert, indem sie vom E-Rezept-Fachdienst in die eML des jeweiligen Versicherten übertragen werden. Dies geschieht unabhängig vom Einlöseweg des E-Rezepts.

Für den Zugriff der Apotheke auf die eML in der ePA ist das Stecken der eGK oder eine vom Versicherten eingerichtete Berechtigung jedoch erforderlich.

Weitere Informationen zur Zugriffsberechtigung finden Sie im Abschnitt „ePA Allgemein“ unter [„Zugriff“](#).

Was ist der Unterschied zwischen Medikationsliste (eML) und Medikationsplan (eMP)?

Die eML wird ab dem Start der ePA verfügbar sein. Kontinuierlich werden chronologisch alle Daten verschriebener und eingelöster E-Rezepte automatisiert in die eML übertragen. Die eML ist die Medikationshistorie der Patient*innen über alle elektronisch verordneten und abgegebenen Arzneimittel (perspektivisch ggf. manuell ergänzt um weitere abgegebene Arzneimittel).

Der eMP soll voraussichtlich ab März 2026 als weitere Anwendung der ePA eingeführt werden. Dieser muss aktiv mit Medikationseinträgen befüllt werden und soll dann die aktuell angewendete Medikation der Patient*innen enthalten. Einträge der eML sollen genutzt werden können, um einen eMP zu erstellen bzw. zu aktualisieren. Dabei können dem eMP weitere Informationen hinzugefügt werden, wie Einnahmehinweise, Indikationen und Dosierungen. Der eMP dient der sicheren Arzneimittelanwendung durch Patient*innen sowie der Information von Gesundheitsinstitutionen über die aktuelle Gesamtmedikation.

Können Apotheken die eML einsehen, auch wenn der Patient keine ePA-App hat?

Ja, die Einsicht in die eML durch die Apotheke über das Apothekenverwaltungssystem (AVS) ist unabhängig davon, ob Patient*innen die ePA-App nutzen. Weitere Informationen zur Zugriffsberechtigung finden Sie im Abschnitt „ePA Allgemein“ unter [„Zugriff“](#).

Ab wann soll es möglich sein, Änderungen an der eML vorzunehmen? Werden dann auch OTC-Arzneimittel in der eML gelistet?

Frühestens ab März 2026 soll ermöglicht werden, dass Apotheken und Arztpraxen Einträge in der eML ergänzen können. Damit können auf Papierrezepten verordnete Arzneimittel, z. B. Betäubungsmittel, selbst erworbene Arzneimittel sowie Nahrungsergänzungsmittel in die eML aufgenommen werden.

Können einzelne Arzneimittel aus der eML gelöscht bzw. bearbeitet werden?

Es wird nicht möglich sein, einzelne Medikationseinträge in der eML zu löschen. Frühestens ab März 2026 wird es für Apotheken und Arztpraxen aber möglich sein, einzelne Medikationseinträge in der eML zu bearbeiten. Dies kann z. B. dann sinnvoll sein, wenn ein Arzneimittel in der eML aufgeführt ist, das vom Patienten nie eingenommen wurde. Apotheken bzw. Arztpraxen können einen solchen Eintrag dann entsprechend markieren.

Wie können Patient*innen ausschließen, dass Gesundheitseinrichtungen in die eML Einsicht haben?

Patient*innen haben ab dem Start der ePA die Möglichkeit über die ePA-App oder bei der Ombudsstelle ihrer Krankenkasse einen Widerspruch gegen den sogenannten digital gestützten Medikationsprozess einzulegen. E-Rezept-Daten werden dann weiterhin an die eML in der ePA übermittelt, sind aber nur noch für die Patient*innen einsehbar. Für Gesundheitseinrichtungen ist die eML dann nicht mehr einsehbar.

Zunächst wird es nicht möglich sein, dass Medikationseinträge in der eML durch Patient*innen bearbeitet bzw. neue Einträge gemacht werden können. Es ist für spätere Ausbaustufen der ePA vorgesehen dass Patient*innen selbst erworbene Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel über die ePA-App ergänzen können. Einträge, die von Patient*innen erstellt wurden, sollen dann als solche kenntlich gemacht werden.

Wenn mit Einführung der eML Medikationsdaten zentral in der ePA abgelegt werden, braucht die Apotheke dann noch die lokale Kundendatei im Apothekensoftwaresystem?

Die Stammkundendatei bietet auch mit Einführung der ePA einen hohen Mehrwert für die Beratung und die Klärung von AMTS-Fragestellungen in der Apotheke. Vorteile der Stammkundendatei sind insbesondere, dass darin unter anderem Daten zu OTC-Arzneimitteln, Nahrungsergänzungsmitteln sowie Allergien und weitere patientenspezifische Informationen gespeichert werden, die zum Start der ePA darin noch nicht zentral hinterlegt werden können. Weiterhin können in der Kundendatei auch Informationen zu verschreibungspflichtiger Medikation hinterlegt sein, die vor dem Start der eML abgegeben wurde. Weiterhin kann mit Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten eine Kopie der eML in der Kundendatei gespeichert werden, sodass der letzte Stand der eML auch verfügbar ist, wenn die Zugriffsberechtigung der Apotheke auf die ePA bereits ausgelaufen ist (vergl. FAQ-Kapitel „[Zugriff](#)“).

Wird die in der eML aufgelistete Medikation bei einem Interaktionscheck in der Apothekensoftware berücksichtigt?

Zum Start der ePA sind die Apothekensoftwaresysteme zunächst nur verpflichtet, die in der eML aufgelisteten Medikationseinträge anzuzeigen, z. B. in Form eines PDF/A. Die automatische Verarbeitung der Medikationseinträge durch die Software, ist im Fall einer Anzeige als PDF/A technisch noch nicht möglich.

Wird die Begründung zu Pharmazeutischen Bedenken in der eML einsehbar sein bzw. kann ich diese dort dokumentieren?

Nein, die Begründung von Pharmazeutischen Bedenken ist nicht Bestandteil der Dispensierdaten zu E-Rezepten, die in die eML übertragen werden und damit für Patient*innen und andere ePA-Zugriffsberechtigte einsehbar sein werden. Eine manuelle Dokumentation hierzu ist in der eML aktuell nicht vorgesehen.

Wie können Apothekenteams die eML im Austausch mit Arztpraxen nutzen?

Mit der eML wird für die Apothekenteams ersichtlich, welche Arztpraxen die E-Rezepte der Patient*innen jeweils ausgestellt haben, unabhängig davon, in welcher Apotheke das E-Rezept eingelöst wurden. Sofern sich in der Apotheke konkrete Rückfragen zu einem Arzneimittel ergeben, die eine Arztücksprache erforderlich machen, kann diese Information hilfreich sein, um mit der jeweiligen Arztpraxis Kontakt aufnehmen zu können.

Welche Bedeutung hat die eML für die pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL)?

Für die Durchführung der pharmazeutischen Dienstleistungen insbesondere „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“, „Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie“ sowie „Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten“ ergeben sich mit der Einführung der eML keine Änderungen. Das Brown-Bag-Gespräch ist hierin für die Datenerhebung essenziell.

Während der Datenerhebung der pDL kann die eML bei Bedarf genutzt werden. Hierbei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass zunächst nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Informationen in der eML vollständig sind, siehe dazu auch „[Was ist in der eML aufgeführt und was nicht?](#)“

Informationen und Arbeitsmaterialien zu allen pharmazeutischen Dienstleistungen finden Sie [hier](#).

Können Patient*innen auch ablehnen, dass Informationen über Medikamente in die ePA kommen (z. B. bei Benzodiazepinen)?

Patient*innen können dem Einstellen von E-Rezept-Daten in die eML und perspektivisch auch in den eMP grundsätzlich widersprechen.

In Hinblick auf Informationen, die für Patient*innen stigmatisierende Auswirkungen haben können, wie z. B. zu sexuell übertragbaren Infektionen oder psychischen Erkrankungen sind Arztpraxen verpflichtet, die Zustimmung der Patient*innen einzuholen, dass diese Informationen in die ePA eingestellt werden dürfen.

Elektronischer Medikationsplan (eMP)

Was ist der elektronische Medikationsplan (eMP)?

Mit dem eMP wird ein zentraler Medikationsplan in der ePA zur Verfügung stehen. Versicherte mit mindestens drei Arzneimitteln haben einen Anspruch auf Erstellung eines eMP (§ 31a SGB V) durch deren Ärzt*innen. Einträge der eML sollen perspektivisch genutzt werden können, um einen eMP zu erstellen bzw. diesen zu aktualisieren.

Die Vorgaben zum aktuellen eMP, der auf der eGK gespeichert ist, gelten bis zur Einführung des eMP in der ePA unverändert weiter. Informationen zum eMP auf der eGK finden Sie [hier](#).

Wann kommt der eMP in der ePA?

Aktuell (Stand April 2025) ist die Einführung des eMP in der ePA ab März 2026 geplant. Apotheken werden dann im Kontext der Rezeptbelieferung zur Aktualisierung des eMP verpflichtet sein.

Wie wird die Einführung des elektronischen Medikationsplans (eMP) erfolgen?

Die elektronische Medikationsliste (eML) in der ePA wurde Anfang 2025 zunächst in Pilotregionen getestet und nach dieser Pilotphase über alle Leistungserbringer in Deutschland ausgerollt. Diese Pilotierung zeigte, dass eine umfangreiche Testung der Funktionalitäten und zwischen den unterschiedlichen Beteiligten (Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäuser und weitere) für einen zuverlässigen bundesweite Nutzung unbedingt erforderlich ist. Aufgrund der hohen Komplexität des eMP ist hierfür eine mehrmonatige Pilotphase dringend erforderlich. Hierzu besteht ein enger Austausch mit der gematik.

FAQ zum eMP werden ab 2026 an dieser Stelle ergänzt.