



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

SPEZIFIKATION SCHNITTSTELLE GEMÄß § 370A ABSATZ 2 SGB V

26. APRIL 2024

VERSION 1.0

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	3	
GLOSSAR	6	
1	EINLEITUNG UND ZIEL	8
1.1	Voraussetzungen für die Nutzung der Schnittstelle	8
2	FACHLICHE BESCHREIBUNG DER NUTZUNGSSZENARIEN	9
2.1	Suchen und Buchen mit Überweisung	9
2.1.1	Prozessschritte 1-4	9
2.1.2	Prozessschritte 5-6	9
2.1.3	Prozessschritte 7-9	9
2.2	Suchen und Buchen ohne Überweisung	9
2.2.1	Prozessschritte 1-3	10
2.2.2	Prozessschritte 4-5	10
2.2.3	Prozessschritte 6-9	10
2.3	Buchungsinformationen abrufen und Terminbuchung absagen	10
2.3.1	Prozessschritte 1-3	11
2.3.2	Prozessschritte 4-5	11
3	TECHNISCHE SPEZIFIKATION	12
3.1	Vermittlungscodes	12
3.1.1	Eigenschaften und Zustände	12
3.2	Workflow	15
3.3	Operationen	15
3.3.1	Vermittlungscode anfordern	15
3.3.2	Vermittlungscodestatus abrufen	16
3.3.3	Termine suchen	16
3.3.4	Termin buchen	16
3.3.5	Buchungsinformationen abrufen	16
3.3.6	Terminbuchung absagen	16
3.4	HL7® FHIR®	16
3.4.1	Datenformat	16
4	ANHANG	17
4.1	Anlage1:	18
4.1.1	Abbildung 1: Suchen und Buchen mit Überweisungsschein (mit Vermittlungscode)	18
4.1.2	Abbildung 2: Suchen und Buchen ohne Überweisungsschein (ohne Vermittlungscode)	18
4.1.3	Abbildung 3: Buchungsinformationen abrufen und Terminbuchung absagen	19
ANLAGEN	20	
Anlage 1 Technische Anlage zur Spezifikation der Schnittstelle gemäß § 370A Abs.2 SGB V	20	

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Suchen und Buchen mit Überweisungsschein (mit Vermittlungscodes).	9
Abbildung 2: Suchen und Buchen ohne Überweisungsschein (ohne Vermittlungscodes).	10
Abbildung 3: Buchungsinformationen abrufen und Terminbuchung absagen.	11
Abbildung 4: Technischer Workflow der Schnittstelle.	15

DOKUMENTENSTATUS

Version	Datum	Autor/in	Änderung	Begründung	Seite
1.0	26.04.2024	KBV	Initiale Erstellung		alle

GENDER-HINWEIS:

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument durchgängig das generische Maskulinum verwendet. Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

GLOSSAR

Dringlichkeit

Definiert die Zeitspanne, in der der Termin stattfinden soll.

GOP

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) werden alle vertragsärztlichen Leistungen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, abgebildet. Dabei wird jeder Leistung eine Gebührenordnungsposition (GOP) zugeordnet. Im Kontext mit der Terminvermittlung sind im EBM GOP definiert, die die Berechnung des Zusatzhonorars festlegen. Abhängig vom zeitlichen Abstand zwischen Buchungszeitpunkt und dem Termin wird die Höhe des Zuschlags berechnet.

Nutzer der Schnittstelle

Nutzer der Schnittstelle sind Anbieter, welchen die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Nutzung der im elektronischen System nach § 370a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bereitgestellten Informationen für die Vermittlung telemedizinischer Leistungen über eine Schnittstelle ermöglicht. Es können natürliche oder juristische Personen sowie Personengesellschaften oder Vereinigungen sein, die Versicherten die Vermittlung telemedizinischer Leistungen anbieten.

Versicherte

Versicherte sind Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung, denen der Nutzer der Schnittstelle ermöglicht, Termine für telemedizinische Leistungen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den Maßgaben dieser Verfahrensordnung über den 11 6 11 7 Terminservice zu buchen.

Software

Sind die Applikationen, die der Nutzer der Schnittstelle erstellt und dem Versicherten zu Terminbuchungszwecken zur Verfügung stellt.

HL7® FHIR®

FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) ist ein von der HL7-Initiative (Health Level Seven) definierter Standard, der den Datenaustausch zwischen Softwaresystemen im Gesundheitswesen unterstützt.

Leistungsmerkmale

Leistungsmerkmale sind alle von den Leistungserbringern für die Versicherten angebotenen Leistungen. Dies können Leistungen entsprechend der Weiterbildungsordnung (W), Zusatzqualifikationen (Z), Genehmigungen (G), Arztgruppen (A) oder Einzelleistungen (L) sein.

Vermittlungscod

12-stelliger Code, der vom 116117 Terminservice auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen ausgegeben wird. Dieser muss durch den Versicherten für die Terminbuchung genutzt werden und ist mit allen für den Buchungsvorgang relevanten Informationen verknüpft (Fachgruppe, Dringlichkeit, Datum der ersten Suche usw.).

OAuth2

Autorisierungsverfahren, bei dem mittels Client-ID und Client Secret (Passwort) ein Access Token erstellt wird, das den Nutzer der Schnittstelle berechtigt, die Schnittstelle gemäß § 370a Absatz 2 SGB V zu nutzen.

Terminprofil

Termine sind einem Terminprofil zugeordnet. Dabei bilden in der Regel Terminprofile die Leistungsmerkmale des Arztes ab.

Überweisungsfreie Fachgruppen

Sind Fachgruppen, bei denen der Versicherte auch ohne Überweisung Termine buchen kann (siehe dazu auch § 75 Abs. 1a SGB V)

Überweisungspflichtige Fachgruppen

Darunter sind alle Fachgruppen zu verstehen, bei denen der Versicherte für eine Terminbuchung eine Überweisung benötigt.

1 EINLEITUNG UND ZIEL

Der Gesetzgeber hat im § 370a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ermöglicht die Nutzung der in dem elektronischen System nach Absatz 1 bereitgestellten Informationen [Termine für telemedizinische Leistungen] durch Dritte. Hierzu veröffentlicht sie eine Schnittstelle auf Basis international anerkannter Standards und beantragt deren Aufnahme auf die Plattform nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5. Die Vertragsärzte können der Weitergabe ihrer Daten an Dritte nach Satz 1 widersprechen.“

Damit wird es möglich, telemedizinische Angebote wie z.B. die Videosprechstundentermine des 116117 Terminservice nicht mehr nur über die eigenen Kanäle (Terminservicestellen der KVen, Webseite www.116117.de, App 116117, Kollegenbuchung des 116117 Terminservice) zu buchen, sondern auch über Anwendungen, die die sogenannten Dritten (Nutzer der Schnittstelle) ihren Nutzern (Versicherten) bereitstellen. Dabei kann es sich um mobile Apps oder Web-Anwendungen handeln. Nutzer der Schnittstelle können z.B. Krankenversicherungen, private Unternehmen oder auch gemeinnützige Organisationen sein.

Die Möglichkeit zur Terminbuchung haben nur gesetzlich Versicherte.

Die Software der Nutzer der Schnittstelle nutzt die hier beschriebene Schnittstelle, um Termine für telemedizinische Leistungen zu suchen, anzuzeigen, zu buchen und ggf. auch abzusagen.

1.1 VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE NUTZUNG DER SCHNITTSTELLE

Bevor die Schnittstelle genutzt werden kann, muss der Nutzer der Schnittstelle für seine Software ein Zertifizierungsverfahren bei der KBV durchlaufen.

Weitere Informationen zur Zertifizierung können der Anlage 1 zur Verfahrensordnung nach § 370a Abs. 3 SGB V entnommen werden.

2 FACHLICHE BESCHREIBUNG DER NUTZUNGSSZENARIOEN

In den folgenden Abschnitten werden die zwei möglichen Nutzungsszenarien aus Nutzerperspektive betrachtet, dabei werden die jeweiligen Prozessschritte erläutert und entsprechend zu den technischen Operationen referenziert.

2.1 SUCHEN UND BUCHEN MIT ÜBERWEISUNG

Das erste Nutzungsszenario beschreibt die Suche und Buchung von Terminen für den Fall, dass der Versicherte einen Überweisungsschein mit Vermittlungscode vom Arzt erhalten hat, weil ein dringender Behandlungsbedarf vorliegt.

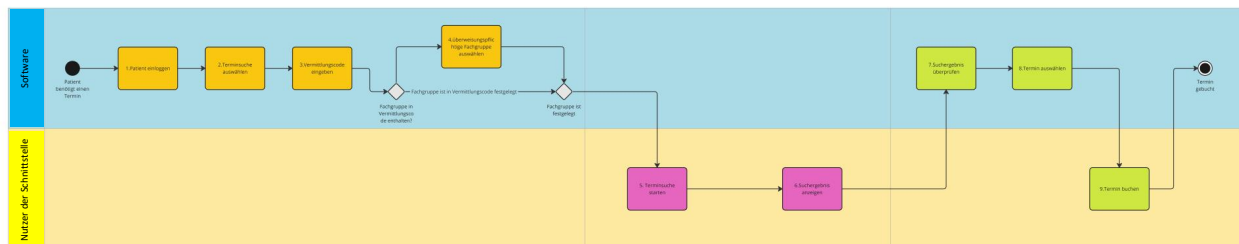


Abbildung 1: Suchen und Buchen mit Überweisungsschein (mit Vermittlungscode). Für eine größere Darstellung der Abbildung siehe Anlage 1 im Anhang.

2.1.1 Prozessschritte 1-4

Der Versicherte möchte über die Software, die ihm der Nutzer der Schnittstelle zur Verfügung gestellt hat, einen Termin buchen. Hierzu loggt sich der Versicherte in die Software ein und wählt eine Funktion aus, bei der er nach Terminen suchen kann (siehe Abbildung 1, Schritt 1).

Bevor dem Versicherten ein Suchergebnis angezeigt wird, erfragt die Software, ob dem Versicherten ein Vermittlungscode vorliegt. In diesem Szenario hat der Versicherte einen Vermittlungscode, welcher auf dem Überweisungsschein vermerkt ist. Den Vermittlungscode trägt der Versicherte in das Eingabefeld der Software ein. Sofern mit dem Vermittlungscode eine Fachgruppe festgelegt wurde, kann der Versicherte sofort eine Terminsuche starten. Ansonsten wird der Versicherte aufgefordert, die gesuchte Fachgruppe auszuwählen und kann anschließend die Terminsuche starten.

2.1.2 Prozessschritte 5-6

Sobald der Versicherte die Terminsuche startet, wird die Operation „Termin suchen“ aufgerufen, welche als Ergebnis eine Liste von Videosprechstundenterminen verschiedener Ärzte der im Vermittlungscode festgelegten bzw. vom Versicherten ausgewählten Fachgruppe anzeigt. Der Versicherte hat nun die Möglichkeit, zu prüfen, welcher der angebotenen Videosprechstundentermine für ihn wahrnehmbar ist.

2.1.3 Prozessschritte 7-9

Findet der Versicherte einen für ihn passenden Termin, kann er diesen auswählen und buchen. Dabei wird die Operation „Termin buchen“ ausgelöst und damit die Buchung durch die Software abgeschlossen. Der Versicherte erhält eine Bestätigung seiner erfolgreichen Buchung. Der Arzt erhält eine Benachrichtigung über den gebuchten Videosprechstundentermin und versendet die Zugangsdaten zum Videosprechstundentermin an die E-Mail-Adresse des Versicherten.

2.2 SUCHEN UND BUCHEN OHNE ÜBERWEISUNG

Das zweite Nutzungsszenario beschreibt die Suche und Buchung von Terminen für den Fall, dass der Versicherte keinen Überweisungsschein mit Vermittlungscode vom Arzt erhalten hat.

In diesem Fall ist zu berücksichtigen, dass dem Nutzer nur überweisungsfreie Fachgruppen angezeigt werden dürfen.

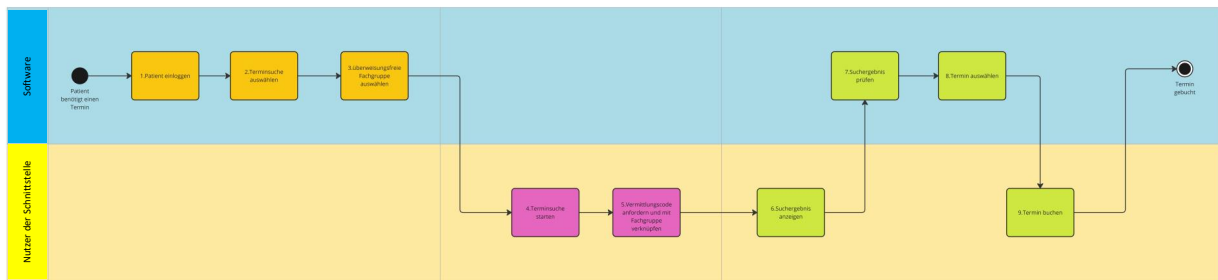


Abbildung 2: Suchen und Buchen ohne Überweisungsschein (ohne Vermittlungscode). Für eine größere Darstellung der Abbildung siehe Anlage 1 im Anhang.

2.2.1 Prozessschritte 1-3

Der Versicherte möchte über die Software, die ihm der Nutzer der Schnittstelle zur Verfügung gestellt hat, einen Termin buchen. Hierzu loggt der Versicherte sich in die Software ein und wählt eine Funktion aus, bei dem der Versicherte nach Terminen suchen kann. Bevor dem Versicherten ein Suchergebnis angezeigt wird, erfragt die Software, ob der Versicherte einen Vermittlungscode hat. In diesem Szenario hat der Versicherte keinen Vermittlungscode. Die Software bietet aufgrund des fehlenden Vermittlungscode nur diejenigen Fachgruppen an, für die keine Überweisung notwendig ist. Nach Auswahl einer überweisungsfreien Fachgruppe kann der Versicherte eine Terminsuche starten.

2.2.2 Prozessschritte 4-5

Sobald der Versicherte die Terminsuche startet, wird zuerst die Operation "Vermittlungscode anfordern" aufgerufen, die einen neuen Vermittlungscode erstellt und mit der ausgewählten überweisungsfreien Fachgruppe verknüpft. Mit diesem neuen Vermittlungscode wird dann die Operation „Termin suchen“ ausgeführt und das Ergebnis der Suche dem Versicherten angezeigt.

2.2.3 Prozessschritte 6-9

Aus den angezeigten Terminen kann der Versicherte einen Termin auswählen und buchen. Dabei wird die Operation "Termin buchen" aufgerufen. Anschließend ist die Buchung abgeschlossen. Der Versicherte erhält eine Bestätigung seiner erfolgreichen Buchung. Der Arzt erhält eine Benachrichtigung über den gebuchten Videosprechstundentermin und versendet die Zugangsdaten zum Videosprechstundentermin an die E-Mail-Adresse des Versicherten.

2.3 BUCHUNGSMITTELSABRUFEN UND TERMINBUCHUNG ABSAGEN

Für den folgenden Anwendungsfall wird vorausgesetzt, dass der Versicherte bereits einen Termin gebucht hat. Zu diesem Termin kann er Informationen abrufen und ihn gegebenenfalls absagen. Hierbei spielt es keine Rolle, ob der Termin mit Überweisung und Vermittlungscode gebucht wurde oder ohne.

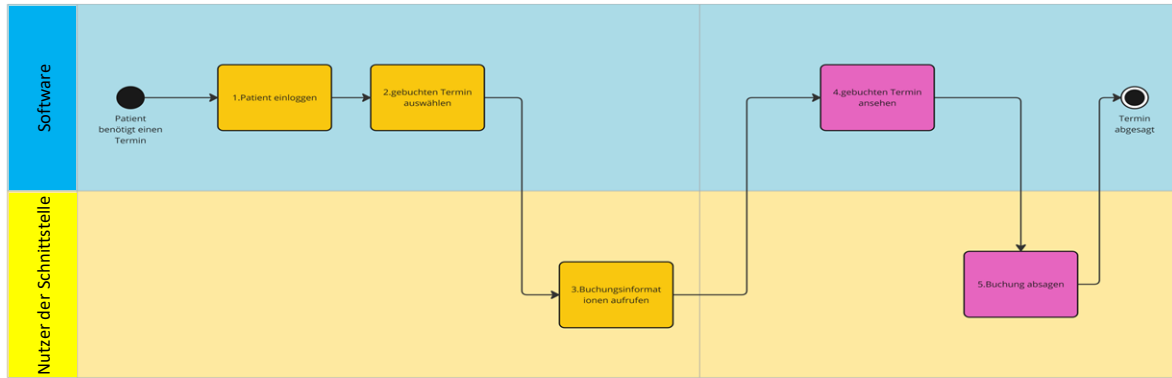


Abbildung 3: Buchungsinformationen abrufen und Terminbuchung absagen. Für eine größere Darstellung der Abbildung siehe Anlage 1 im Anhang.

2.3.1 Prozessschritte 1-3

Möchte der Versicherte sich nochmals die Details zu einem gebuchten Termin ansehen, kann er dies tun, indem er innerhalb der Software, die ihm der Nutzer der Schnittstelle zur Verfügung gestellt hat, eine Funktion zur Terminanzeige auswählt. Die Software ruft hierbei die Operation „Buchungsinformationen abrufen“ auf, welche als Ergebnis alle terminrelevanten sowie praxisbezogenen Daten liefert.

2.3.2 Prozessschritte 4-5

Sofern der Versicherte sich entscheidet, den gebuchten Termin abzusagen, wird die Operation "Buchung absagen" aufgerufen. Dabei wird die Verknüpfung des zur Buchung genutzten Vermittlungscodes mit dem Termin aufgehoben. Der Vermittlungscod wird in den Status „abgesagt“ gesetzt, die Gültigkeitsdauer des Vermittlungscodes wird um 7 Tage verlängert und der Vermittlungscod kann noch für eine weitere Terminbuchung genutzt werden. Der Versicherte erhält eine Bestätigung der erfolgten Absage des Termins.

3 TECHNISCHE SPEZIFIKATION

3.1 VERMITTLUNGSCODES

Der gesetzliche Anspruch, den Versicherte auf eine Terminvermittlung durch den 116117 Terminservice haben, wird mittels der vom 116117 Terminservice erzeugten Vermittlungscodes präsentiert. Nur mit einem Vermittlungscodes können Versicherte im 116117 Terminservice Termine suchen und buchen.

Ein Vermittlungscodes wird bei überweisungspflichtigen Fachgruppen vom überweisenden Arzt auf den Überweisungsschein aufgebracht.

Bei überweisungsfreien Fachgruppen wird der Vermittlungscodes im ersten Schritt der Terminsuche vom 116117 Terminservice erstellt.

3.1.1 Eigenschaften und Zustände

Der Vermittlungscodes kann mit den folgenden, für eine Terminvermittlung wichtigen Informationen verknüpft:

- › medizinische Leistungen für die Suche und Buchung eines Termins
- › Status des Termins
- › Dringlichkeit des Vermittlungsfalles, wodurch der maximale Suchzeitraum festgelegt ist
- › zeitliche Gültigkeit des Vermittlungscodes

Medizinische Leistungen für die Suche und Buchung eines Termins

AUSPRÄGUNG DER LEISTUNGSMERKMAL-ZUWEISUNG	ERLÄUTERUNG
gebunden	<p>Beim Erstellen eines Überweisungsscheins kann ein Vermittlungscodes vom Praxisverwaltungssystem des Arztes beim 116117 Terminservice abgefragt werden.</p> <p>Bei der Generierung dieses Vermittlungscodes wird im 116117 Terminservice bereits hinterlegt, für welche Fachrichtung und Dringlichkeit der Versicherte einen Termin suchen und buchen darf.</p> <p>Dabei werden im Vermittlungscodes vom Arzt festgelegte, sogenannte medizinische Leistungsmerkmale hinterlegt, an die der Vermittlungscodes „gebunden“ ist.</p>
ungebunden	<p>Vermittlungscodes ohne festgelegte medizinische Leistungsmerkmale erlauben es, nach Terminen von jeglichen Fachrichtungen zu suchen. Entsprechend ist der Vermittlungscodes „ungebunden“.</p>

Status des Termins, der im Vermittlungscode hinterlegt ist

Ein Termin kann unterschiedliche Status haben:

STATUS ZU EINEM TERMIN	ERLÄUTERUNG
frei	Ein Vermittlungscode, bei dem der Status auf „frei“ steht, weist darauf hin, dass noch kein Termin gebucht wurde.
gebucht	Bei einem Vermittlungscode mit dem Status „gebucht“ ist ein gebuchter Termin hinterlegt.
Vermittlungsfrist abgelaufen	Jeder Vermittlungscode erhält eine Gültigkeitsdauer. Der Startpunkt für die Gültigkeit wird mit der ersten Terminsuche gesetzt. Sofern bei der Terminsuche mindestens ein Termin gefunden wurde, ist der genutzte Vermittlungscode noch 7 Tage gültig. Wann die Gültigkeit eines Vermittlungscodes erlischt, ist im Abschnitt „Gültigkeit eines Vermittlungscodes“ näher erläutert.
abgesagt	Sofern im Vermittlungscode ein gebuchter Termin hinterlegt ist, kann dieser auch abgesagt werden.
reserviert	Die Nutzer der Schnittstelle müssen vor der Buchung die Identität der Versicherten sicherstellen und auch deren E-Mail-Adresse verifiziert haben. Aus diesem Grund ist der Status „reserviert“ in diesem Kontext <u>nicht</u> relevant. Hinweis: Dieser Status tritt nur auf, wenn die Buchung über den 116117 Terminservice direkt erfolgt. Dabei muss der Nutzer sich mit seiner E-Mail-Adresse verifizieren, bevor er die Buchung abschließen kann. Nach erfolgter Verifikation ändert sich der Status des Vermittlungscodes dann in „gebucht“.

Gültigkeit eines Vermittlungscodes

Folgende Tabelle zeigt auf, wann eine Gültigkeit für einen Vermittlungscodes gesetzt bzw. nicht gesetzt wird:

SZENARIO	ERGEBNIS
Vermittlungscodes wird generiert	Es wird kein Gültigkeitsdatum gesetzt.
Vermittlungscodes wird generiert → Terminsuche wird ausgeführt → Terminsuche zeigt keinen Termin an	Es wird kein Gültigkeitsdatum gesetzt.
Vermittlungscodes wird generiert → Terminsuche wird ausgeführt → Terminsuche zeigt mindestens einen Termin an	Der Gültigkeitszeitraum wird ab dem Zeitpunkt eines gefundenen Termins auf 7 Tage gesetzt. Entsprechend ist der Vermittlungscodes dann noch 7 Tage lang gültig/nutzbar.
Vermittlungscodes wird generiert → Terminsuche wird ausgeführt → Terminsuche zeigt keinen Termin an → Suchumkreis wird erhöht → Terminsuche zeigt mindestens einen Termin an	Der Gültigkeitszeitraum wird ab dem Zeitpunkt eines gefundenen Termins auf 7 Tage gesetzt. Entsprechend ist der Vermittlungscodes dann noch 7 Tage lang gültig/nutzbar.
Vermittlungscodes wird generiert → Terminsuche wird ausgeführt → Terminsuche zeigt mindestens einen Termin an → innerhalb von 7 Tagen wird erneut eine Suche gestartet	Der Gültigkeitszeitraum wird durch die erneute Suche um 7 Tage verlängert. Eine weitere Suche innerhalb von 7 Tagen erneuert den Gültigkeitszeitraum.
Mit dem Vermittlungscodes wurden zweimal Termine durch den Patienten oder die TSS abgesagt	Vermittlungscodes ist nicht mehr gültig.
Vermittlungscodes wird generiert → Terminsuche wird ausgeführt → Terminsuche zeigt einen Termin an → Termin wird gebucht → Termin wird abgesagt	Die Gültigkeit des Vermittlungscodes wird um 7 Tage verlängert. Beispiel: <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wird ein Vermittlungscodes generiert 2. Terminsuche wird ausgeführt am 01.01.2024 3. Terminsuche zeigt einen Termin an 4. Termin wird gebucht 5. Termin wird abgesagt am 06.01.2024 Der Versicherte oder die Terminservicestelle kann den Vermittlungscodes noch bis 13.01.2024 für eine Terminbuchung nutzen. Ausgangszeitpunkt für die Verlängerung ist das Datum der Terminabsage, also der 06.01.2024, d.h. die Gültigkeit wurde um 7 Tage verlängert.

Hinweis: Wird ein gebuchter Termin durch die Praxis abgesagt, hat dies keine negativen Auswirkungen auf die Gültigkeit des Vermittlungscodes.

3.2 WORKFLOW

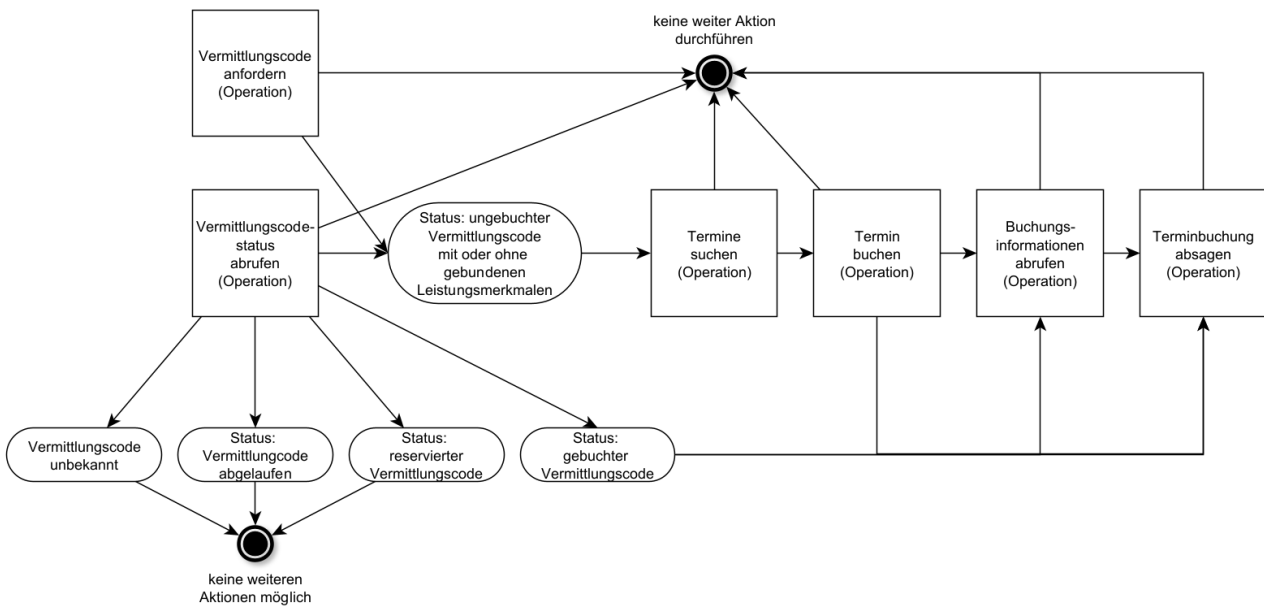


Abbildung 4: Technischer Workflow der Schnittstelle

Ablauf

Für die Vermittlung von Terminen für telemedizinische Leistungen müssen Nutzer der Schnittstelle als Erstes bei ihren Versicherten erfragen, ob ein Vermittlungscode vorliegt oder nicht:

- › Ist kein Vermittlungscode vorhanden, kann lediglich die Operation „Vermittlungscode anfordern“ aufgerufen werden. Alle anderen Operationen benötigen zwingend einen Vermittlungscode.
- › Wenn ein Vermittlungscode vorhanden ist, dann können Nutzer der Schnittstelle anhand der Operation „Vermittlungscodestatus abrufen“ herausfinden, in welchem Status sich der Vermittlungscode aktuell befindet.
- › Hat der Vermittlungscode den Status „Vermittlungsfrist abgelaufen“ oder „reserviert“, kann keine weitere Operation mit diesem Vermittlungscode durchgeführt werden.
- › Für einen Vermittlungscode mit dem Status „gebucht“ können Informationen zu der bestehenden Terminbuchung abgefragt (Operation „Buchungsinformationen abrufen“) oder der Termin abgesagt werden (Operation „Terminbuchung absagen“).
- › Vermittlungscodes mit dem Status „frei“ berechtigen dazu, freie Termine (Slots) zu suchen (Operation „Termin suchen“) und einen freien Termin (Slot) zu buchen (Operation „Termin buchen“).

3.3 OPERATIONEN

In den folgenden Abschnitten werden die benötigten Operationen aufgelistet und kurz erläutert. Für eine detailliertere Darstellung können die im Dokument: „Technische Anlage zur Spezifikation der Schnittstelle gemäß § 370a Abs.2 SGB V“ aufgeführten Spezifikationen herangezogen werden.

3.3.1 Vermittlungscode anfordern

Mit dieser Operation können Vermittlungscodes für überweisungsfreie Fachgruppen angefordert werden. Die so erstellten Vermittlungscodes haben den Status „frei“, besitzen noch kein Gültigkeitsdatum und sind bezüglich des Leistungsmerkmals an die angegebene Fachgruppe „gebunden“.

Der Zeitpunkt für den Start der Gültigkeitsdauer wird mit der erstmaligen Terminsuche festgelegt (siehe technische Anlage, Kapitel 5).

3.3.2 **Vermittlungscodestatus abrufen**

Mit dem Aufruf der Operation kann der Status eines Vermittlungscodes abgefragt werden. (siehe technische Anlage, Kapitel 6)

3.3.3 **Termine suchen**

Mit dem Aufruf der Operation können Termine im 116117 Terminservice gesucht werden.

Voraussetzung ist ein Vermittlungscodestatus mit dem Status „frei“ (siehe technische Anlage, Kapitel 1).

3.3.4 **Termin buchen**

Mit dem Aufruf der Operation kann ein freier Termin gebucht werden.

Voraussetzung ist ein freier Termin und ein Vermittlungscodestatus mit dem Status „frei“ (siehe technische Anlage, Kapitel 2).

3.3.5 **Buchungsinformationen abrufen**

Mit dem Aufruf der Operation können Informationen zu einer bestehenden Terminbuchung abgefragt werden. Voraussetzung ist ein Vermittlungscodestatus mit dem Status „gebucht“ (siehe technische Anlage, Kapitel 4).

3.3.6 **Terminbuchung absagen**

Mit dem Aufruf der Operation wird eine bestehende Terminbuchung abgesagt.

Voraussetzung ist ein Vermittlungscodestatus mit dem Status „gebucht“, dessen gebuchter Termin in der Zukunft liegt (siehe technische Anlage, Kapitel 3).

3.4 **HL7® FHIR®**

Die Schnittstelle wird als HL7 FHIR v4.0.1 R4 (<https://hl7.org/fhir/R4/index.html>) umgesetzt. Jeder beschriebene Workflowschritt entspricht einer FHIR-Operation.

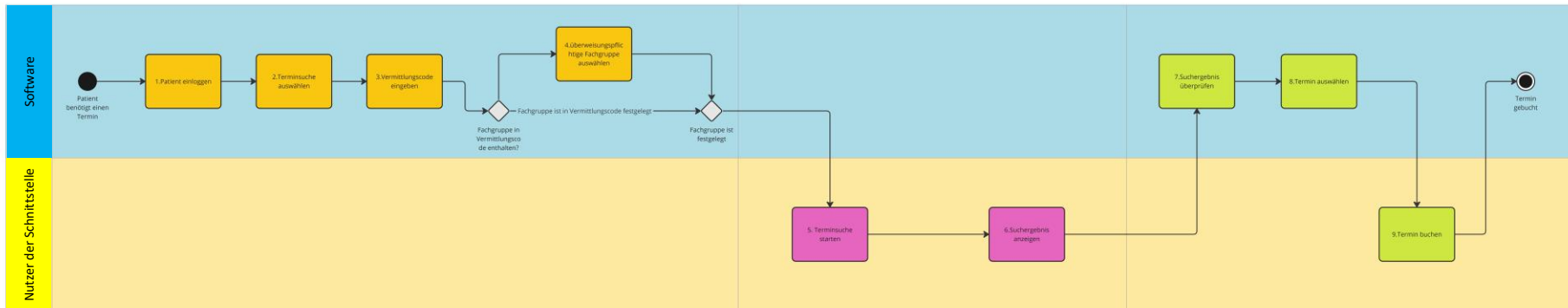
3.4.1 **Datenformat**

Die Übermittlung der Daten erfolgt ausschließlich im XML Format (Content-Type application/xml oder application/xml+fhir). Eine Übermittlung in JSON wird nicht unterstützt.

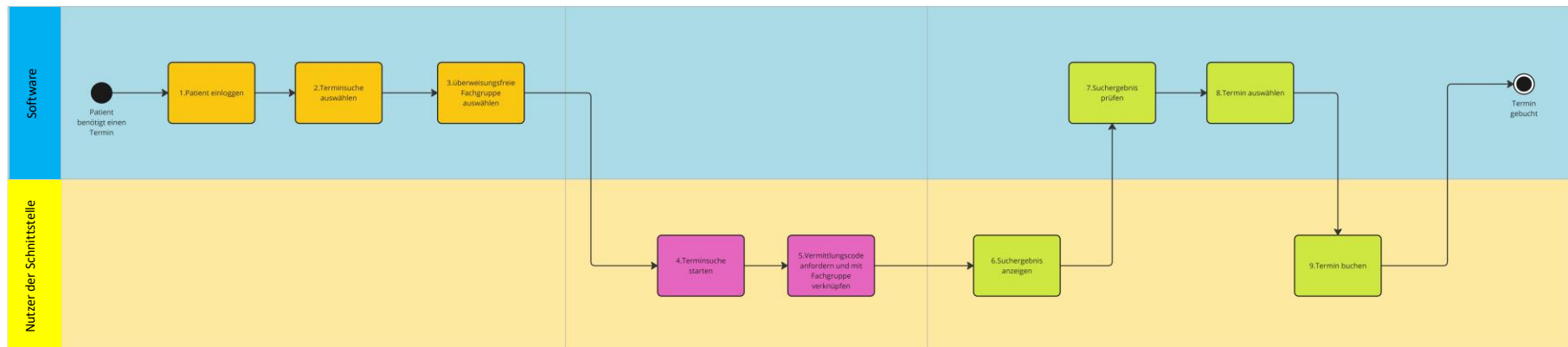
4 ANHANG

4.1 ANLAGE1:

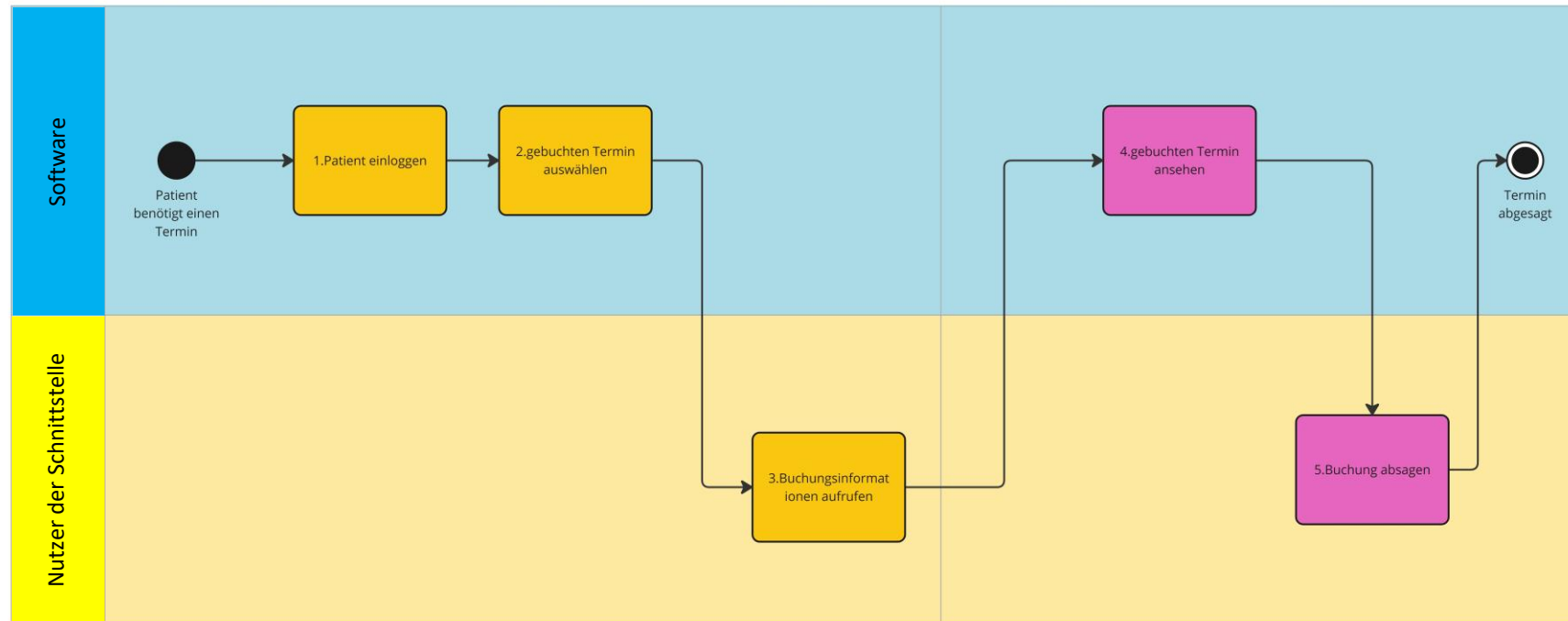
4.1.1 Abbildung 1: Suchen und Buchen mit Überweisungsschein (mit Vermittlungscode)



4.1.2 Abbildung 2: Suchen und Buchen ohne Überweisungsschein (ohne Vermittlungscode)



4.1.3 Abbildung 3: Buchungsinformationen abrufen und Terminbuchung absagen



ANLAGEN

ANLAGE 1 TECHNISCHE ANLAGE ZUR SPEZIFIKATION DER SCHNITTSTELLE GEMÄß § 370A ABS.2 SGB V