

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

Feature:

**Elektronische Verordnung
Häuslicher Krankenpflege
(HKP)**

Version:	0.9.0_CC3
Revision:	1398662
Stand:	16.10.2025
Status:	zur Abstimmung freigegeben
Klassifizierung:	öffentlich_Entwurf
Referenzierung:	gemF_VO_HKP

Dokumentinformationen

Änderungen zur Vorversion

Anpassungen des vorliegenden Dokumentes im Vergleich zur Vorversion können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen.

Dokumentenhistorie

Version	Stand	Kap./ Seite	Grund der Änderung, besondere Hinweise	Bearbeitung
0.5.0	21.07.202 5		Dokument angelegt	gematik
0.9.0	30.07.202 5		Initiale Version zur Kommentierung	gematik
0.9.0_CC2	08.09.202 5		Einarbeiten der Stellungnahmen	gematik
0.9.0_CC3	16.10.202 5		Einarbeiten Rückmeldungen, zur öffentlichen Kommentierung	gematik

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort.....	6
2 Einordnung des Dokuments.....	8
2.1 Motivation.....	8
2.2 Rechtsgrundlagen.....	8
2.3 Zielgruppe und Zielsetzung des Dokuments.....	9
2.4 Vorgehensweise.....	10
2.4.1 User Story und Anforderungen.....	10
2.5 Abgrenzung und Einordnung bzgl. E-Rezept für Arzneimittel.....	10
2.6 Bezeichnungen.....	11
2.7 Leistungsgewährungsprinzipien.....	15
3 Anforderungen aus Nutzersicht.....	20
3.1 Anforderungen der Versicherten.....	20
3.1.1 Rollen im Versorgungsprozess.....	20
3.1.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	21
3.1.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	21
3.2 Anforderungen der Arztpraxen.....	21
3.2.1 Rollen im Versorgungsprozess.....	21
3.2.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	22
3.2.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	22
3.3 Anforderungen der Krankenhäuser.....	23
3.3.1 Rollen im Versorgungsprozess.....	23
3.3.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	23
3.3.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	24
3.4 Anforderungen der ambulanten Pflegedienste.....	24
3.4.1 Rollen im Versorgungsprozess.....	24
3.4.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	24
3.4.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	25
3.5 Anforderungen der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung.....	25
3.5.1 Rolle eines Sachbearbeiters in einer gesetzlichen Krankenkasse oder Unfallversicherung.....	25
3.5.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	25
3.5.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	26
3.6 Anforderungen der privaten Versicherungsunternehmen und der Beihilfe	26
3.6.1 Rollen im Versorgungsprozess.....	26
3.6.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	26
3.6.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	27
4 Prämissen für die Ausgestaltung der elektronischen Verordnung HKP.....	28
4.1 Übergreifende Prämissen.....	28

4.2 Prämissen für Endnutzersysteme.....	29
4.3 Weitere Prämissen.....	30
5 Darstellung des fachlichen Soll-Prozesses.....	32
6 Anwendungsfälle.....	33
6.1 Verordnungsprozess.....	33
6.1.1 Erstellen von separaten Verordnungen.....	34
6.1.2 Verordnung im Entlassmanagement.....	35
6.1.3 Übersicht über alle verordneten Leistungen in der ePA.....	35
6.1.4 User Stories.....	36
6.2 Veränderter Leistungsumfang innerhalb des Verordnungszeitraums.....	37
6.3 Verordnungen löschen.....	37
6.3.1 Ärztliche Verordnung löschen.....	37
6.3.2 Blankoverordnung löschen.....	38
6.3.3 Angaben zur Leistungserbringung des PD löschen.....	38
6.3.4 Datensätze zur Korrekturanfrage löschen.....	39
6.3.5 User Stories.....	39
6.4 Sonderfälle der Kostenerstattung.....	39
6.5 Anwendungsfälle im Einlöseprozess.....	40
6.5.1 Verbindliche Einlösung bei einem Pflegedienst.....	40
6.5.1.1 Einlöseweg 1 - eGK/Gesundheits-ID via Pflegeprimärsystem & PoPP.....	41
6.5.1.2 Einlöseweg 2 - Frontend des Versicherten.....	42
6.5.1.3 Einlöseweg 3 - Patientenausdruck.....	42
6.5.1.4 Einlöseweg 4 - Stammpflegedienst auch ohne FdV einrichten.....	43
6.5.2 Unverbindliche Anfrage bei Pflegediensten via FdV.....	43
6.5.3 Beratung durch die Kostenträger.....	43
6.5.4 Einlösen als Vertreter.....	44
6.5.5 User Stories.....	45
6.6 Angaben des Pflegedienstes erfassen.....	47
6.6.1 Angaben zur Leistungserbringung des Pflegedienstes erfassen.....	47
6.6.2 Kompetenzerweiterung (Blankoverordnung).....	47
6.6.3 User Stories.....	48
6.7 Prozess zur Leistungsentscheidung / Kostenerstattungsanfrage.....	49
6.7.1 Für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Sachleistungsprinzip.....	49
6.7.2 Für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip.....	50
6.7.3 User Stories.....	51
6.8 Korrekturprozesse.....	53
6.8.1 Korrektur durch den verordnenden Arzt selbst.....	53
6.8.2 Korrekturanforderung durch den Pflegedienst.....	54
6.8.3 Korrekturanforderung durch den Kostenträger (Sachleistungsprinzip).....	54
6.8.4 Grundsätzliche Anforderungen, die an die Korrekturprozesse gestellt werden	55
6.8.5 Besonderheiten beim Kostenerstattungsprinzip.....	56
6.8.6 Benachrichtigungen über Änderungen innerhalb des Korrekturprozesses an verschiedene Akteure.....	56
6.8.7 User Stories.....	56
6.9 Unzuständigkeit der Krankenkasse (nur GKV und DGUV).....	59
6.9.1 User Stories.....	59
6.10 Leistungsnachweise.....	60
6.11 Leistungserbringerwechsel.....	60

6.12 Abrechnungsverfahren.....	61
6.12.1 Abrechnung von Verordnungen für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Sachleistungsprinzip.....	61
6.12.2 Abrechnung von Verordnungen für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip.....	61
7 Fachliches Statusmodell.....	62
7.1 Erläuterungen zum Statusmodell.....	63
7.1.1 Status 'initialisiert'.....	63
7.1.2 Status 'offen'.....	65
7.1.3 Status 'zugewiesen'.....	67
7.1.4 Status 'Antragsprüfung'.....	69
7.1.5 Status 'Korrekturanfrage'.....	71
7.1.6 Status 'zugewiesen (beschieden)'.....	73
7.1.7 Status 'abgeschlossen'.....	74
7.1.8 Status 'gelöscht'.....	75
8 Datensätze.....	76
9 Gültigkeiten und Löschregeln.....	83
10 Handlungsbedarf für den Gesetzgeber.....	84
11 Anhang A - Verzeichnisse.....	90
11.1 Abkürzungen.....	90
11.2 Abbildungsverzeichnis.....	92
11.3 Tabellenverzeichnis.....	92
11.4 Referenzierte Dokumente.....	93
11.4.1 Dokumente der gematik.....	93
11.4.2 Weitere Dokumente.....	93
12 Anhang.....	95
12.1 Fachlicher Soll-Prozess.....	95
12.2 Demonstratoren.....	96
12.3 MVP - Release 1.0.....	98
12.3.1 Beteiligte Akteure.....	98
12.3.2 Funktionen / Anwendungsfälle.....	99

1 Vorwort

Das vorliegende Fachkonzept beschreibt die Fachanwendung zur elektronischen Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP). Im Jahr 2024 machten Leistungen der HKP 3,39% der GKV-Ausgaben aus, insgesamt 9,48 Mrd. Euro ([\[GKV_SV-Kennzahlen\]](#)). Die Ausgaben sind insbesondere aufgrund demografischer Faktoren in den letzten Jahren stark gestiegen. Die effiziente Unterstützung von Versicherten in der Häuslichkeit gewinnt daher nicht zuletzt angesichts der limitierten Personalsituation in der Pflege zunehmend an Bedeutung. Beschäftigte ambulanter Pflegedienste (PD) nehmen im Kontext der HKP eine zentrale koordinierende Rolle zwischen Ärzten, Kostenträgern und Versicherten ein. Für die Pflegedienste sind daher effiziente Abläufe und Kommunikationsmöglichkeiten von besonderer Bedeutung. Insbesondere im Hinblick auf die administrativen Aufwände und Abstimmungswege rund um die Verordnungen von HKP-Leistungen kann die Digitalisierung einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Effizienz leisten. Anknüpfungspunkte zur elektronischen Patientenakte, zu den Anwendungen KIM und TI-Messenger ergänzen die Transformationsprozesse in der Pflege, unterstützen den intersektoralen Austausch und können für Pflegefachpersonen nützliche Werkzeuge darstellen.

Folgende Verbesserungen werden mit Einführung der elektronischen Verordnung häuslicher Krankenpflege beabsichtigt:

- Standardisierte Datensätze der (Blanko-)Verordnung, der Angaben des Pflegedienstes und der Leistungsentscheidung, der Leistungsnachweise und der Abrechnungsdaten ermöglichen in jedem Prozessschritt automatisierte Prüfungen auf formale Korrektheit und Vollständigkeit. Daraus folgt:
 - Bessere Möglichkeiten zur Automatisierung von Prozessen und schnellere Prozesszeiten
 - Ausschluss von Fehlerquellen durch automatisierbare Plausibilitätsprüfungen
 - Ausführlichere Angaben zu den verordneten Leistungen
 - Die Anzahl der Korrekturfälle und die damit verbundene Kommunikation zwischen den Akteuren werden gesenkt
- Der Verzicht auf die Antragsdaten des Versicherten in Papierform (oberer Teil der Rückseite des Muster 12) senkt bei Pflegediensten den Dokumentationsaufwand und das Handling von Papier.
- Folgeverordnungen sowie korrigierte Verordnungen können leichter auf Grundlage der vorhergehenden Verordnung erstellt und der Zusammenhang nachvollzogen werden. Korrekturvorschläge können erstellt und berücksichtigt werden.
- Die Verordnung auf dem bisherigen Formularvordruck entfällt, dadurch wird die persönliche oder postalische Übermittlung der Verordnung obsolet und der Austausch zwischen den Beteiligten wird beschleunigt.
- Eine Verordnungs-ID für jeden Vorgang kann entlang der gesamten Prozesskette der Leistung verwendet werden. Das erzeugt Klarheit im Dialog der Akteure und lässt Vorgänge einfacher automatisch zuordnen.
- Es wird mehr Transparenz geschaffen zu den einzelnen Vorgängen, denn für jeden eingebundenen Akteur ist der Status eines Vorgangs einsehbar.

Vor dem Lesen des vorliegenden Fachkonzeptes empfiehlt es sich entlang des Versorgungsprozesses vom Verordnen bis zur Leistungsentscheidung durch den Demonstrator zu klicken: [[Darstellung eines Happy Cases im TI-Demonstrator](#)].

2 Einordnung des Dokuments

2.1 Motivation

Das deutsche Gesundheitswesen hat mit der Einführung des E-Rezepts für Arzneimittel einen wichtigen Baustein erhalten, der nun die Grundlage für die Digitalisierung weiterer Verordnungen darstellt. Der Gesetzgeber hat die gematik in [[§ 312 Abs. 1 Nr. 12 SGB V](#)] damit beauftragt, die zur Übermittlung der Verordnung von häuslicher Krankenpflege erforderlichen Maßnahmen durchzuführen und dabei auch die Verfahren festzulegen, mit denen Versicherte diese Verordnungen, vor einer Inanspruchnahme der Leistungen, elektronisch ihrem Kostenträger (Krankenkasse) zur Bewilligung übermitteln können (vgl. [[§ 312 Abs. 7 SGB V](#)]).

In Deutschland gibt es über 5 Millionen Pflegebedürftige, von denen im Jahr 2023 [[nach Angaben des statistischen Bundesamts](#)] rund 19% durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden. Die Pflege wird von über 15.000 ambulanten Pflegediensten [[Quelle: Statistisches Bundesamt](#)] geleistet. Die Zahl der Pflegebedürftigen und damit verbunden auch die Kosten für deren Versorgung werden aufgrund des demografischen Wandels in den nächsten Jahren deutlich ansteigen.

Der derzeitige Prozess der Verordnung von häuslicher Krankenpflege basiert auf dem Muster 12, ist somit papiergebunden und geprägt von Medienbrüchen. Dies führt nicht nur zu administrativem Mehraufwand für alle Beteiligten – Ärzte, Pflegedienste, Kostenträger und Versicherte – sondern auch zu Verzögerungen in der Kommunikation und Belastung von begrenzt verfügbaren Fachkräften.

Durch die Digitalisierung dieses Prozesses soll die Effizienz gesteigert, Transparenz erhöht, Fehlerquellen minimiert und die zeitnahe Versorgung der Versicherten sichergestellt werden. Eine elektronische Verordnung ermöglicht eine direkte und schnelle Kommunikation zwischen den Beteiligten sowie eine effiziente und medienbruchfreie Leistungsentscheidung durch die Kostenträger.

2.2 Rechtsgrundlagen

Der Gesetzgeber hat die gematik (in [[§ 312 Abs. 1 Nr. 12 SGB V](#)]) damit beauftragt die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit vertragsärztliche elektronische Verordnungen von häuslicher Krankenpflege nach [[§ 37 SGB V](#)] elektronisch nach [[§ 360 Abs. 1 SGB V](#)] übermittelt werden können. Die gematik hat zudem die Verfahren festzulegen, mit denen Versicherte diese Verordnungen vor einer Inanspruchnahme der Leistungen, elektronisch ihrer Krankenkasse zur Bewilligung übermitteln können, soweit erforderlich (vgl. [[§ 312 Abs. 7 SGB V](#)]). Dieses Dokument beschreibt die fachlichen Grundlagen für die zukünftige Erstellung der elektronischen Verordnung für häusliche Krankenpflege, die Auswahl und Zuweisung an einen Pflegedienst sowie die Übermittlung an einen Kostenträger zwecks Antragstellung.

Weitere wesentliche Rechtsgrundlagen in diesem Zusammenhang zu denen die Festlegungen NICHT in diesem Dokument oder von der gematik definiert werden, sind u. a.:

- Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sind gemäß [[§ 86 SGB V](#)] beauftragt als Partner der Bundesmantelverträge "die notwendigen Regelungen für die Verwendung von

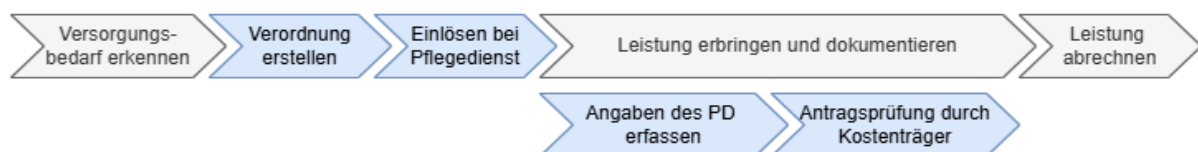
Verordnungen der sonstigen in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Leistungen auch in elektronischer Form zu vereinbaren". Das schließt die Verordnung der häuslichen Krankenpflege ein und adressiert u. a. die Verordnungsinhalte (FHIR-Profil), den Patientenausdruck sowie weitere vertragliche Regelungen bei der Verordnung der Leistung oder dem anzuwendenden Ersatzverfahren, sollte die Nutzung der elektronischen Verordnung nicht möglich sein.

- Die Leistungen und Rahmenbedingungen der häuslichen Krankenpflege sind in der "[[Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege](#)]" sowie in Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V und in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V geregelt.
- Die Regelungen zur Abrechnung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden gemäß [§ 302 SGB V](#) vom GKV-Spitzenverband festgelegt, sofern nicht in den "[[Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege](#)]" geregelt.
- Rechtsgrundlage für die gesetzliche Unfallversicherung bilden u.a. § 27 Abs. 1 Nr. 5 SGB VII und § 27a Abs. 2 SGB VII.

Ergänzung: Da der Patientenausdruck zusätzlich einen Zugangscode für die Beratung durch die Kassenkassen enthalten soll, beauftragen die Bundesmantelvertragspartner die gematik, die Zugriffsmöglichkeit für den Beratungsbedarf per Zugangscode zu entwickeln. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft zudem die Möglichkeit einer Regelung ohne Verwendung eines zusätzlichen Codes.

2.3 Zielgruppe und Zielsetzung des Dokuments

Dieses Dokument beschreibt, wie die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in Zukunft digital erfolgen soll und betrachtet hierbei den Verordnungs-, den Einlöse- und den Beantragungsprozess. Das Erkennen des Versorgungsbedarfs sowie das Abrechnen der Leistungen der HKP werden als Start und Abschluss des Prozesses teilweise mit in den Blick genommen, jedoch ohne in der technischen Spezifikation normative Vorgaben zu definieren. Sonderfälle, die vom Gesamtprozess abweichen, werden ebenfalls beschrieben.



☒ Anwendungsfall wird im Fachkonzept beschrieben

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

Abbildung 1: Gesamtprozess der elektronischen Verordnung häuslicher Krankenpflege (ohne Sonderfälle) und Abgrenzung der Inhalte des Fachkonzepts

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

Dieses Dokument beschreibt nicht die fachliche Konzeption für eine elektronische Verordnung außerklinischer Intensivpflege (AKI) gem. [[§ 37c SGB V](#)]. Der Auftrag der gematik gemäß [[§ 312 Abs. 1 Nr. 12 SGB V](#)] wird auf der [[Roadmap der gematik](#)] zu einem späteren Zeitpunkt eingeplant (voraussichtlich nicht vor 2028/2029).

2.4 Vorgehensweise

Das Dokument basiert auf einer fachlichen Konzeption, welche in Zusammenarbeit mit Pflegeverbänden und den Gesellschaftern der gematik erarbeitet wurde.

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

Es ist nicht Ziel des vorliegenden Fachkonzeptes die technische Architektur oder die Spezifikationen der elektronischen Verordnung häuslicher Krankenpflege zu erläutern, gleichwohl werden Annahmen an die technische Umsetzung getroffen. Sobald Konsens über die fachlichen Abläufe besteht, folgt die technische Konzeption und Spezifikation. Die Umsetzung durch die Industrie erfolgt nach Freigabe der Spezifikation. Sobald der Ende-zu-Ende-Prozess (Verordnung bis Leistungsentscheidung) digital in der Produktion genutzt werden kann, ist geplant, die elektronische Verordnung der häuslichen Krankenpflege in den Modellregionen der TI zu verproben. Der Abrechnungsprozess ist nicht Bestandteil dieses Konzeptes.

2.4.1 User Story und Anforderungen

User Stories

Eine User Story ist eine in Alltagssprache formulierte Software-Anforderung. Sie ist bewusst kurz gehalten und umfasst in der Regel nicht mehr als zwei Sätze. User Stories werden im Rahmen der agilen Softwareentwicklung zusammen mit Akzeptanztests zur Spezifikation von Anforderungen eingesetzt. [Wikipedia: User Story]

Aus diesem Grund kann in den User Stories eine abweichende Terminologie genutzt werden, welche für den Leser nachvollziehbar (bspw. Patient = Versicherter) ist.

Hinweise auf offene Punkte

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

Beispiel für einen offenen Punkt.

2.5 Abgrenzung und Einordnung bzgl. E-Rezept für Arzneimittel

Der E-Rezept Fachdienst verarbeitet aktuell E-Rezepte für Arzneimittel und elektronische Verordnungen Digitaler Gesundheitsanwendungen. Der E-Rezept Fachdienst soll für die Verordnung von häuslicher Krankenpflege weiterentwickelt werden, d. h. es werden neue unabhängige Workflows erstellt.

2.6 Bezeichnungen

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

Tabelle 1: Übersicht über vorwiegend verwendete Begriffe im Fachkonzept

Begriff	Abkürzun	Beschreibung
---------	----------	--------------

	g	
Ambulanter Pflegedienst	PD	Der ambulante Pflegedienst ist die Leistungserbringerinstitution für die Pflege.
Arztpraxis	-	Die Arztpraxis ist die Leistungserbringerinstitution für den Verordnenden. Die Arztpraxis wird synonym für die Arztpraxis und das Krankenhaus verwendet, sofern dies nicht ausdrücklich abgegrenzt und hervorgehoben wird.
Basistarif	-	Der Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) ist ein gesetzlich vorgeschriebener Tarif, der eine Grundversorgung im Krankheitsfall sicherstellt und sich am Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) orientiert.
Entlassmanagement	-	Krankenhausprozess zur Sicherstellung der Weiterversorgung inkl. HKP-Verordnung.
Fachdienst	FD	Der zentrale Dienst in der TI für die Speicherung der Datensätze eines Vorgangs wird Fachdienst genannt.
Frontend des Versicherten	FdV	Das Frontend des Versicherten ist eine Anwendung für den Versicherten, welche die für die Nutzung von Fachanwendungen notwendigen Funktionalitäten bündelt und dezentrale Fachlogik der Fachanwendung ausführt. Das FdV wird von der gematik und den in §360 Abs. 10 SGB V genannten Kostenträgern angeboten.
Gebührenpositionsnummer	GPOS	Gebührenpositionsnummer entsprechend dem Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe
Happy Case		Bezeichnung für idealen Beispielablauf im TI-Demonstrator.
Heilberufsausweis	HBA	Ausweis des (Zahn-)Arztes/Heilberufsangehörigen; erforderlich u. a. für QES.
Kostenerstattungsanfrage-Bundle (Kostenerstattungsprinzip)	-	Eine Vorabgenehmigung/Genehmigung an einen Kostenträger (Kostenerstattungsprinzip) erfolgt durch den Versicherten und dieser übergibt: 1. Verordnungsdatensatz 2. Blankoverordnungsdatensatz (optional) 3. Angaben des Pflegedienstes (Name, Adresse, IK und sofern vorhanden KIM-Adresse) - kein allgemein definierter Datensatz, sondern vom Kostenträger festzulegende Angaben über den Pflegedienst, z. B. aus dem Verzeichnisdienst übernommen
Kostenträger	KTR	Kostenträger sind im Kontext der TI die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, gesetzliche Unfallversicherungen sowie die sonstigen Kostenträger nach [§ 362 SGB V] . Unterscheidungen erfolgen hinsichtlich des Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzips siehe entsprechendes Kapitel.
Leistungserbringer	LE	Ein Leistungserbringer gehört zu einem zugriffsberechtigten Personenkreis und erbringt

		Leistungen des Gesundheitswesens für Versicherte. Nach [§ 339 SGB V] darf er auf Versichertendaten in Anwendungen der Telematikinfrastruktur zugreifen. Im Hinblick auf elektronische Verordnungen sind Zugriffsrechte nach [§ 339 Abs. 2 SGB V] in Verbindung mit [§ 361 SGB V] zu beachten.
Leistungserbringer-institution	LEI	Die in organisatorischen Einheiten oder juristischen Personen zusammengefassten Leistungserbringer (z. B. Arztpraxen, Krankenhäuser).
Mitarbeiter medizinischer Institution / Medizinischer Fachangestellter	MFA	Ein „Mitarbeiter medizinische Institution“ arbeitet in einer Institution zur medizinischen Versorgung (z. B. Arztpraxis, Krankenhaus) auf Weisung des verantwortlichen Vorgesetzten als berufsmäßiger Gehilfe des Leistungserbringers oder zur Vorbereitung auf den Beruf. Er kann auf die Daten zugreifen, soweit dies im Rahmen der von ihm zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist. Dazu muss er von einer Person autorisiert sein, die über einen HBA oder entsprechenden BA verfügt. Die Autorisierung und der Zugriff müssen nachprüfbar elektronisch protokolliert werden [§ 339 Abs. 5 Satz 1 SGB V] . Im Kontext der Verordnung häuslicher Krankenpflege werden insbesondere auch die Mitarbeiter des Sozialdienstes eines Krankenhauses (Patientenbetreuer) mit der Bezeichnung MFA (Medizinischer Fachangestellter) eingeschlossen.
Pflegedienstleitung / Pflegefachperson	PDL / PFP	Die Pflegedienstleitung (PDL) ist die fachliche Leitung des Pflegedienstes, übernimmt eine koordinierende Rolle und ist verantwortlich für die Überprüfung der Vollständigkeit und Korrektheit der pflegerischen Angaben auf den Verordnungen, die Kommunikation mit Ärzten und Kostenträgern sowie die Sicherstellung, dass alle gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben im Verantwortungsbereich der Pflege eingehalten werden. Pflegefachperson ist ein Mitarbeiter, der die Versorgung der Versicherten meist in der Häuslichkeit übernimmt. Beide werden in diesem Konzept unter dem Begriff Pflegefachperson zusammengefasst.
Primärsystem	PS	Ein IT-System, das bei einem Leistungserbringer eingesetzt wird – z. B. <ul style="list-style-type: none"> • eine Praxisverwaltungssoftware (PVS) • ein Krankenhausinformationssystem (KIS) • NEU: Kostenträgerverwaltungssystem (KTRVS) • NEU: Pflegeprimärsystem (PPS) Das PVS wird in diesem Dokument synonym für das KIS verwendet, sofern dies nicht explizit abgegrenzt und hervorgehoben wird.
Proof of Patient Presence	PoPP	Ein Nachweis über einen Versorgungskontext, der ein Zusammentreffen von Leistungserbringer und Versichertem bestätigt. Weitere Informationen dazu finden sich im [Technischen Konzept PoPP] .

Qualifizierte elektronische Signatur	QES	Signatur für vertragsärztliche Verordnungen am PVS in der TI.
Sachbearbeiter bei Kostenträger		Ein Sachbearbeiter beim Kostenträger prüft die Angaben eines Vorgangs (Sachleistungsprinzip) bzw. das Kostenerstattungsanfrage-Bundle (Kostenerstattungsprinzip) und entscheidet über (Teil-)Genehmigung/Ablehnung.
Verordnender / (Zahn-) Arzt		Zugelassener Leistungserbringer, der berechtigt ist, Verordnungen (und Überweisungen) auszustellen (z. B. Arzt oder Zahnarzt). Er ist approbierter Heilberufler und aufgrund seiner Mitgliedschaft in einer (Zahn-)Ärztekammer im Besitz eines HBA. Er ist befugt, vertragsärztliche Verordnungen am PVS zu erzeugen, mit einer QES zu versehen und diese in der TI bereitzustellen. Die hier zu berücksichtigenden (Zahn-)Ärzte sind immer einer LEI zuzuordnen (z. B. eigene Praxis, med. Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ, Krankenhaus).
Verordnung	VO	Signierter elektronischer Verordnungsdatensatz für die Verordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Es wird nicht die für elektronische Verschreibungen von Arzneimitteln gebräuchliche Bezeichnung E-Rezept genutzt.
Verordnung - Korrekturvorschlag	VO-k	Datensatz mit einem Vorschlag zur Anpassung des Inhalts einer ausgestellten Verordnung, der von einem Pflegedienst bzw. einem Kostenträger an eine Arztpraxis bzw. einen Pflegedienst übermittelt werden kann.
Verordnung - neue Version	VO-nV	Signierter elektronischer Verordnungsdatensatz in einer neuen Version, nachdem eine Korrektur durch den Arzt oder den PD vorgenommen wurde.
Versicherter		Ein Versicherter ist eine natürliche Person, die in einem Versicherungsverhältnis mit einem Kostenträger steht und eine KVNR besitzt. An einzelnen Stellen im Fachkonzept wird synonym der Begriff Patient verwendet (z. B. Patientenausdruck, Patientenakte), wenn dieser bereits etabliert ist.
Versichertennummer	KVNR	Kennzeichen eines Versicherten; erforderlich zur Zuordnung beim Kostenträger.
Vertreter		Ein Vertreter ist die Person, die für den Versicherten bestimmte Anwendungsfälle in Bezug auf die Verordnung von HKP durchführen kann. Voraussetzung hierfür ist der Besitz der Gesundheitskarte, eines FdVs bzw. des Ausdrucks zu einer HKP-Verordnung. Der Vertreter muss nicht in einem Versicherungsverhältnis mit dem gleichen Kostenträger stehen. Vom Vertreter im Sinne dieser Definition ist der gesetzliche Vertreter zu unterscheiden. Nur ein gesetzlicher Vertreter (z. B. Betreuer oder

		Sorgeberechtigter) kann die Vertretung im Verwaltungsverfahren mit dem Kostenträger übernehmen.
Verzeichnisdienst	VZD	Der Verzeichnisdienst ist ein zentraler Dienst der TI- Plattform. Er beinhaltet die Speicherung aller Einträge von Leistungserbringern und Institutionen mit allen definierten Attributen, die in das Verzeichnis aufgenommen werden sollen und die Fachdaten durch fachanwendungsspezifische Dienste. Anhand einer Suchanfrage können Clients und fachanwendungsspezifische Dienste Basis- und Fachdaten abfragen (z. B. X.509 Zertifikate). Ferner können Einträge des Verzeichnisses durch berechnigte fachanwendungsspezifische Dienste geändert, hinzugefügt und gelöscht werden. Der Verzeichnisdienst ist ein Produkttyp.
Vorgang	-	Ein Vorgang ist eine zeitlich abgegrenzte, zusammenhängende Folge von Handlungen und Anwendungsfällen rund um eine Verordnung der häuslichen Krankenpflege inkl. derer einzelnen Datensätze, Korrekturvorschläge und neuer Versionen. Die Verwendung des Begriffes 'Vorgang' ist erforderlich, um Ablauf, Prozessschritt und Status in Zusammenhang zu setzen. Der technische Begriff in der Spezifikation wird "Task am Fachdienst" sein.

*Hinweis: Für alle Rollenbezeichnungen bzw. Akteure wird die männliche Bezeichnung
verwendet. Diese umfasst gleichermaßen auch die weibliche sowie diverse Bezeichnung.*

2.7 Leistungsgewährungsprinzipien

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

Tabelle 2 : Übersicht Leistungsgewährungsprinzipien

Kostenträger	Leistungsgewährungsprinzip	Vertragssituation mit Pflegeeinrichtung
--------------	----------------------------	-----------------------------------------

Gesetzliche Krankenversicherung	<p>Sachleistungsprinzip ist der Normalfall. Abweichend vom Sachleistungsprinzip gibt es folgende Ausnahmen (siehe Kapitel 6.4 Sonderfälle der Kostenerstattung):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahl der Kostenerstattung [§ 13 Abs. 2 SGB V] • Kostenerstattung nach [§ 37 Abs. 4 SGB V] und • persönliches Budget 	<ul style="list-style-type: none"> • [§ 132a Abs. 1 SGB V] "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben[...]" • In den Rahmenempfehlungen sind nach [§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nummer 6 SGB V] Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen zu erfassen. Die [Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege] enthalten diese Empfehlungen in §2 "Empfehlungen zu Verordnungs- und Genehmigungsverfahren". • Es schließen nach [§ 132a Abs. 4 Satz 1 SGB V] "[...] die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Leistungserbringern."
---------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gesetzliche Unfallversicherung	<p>Sachleistungsprinzip ist der Normalfall, Kostenerstattung im Ausnahmefall siehe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kostenerstattung nach [§ 32 Abs. 3 SGB VII]https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/_32.html 	<ul style="list-style-type: none"> Die häusliche Krankenpflege ist Teil der Heilbehandlung [§ 27 Abs. 1 Nr. 5 SGB VII] und wird grundsätzlich als Sachleistung erbracht. Bei einer häuslichen Krankenpflege durch eine Pflegefachperson sind die Aufwendungen im Allgemeinen bis zur Höhe der vertraglichen Vereinbarungen nach [§ 132a Abs. 4 SGB V] der gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmen. Ausnahmefall für Kostenerstattung: Sofern eine Pflegefachperson nicht gestellt werden kann oder wenn ein Grund vorliegt, von der Bereitstellung abzusehen, hat der Unfallversicherungsträger die Kosten für eine selbst beschaffte geeignete Pflegefachperson in angemessener Höhe zu erstatten. (Siehe auch [Gemeinsame Richtlinien] der Verbände der Unfallversicherungsträger über häusliche Krankenpflege.) Für Personen, die eine Wehrdienstbeschädigung erlitten haben oder deren Angehörige und Hinterbliebene ist [§16 Satz 1 Nr. 7 Soldatenentschädigungsgesetz (SEG)] zu beachten.
Private Krankenversicherung	Kostenerstattungsprinzip	<ul style="list-style-type: none"> Es besteht keine Vertragsbeziehung zwischen Privaten Krankenversicherungen und Leistungserbringern der ambulanten Pflege. Vertragspartner der ambulanten Pflegedienste sind die Privatversicherten selbst, d.h. Privatversicherten beauftragen den Pflegedienst, erhalten Rechnungen für erbrachte Leistungen vom Pflegedienst und wenden sich zwecks Kostenerstattung an den eigenen Kostenträger. Maßgeblich für die Kostenerstattung ist der individuelle Vertrag des Versicherten mit dem Kostenträger.

Beihilfe	Kostenerstattungsprinzip	<ul style="list-style-type: none"> • Siehe Private Krankenversicherung. • Maßgeblich für die Kostenerstattung ist der festgelegte Leistungsumfang für Gesundheitsleistungen des Beamten im Verhältnis zu dessen privater Krankenversicherung.
Sonstige Kostenträger: Bundespolizei	Sachleistungsprinzip	<p>Verwaltungsvorschrift zur Bundespolizei Heilfürsorgeverordnung[]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kapitel 2: Das Sachleistungsprinzip ist festgeschrieben in Anlehnung an die Gesetzliche Krankenversicherung. Der Heilfürsorgeberechtigte wird medizinisch versorgt ohne dafür in Vorleistung gegenüber den Leistungserbringern zu treten. Eine Kostenerstattung ist nur im Rahmen der BPolHfV in Verbindung mit dieser Verwaltungsvorschrift möglich. • Kapitel 4.2: Bei der Gewährung von häuslicher Krankenpflege ist zu beachten, dass durch die Heilfürsorge aufgrund fehlender Satzung analog zu § 37 Absatz 2 Satz 4 SGB V zusätzlich zur Behandlungspflege nach § 37 Absatz 1 Satz 1 SGB V als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemäß den Vorgaben des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) oder einer der Mitgliedskassen, erbracht werden können; Dauer und Umfang richten sich ebenfalls danach. Die kassenärztliche Verordnung ist zur Genehmigung [... vorab ...] einzureichen

Ausblick Sonstige Kostenträger	<p>Die Festlegung erfolgt im Einzelfall mit dem jeweiligen Kostenträger, sobald ein weiterer Sonstiger Kostenträger sich der Telematikinfrastruktur bzw. insbesondere der Anwendung E-Rezept/Verordnung häusliche Krankenpflege anschließt. Es ist davon auszugehen, dass das Leistungsprinzip dem Sachleistungsprinzip oder Kostenerstattungsprinzip zuzuordnen sein wird.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Die Festlegung wird im Einzelfall vom jeweiligen Kostenträger bestimmt• Weitere noch nicht in dieser Tabelle genannte Sonstige Kostenträger sind in [§362 SGB V] aufgeführt.
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3 Anforderungen aus Nutzersicht

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

- Versicherte
- Arztpraxis
- Krankenhaus
- ambulanter Pflegedienst
- gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung
- private Krankenversicherung und Beihilfe

3.1 Anforderungen der Versicherten

3.1.1 Rollen im Versorgungsprozess

Gesetzlich Versicherte (einschließlich gesetzlich Unfallversicherte)

Der Versicherte erhält zunächst eine Verordnung und wählt dann einen ambulanten Pflegedienst, welcher die verordneten Leistungen erbringen soll. Dabei kann er von unterschiedlichen Stellen Hilfe erhalten (z. B. Arztpraxis, Kostenträger, Beratungsstellen, etc.), um einen Pflegedienst zu finden, der die benötigten Qualifikationen erfüllt. Bevor der Antrag beim Kostenträger (Sachleistungsprinzip) zur Leistungsentscheidung eingereicht wird, unterschreibt der Versicherte den Antrag und bestätigt, dass keine Person im Haushalt lebt, welche die verordneten Leistungen übernehmen kann. Nach der Leistungsentscheidung wird der Versicherte über die Entscheidung vom Kostenträger informiert und leistet (sofern nicht befreit) nach erbrachter Leistung eine Zuzahlung und eine Verordnungsblattgebühr. Zur Abrechnung der erbrachten Leistungen durch den Pflegedienst muss der Versicherte einen Leistungsnachweis meist einmal im Monat unterschreiben.

Privatversicherte

Der Versicherte erhält zunächst eine Verordnung und wählt dann einen ambulanten Pflegedienst, der die verordneten Leistungen erbringen soll. Dabei kann er von unterschiedlichen Stellen Hilfe erhalten (z. B. Arztpraxis, Krankenversicherung, Beratungsstellen, etc.). Der Privatversicherte erhält meist das Muster 12, auch wenn dies nicht zwingend von den Versicherungen verlangt wird. Der Versicherte kann oder muss die Verordnung bzw. den Antrag zur Verordnung unterschreiben (je nach Tarif kann/muss) und bei der Versicherung für eine Vorabprüfung einreichen. Falls der Versicherte bereits einen Pflegedienst ausgewählt hat und von diesem einen Kostenvoranschlag erhält, so kann (oder je nach Tarif, muss) dieser ebenfalls zur Prüfung eingereicht werden. Falls Rückfragen bestehen oder Korrekturbedarfe seitens der Versicherung festgestellt werden, muss der Versicherte diese mit dem Arzt oder dem

Pflegedienst klären. Nachdem die Leistung erbracht wurde, unterschreibt der Versicherte einen Leistungsnachweis und erhält eine Rechnung. Diese Rechnung, eine Kopie des Leistungsnachweises und die Verordnung reicht der Versicherte bei seiner Krankenversicherung ein. Nach der Prüfung erhält der Versicherte eine Kostenerstattung. Ebenso wird die Rechnung vom Pflegedienst durch den Versicherten beglichen.

Vertreter

Da der Versicherte häufig aufgrund seiner Erkrankungen nicht in der Lage ist die Aufgaben zu übernehmen, kann jede der oben beschriebenen Aktionen der Versicherten auch durch einen gesetzlichen Vertreter übernommen werden. Im Krankenhaus kommt es regelmäßig vor, dass Ehepartner im Rahmen der Ehegatten-Notvertretung als Vertreter des Patienten handeln.

3.1.2 Hemmnisse im heutigen Prozess

Unklarheit über Bearbeitungsstand: Versicherte haben keinen klaren Einblick in den Status ihrer Verordnung, was zu Verunsicherungen und zusätzlichen Rückfragen führt.

Unterschrift des Versicherten oder Vertreters: Der Antrag muss vom Versicherten oder einem Vertreter unterschrieben werden. Wenn der Vertreter nicht im gleichen Haushalt wohnt, müssen die Verordnungen per Post zwischen Vertreter und Pflegedienst ausgetauscht werden oder der Vertreter muss zur Unterschrift in die Häuslichkeit des Versicherten fahren.

Langsamer Postversand von Verordnung und Entscheidungsschreiben erzeugen Zeitverzögerungen, was zu Unsicherheiten und (bei Versicherten eines KTR mit Kostenerstattungsprinzip) zu langen Wartezeiten auf Erstattungen führt.

3.1.3 Anforderungen an den digitalen Prozess

Versicherte möchten auch bei einer digitalen Verordnung die freie Wahl des ambulanten Pflegedienstes haben. Gleichzeitig möchten Versicherte bei der Einlösung und Leistungsentscheidung möglichst wenig manuelle Schritte durchführen müssen. Da die betroffenen Versicherten häufig weniger digital affin sind, müssen der Einlöseprozess und der Prozess zur Leistungsentscheidung vollständig ohne digitale Anwendungen für den Versicherten möglich sein. Für Vertreter könnten digitale Tools eine Erleichterung darstellen, sofern diese niederschwellig und einfach zu benutzen sind. Wichtig ist den Versicherten, dass der Schutz ihrer persönlichen Daten gewährleistet sein muss, während gleichzeitig alle relevanten Informationen für die Beteiligten zugänglich sein sollen. Privatversicherte möchten darüber hinaus alle erstattungsrelevanten Dokumente gebündelt digital abrufen und einreichen können. Manuelle Schritte wie das Abfotografieren oder Scannen sollen dabei entfallen.

3.2 Anforderungen der Arztpraxen

3.2.1 Rollen im Versorgungsprozess

Ärzte übernehmen eine zentrale Rolle bei der Verordnung von häuslicher Krankenpflege, indem sie auf Basis der Diagnosen des Versicherten und Einschränkungen, die HKP erforderlich machen, die medizinische Notwendigkeit für Leistungen der HKP feststellen. Hierzu müssen sie sich persönlich vom Zustand des Versicherten überzeugen oder diesen aus der laufenden Behandlung kennen. Die Verordnung wird von ihnen erstellt und unterschrieben, wobei sie die erforderlichen Maßnahmen der HKP und deren Dauer gemäß den Richtlinien selbst festlegen oder, im Falle einer Blankoverordnung, die

Festlegung von Dauer und Häufigkeit einer Maßnahme an eine dementsprechend qualifizierte Pflegefachperson eines Pflegedienstes übergeben. Zudem koordinieren Ärzte Abstimmungen mit dementsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen eines Pflegedienstes, um die Umsetzung der Verordnung sicherzustellen. Sie stehen für Rückfragen zur Verfügung und nehmen bei Bedarf Anpassungen vor, sofern medizinisch erforderlich. Darüber hinaus betrachten sie den Gesundheitszustand im Verlauf der Versorgung und passen die Verordnung an, wenn sich die Bedürfnisse des Versicherten ändern.

Mitarbeiter in der Arztpraxis (z. B. MFAs) unterstützen bei der Vorbereitung von Erst- und Folgeverordnungen. Sie organisieren die administrativen Abläufe in der Praxis und koordinieren die Kommunikation zwischen der Arztpraxis, den Pflegediensten und etwaige medizinische Rückfragen der Kostenträger, um sicherzustellen, dass alle Beteiligten die notwendigen Informationen erhalten. Zudem sind Mitarbeiter in der Arztpraxis oft erste Ansprechpartner für Versicherte und deren Angehörige und klären Fragen zur Verordnung.

3.2.2 Hemmnisse im heutigen Prozess

Hoher Administrativer Aufwand: Für Ärzte und MFAs ist der administrative Aufwand erheblich. Das aktuelle Verordnungsformular (Muster 12) bietet oft nicht genügend Platz für detaillierte Informationen, zum Beispiel für Wundbeschreibungen, Informationen zur Medikamentengabe und Diagnosen. Weiterhin ist der manuelle Aufwand zur Übertragung von Informationen aus der Patientendokumentation im Praxisverwaltungssystem in die Verordnung hoch. Die Kommunikation mit Pflegediensten und Kostenträger erfolgt häufig über Telefon oder Fax, was zeitaufwendig ist und zu Verzögerungen führen kann. Die Nutzung eines papierbasierten Formulars verlangsamt die Kommunikation zudem erheblich.

Belastung durch Folgeverordnungen: Die Notwendigkeit, regelmäßig Folgeverordnungen auszustellen, selbst bei chronischen Erkrankungen, belastet den Praxisalltag zusätzlich. Die Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnungen ist oft schwierig, insbesondere wenn Informationen aus dem Krankenhaus nicht rechtzeitig übermittelt werden.

Unterstützung bei der Pflegedienstsuche: MFAs sind oft damit beschäftigt, Versicherten und Vertreter bei der Suche nach einem geeigneten Pflegedienst zu unterstützen, was viel Zeit in Anspruch nimmt.

3.2.3 Anforderungen an den digitalen Prozess

Ärzte wünschen sich einen benutzerfreundlichen und effizienten Prozess zur elektronischen Verordnung von häuslicher Krankenpflege, der den administrativen Aufwand sowie Korrekturfälle reduziert. Eine intuitive Benutzeroberfläche und eine gute Integration in das Praxisverwaltungssystem sollten das Ausfüllen der Verordnung erleichtern und manuelle Überträge von bereits erfassten Informationen (z. B. Patientenstammdaten, Diagnosen oder Leistungen aus vorherigen Verordnungen) unnötig machen. Automatische Überprüfungen auf Vollständigkeit, Plausibilität und Verordnungsfähigkeit sollen Rückfragen reduzieren. Zudem ist eine digitale und direkte Kommunikation mit Pflegediensten und Kostenträgern wichtig, um Rückfragen schnell klären und Anpassungen effizient vornehmen zu können.

Da unterschiedliche Mitarbeiter der Arztpraxis administrative Prozesse vorbereiten und Anfragen für neue Verordnungen über diverse Kanäle aufnehmen, sollten elektronische Verordnungen von diesen Mitarbeitern vorbereitet werden können. Auch automatisierte Erinnerungen für Folgeverordnungen sowie strukturierte Anfragen zur Notwendigkeit für

Folgeverordnungen durch den Pflegedienst würden den Arbeitsablauf erheblich verbessern.

3.3 Anforderungen der Krankenhäuser

3.3.1 Rollen im Versorgungsprozess

In einem Krankenhaus spielt die Verordnung von häuslicher Krankenpflege im Rahmen des Entlassmanagements eine entscheidende Rolle. Häufig müssen Versicherte nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus weiterhin medizinisch pflegerisch versorgt werden, was die Ausstellung von HKP-Verordnungen erforderlich macht. Mitarbeitende (z. B. Sozialpädagogen) in Sozialdiensten der Krankenhäuser unterstützen die Krankenhausärzte bei der Vorbereitung von Verordnungen. Sie wählen in Absprache mit dem Versicherten einen Pflegedienst aus, der die Versorgung übernehmen kann und koordinieren die Kommunikation mit den Pflegediensten und den Kostenträgern. Zudem sind Sozialdienste oft der erste Ansprechpartner für Versicherte und deren Angehörige und klären Fragen zur Verordnung. Der Prozess umfasst die Abstimmung mit Pflegediensten und die Sicherstellung, dass alle notwendigen Informationen, wie ICD-Codes und Medikationspläne, korrekt erfasst und bei Entlassung zur Verfügung gestellt werden. Nach der Vorbereitung der Verordnung durch den Sozialdienst, wird die Verordnung durch den Krankenhausarzt geprüft und freigegeben. Häufig werden die Inhalte der Verordnung bereits vor der Entlassung dem Pflegedienst (z. B. telefonisch mitgeteilt oder Entlassmanagement-Plattform) zur Verfügung gestellt. Die Originalverordnung erhält der Versicherte bei Entlassung.

3.3.2 Hemmnisse im heutigen Prozess

Begrenzter Platz auf Papierformular: Der Platz auf dem Formular ist begrenzt und reicht häufig bei längeren Begründungen oder einer Vielzahl an benötigten Leistungen nicht aus. Aus diesem Grund müssen häufig mehrere Verordnungsformulare für einen Versicherten verwendet werden oder Texte händisch auf dem Formular in kleiner Schrift ergänzt werden.

Hoher Zeitaufwand für Korrekturen: Ein wesentliches Hemmnis ist der erhebliche Zeitaufwand, der durch notwendige Korrekturen von HKP-Verordnungen entsteht. Wenn Fehler in den Verordnungen entdeckt werden, müssen diese oft storniert und neu angelegt werden, was den Prozess verlangsamt und zusätzliche Arbeit verursacht. Häufig sind in Ablehnungsschreiben von Kostenträgern die Gründe für die Ablehnung nicht ersichtlich, was eine Korrektur erschwert.

Arbeitsabläufe im Krankenhaus: Die Verordnungen werden häufig durch den Sozialdienst inhaltlich vorbereitet und im Anschluss durch den Facharzt der Station unterschrieben. In der Papierwelt ist diese Arbeitsteilung sehr aufwendig; Papier muss zwischen Krankenhausstandorten hin und her gefahren werden, wenn es z. B. kurzfristige Änderungen z. B. beim Entlassdatum gibt. Insbesondere steht der Prozess im Entlassmanagement unter einem hohen Zeitdruck, da, anders als im niedergelassenen Bereich, die Entlassung oft eine sehr schnelle Lösung verlangt und andernfalls leistungsrechtliche Komplikationen drohen.

Medienbrüche verursachen in der externen Kommunikation einen hohen Aufwand. Oft müssen telefonische Absprachen und schriftliche Genehmigungen parallel erfolgen. Unter anderem muss der Hausarzt im Nachgang auf dem Schriftwege informiert werden.

3.3.3 Anforderungen an den digitalen Prozess

Krankenhausärzte und Mitarbeiter in Sozialdiensten von Krankenhäusern wünschen sich einen benutzerfreundlichen und effizienten Prozess zur elektronischen Verordnung von häuslicher Krankenpflege, der den administrativen Aufwand sowie Korrekturfälle reduziert. Eine intuitive Benutzeroberfläche und eine gute Integration in das Krankenhausinformationssystem bzw. Entlassmanagement-Software sollten das Ausfüllen der Verordnung erleichtern und manuelle Überträge von bereits erfassten Informationen (z. B. Patientenstammdaten, Diagnosen oder Leistungen aus vorherigen Verordnungen) verhindern. Automatische Überprüfungen auf Vollständigkeit und Plausibilität sollen Rückfragen reduzieren. Mitarbeiter in Sozialdiensten sollten die Inhalte der Verordnungen im Krankenhausinformationssystem bzw. in der Entlassmanagement-Software vorbereiten können und den Krankenhausärzten zur Signatur vorlegen können. Zudem ist eine digitale und direkte Kommunikation mit Pflegediensten und Kostenträgern wichtig, um Rückfragen schnell klären und Anpassungen effizient vornehmen zu können.

3.4 Anforderungen der ambulanten Pflegedienste

3.4.1 Rollen im Versorgungsprozess

Pflegefachperson

Pflegefachpersonen sind verantwortlich für die Durchführung der verordneten Maßnahmen und können, im Rahmen der erweiterten Versorgungsverantwortung, selbstständig über die Häufigkeit und Dauer bestimmter Maßnahmen entscheiden, sofern dies nicht schon explizit auf der ärztlichen Verordnung festgelegt ist. Diese Verantwortung erfordert eine enge Abstimmung mit den verordnenden Ärzten.

Pflegedienstleitung

Die Pflegedienstleitung (PDL) übernimmt eine koordinierende Rolle. Dazu gehört die Überprüfung der Vollständigkeit und Korrektheit der pflegerischen Angaben auf den Verordnungen, die Kommunikation mit Ärzten und Kostenträgern sowie die Sicherstellung, dass alle gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben im Verantwortungsbereich der Pflege eingehalten werden.

3.4.2 Hemmnisse im heutigen Prozess

Fehlerhafte und unvollständige Verordnungen: Pflegedienste sehen häufig Anpassungsbedarf bei Verordnungen aus Krankenhäusern oder Arztpraxen. Korrekturschleifen führen zu Verzögerungen und zusätzlichem administrativen Aufwand.

Unklarheit über Bearbeitungsstand im Prozess zur Leistungsentscheidung: Es fehlt an Transparenz beim Status der Entscheidungsprozess und ggf. zu den Ablehnungsgründen. Dies führt zu Unsicherheiten und erhöhtem Kommunikationsaufwand.

Kurze Verordnungszeiträume: Auch bei chronisch erkrankten Versicherten müssen aufgrund der gesetzlichen Vorgaben regelmäßig neue Verordnungen ausgestellt werden. Aus Sicht der Pflege werden die maximal möglichen Verordnungszeiträume nicht genutzt. Die Erinnerung an Folgeverordnungen erhöht den administrativen Aufwand.

3.4.3 Anforderungen an den digitalen Prozess

Die Pflege erhofft sich durch die elektronische Verordnung, dass administrative Aufwände reduziert werden, indem Korrekturschleifen und manuelle Eingaben minimiert werden.

Hierfür ist die Prüfung der Verordnung bereits in der Arztpraxis auf Vollständigkeit und Plausibilität (gemäß der HKP-RL) notwendig. Weiterhin ist es der Pflege wichtig, dass der gesamte Verordnungs- und Einlöseprozess ohne Medienbruch (z. B. beim Einholen der Unterschrift des Versicherten) stattfinden kann, sodass weder Gesundheitskarten noch Papiere zwischen den Akteuren hin und her transportiert werden müssen. Auch eine nahtlose und benutzerfreundliche Integration in bestehende Pflegeprimärsysteme ist notwendig, um den Arbeitsablauf zu optimieren und die Effizienz zu steigern. Damit die Versorgung der Versicherten durchgehend sichergestellt wird, sollten Folgeverordnungen immer rechtzeitig durch den Arzt ausgestellt werden (was z. B. durch eine Erinnerungsfunktion in der Arztpraxis erreicht werden könnte). Weiterhin wünscht sich die Pflege Transparenz im Entscheidungsprozess, damit der Status der Entscheidung bzw. die Ablehnungsgründe jederzeit einsehbar sind und Unsicherheiten vermieden werden.

3.5 Anforderungen der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung

3.5.1 Rolle eines Sachbearbeiters in einer gesetzlichen Krankenkasse oder Unfallversicherung

Bevor eine Verordnung in der Krankenkasse oder Unfallversicherung geprüft wird, wird sie eingescannt und digitalisiert. Einige Krankenkassen und Unfallversicherungen nutzen bereits (teil-)automatische Prozesse zur Dunkelverarbeitung. Dennoch übernehmen Sachbearbeiter oft die Leistungsentscheidung für häusliche Krankenpflege. Ihre Aufgabe ist es, die Verordnungen und Antragsdaten auf Vollständigkeit und Korrektheit zu überprüfen und sicherzustellen, dass sie den Richtlinien und Verträgen entsprechen. Bei Bedarf klären sie Rückfragen mit Ärzten, Pflegediensten, Versicherten, deren Angehörigen oder dem Medizinischen Dienst. Nach der Prüfung informieren sie alle Beteiligten über die Entscheidung, ob die Verordnung genehmigt, abgelehnt oder teilweise genehmigt wird. Die Mitarbeiter der Krankenkasse unterstützen ihre Versicherten auch bei der Suche nach einem geeigneten Pflegedienst.

3.5.2 Hemmnisse im heutigen Prozess

Fehlerhafte und unvollständige Verordnungen: Häufig sind Verordnungen nicht korrekt ausgefüllt oder es fehlen wichtige Angaben wie Stempel, Unterschriften oder das Ausstellungsdatum.

Hoher administrativer Aufwand: Der manuelle Aufwand zur Korrektur und Nachbearbeitung von Verordnungen ist erheblich. Dies wird durch die Notwendigkeit, nachträglicher händischer Unterschriften des Arztes verstärkt. Die Bearbeitung kann sich abhängig von Kommunikationswegen und Versandzeiten verzögern.

Intransparente Bearbeitungsprozesse: Versicherte und Leistungserbringer haben oft keinen Einblick in den Bearbeitungsstatus der Verordnungen, was zu Unsicherheiten und zusätzlichen Rückfragen führt.

3.5.3 Anforderungen an den digitalen Prozess

Krankenkassen und Unfallversicherungen wünschen sich einen vollelektronischen Prozess, bei dem die Digitalisierung durch Scannen der papierbasierten Verordnung entfällt. Um die Prüfung effizient zu gestalten, sollte der Abruf der Verordnung durch die Krankenkasse oder Unfallversicherung oder von ihnen beauftragte Partner erfolgen und in die Systeme integriert werden. Eine standardisierte Prüfung der Verordnung auf Basis der HKP-Richtlinie beim Verordnenden und der Verträge beim Pflegedienst würde

unvollständige oder fehlerhafte Verordnungen und somit aufwendige Korrekturschleifen reduzieren. Sollten dennoch Rückfragen notwendig sein, sollte ein einheitlicher digitaler Kommunikationsweg mit Ärzten und Pflegediensten genutzt werden. Eine transparente Statusanzeige für alle Beteiligten wäre hilfreich, um unnötige Rückfragen zu minimieren.

Die gesetzliche Unfallversicherung legt Wert auf die Angabe des Unfalldates in der Verordnung. Bei Angabe von Arbeitsunfall oder Berufskrankheit in der Verordnung sind die Limitationen der G-BA-Richtlinie nicht zu berücksichtigen, da diese nicht für die gesetzliche Unfallversicherung gelten.

3.6 Anforderungen der privaten Versicherungsunternehmen und der Beihilfe

3.6.1 Rollen im Versorgungsprozess

Versicherte haben die Möglichkeit, die Verordnung vorab bei ihrer Versicherung einzureichen, um zu klären, ob und welche Kosten übernommen werden. Die Versicherungen bieten Unterstützung bei der Erstattung und der Beschaffung der Leistungen. Die Versicherungen archivieren die geprüfte Verordnung in der entsprechenden Versichertenakte und informieren den Versicherungsnehmer über das Ergebnis der Prüfung per Post/Versicherten-App. Der Prozess ist jedoch nicht standardisiert und kann je nach Vertrag variieren.

Entfällt die Vorabprüfung, prüfen die Krankenversicherungen die Verordnung auf Notwendigkeit und Umfang der verordneten Leistung auf Basis des Vertrages mit dem Versicherungsnehmer, wenn dieser die Verordnung zusammen mit einer Rechnung, Leistungsnachweisen und ggf. weiterführenden Unterlagen einreicht. Hierfür digitalisieren die Versicherungen bereits die eingereichten Unterlagen (Scan) und prüfen die Verordnung manuell. Nach abgeschlossener Prüfung erhält der Versicherungsnehmer die Information, ob die Kosten (teilweise) erstattet werden (per Post/Versicherten-App). Werden bei der Prüfung Fehler auf den eingereichten Unterlagen bemerkt, wird der Versicherungsnehmer informiert und um Korrektur gebeten.

3.6.2 Hemmnisse im heutigen Prozess

Fehlerhafte und unvollständige Verordnungen: Oft sind die Verordnungen, insbesondere Erstverordnungen aus Krankenhäusern, fehlerhaft oder unvollständig. Dies führt zu einem hohen Korrekturaufwand und Verzögerungen, denn es darf nur mit bzw. über den Versicherungsnehmer kommuniziert werden.

Intransparente Preisgestaltung: Aktuell basieren die vom Pflegedienst angesetzten Preise der Leistungen auf dem Basistarif, individuell festgelegten Preisen des Pflegedienstes oder auf den GKV-Vergütungsvereinbarungen. Auf den Rechnungen selbst ist meist nicht erkennbar, welche Preisbasis zu Grunde liegt. Ist eine Abweichung zu durchschnittlichen Preisen erkennbar, wird der Versicherte aufgefordert die Vergütungsvereinbarung/Preisliste bei seinem Pflegedienst anzufragen. Das Versicherungsunternehmen selbst erhält auf Anfrage beim Pflegedienst meist keine Information, da ein Vertragsverhältnis ausschließlich zwischen Pflegedienst und Versichertem besteht.

Komplexe Prüfprozesse durch unterschiedliche Formate und Anforderungen an eingereichte Dokumente: Die unterschiedlichen eingereichten Dokumente wie Verordnung, Rechnung und Leistungsnachweise müssen in Abhängigkeit zueinander auf Richtigkeit und Plausibilität geprüft werden. Wird bspw. eine Leistungsgruppe abgerechnet, kann nur mithilfe des Leistungsnachweises geprüft werden, welche Einzelleistung tatsächlich erbracht wurde und ob diese auch verordnet wurde. Aufgrund

dieser komplexen Abhängigkeit, fehlender standardisierter sowie strukturierter Daten, ist eine automatisierte Bearbeitung derzeit nicht möglich.

3.6.3 Anforderungen an den digitalen Prozess

Private Versicherungsunternehmen streben eine Vereinheitlichung der Prozesse und Dunkelverarbeitung der Verordnungen, zugehöriger Rechnungen und Leistungsnachweise an, um die Bearbeitung effizienter zu gestalten. Eine zentrale Anforderung ist die Möglichkeit, dass Verordnungen und Abrechnungen strukturiert und digital erfasst werden können, um den administrativen Aufwand zu reduzieren. Um diesen Prozess zu vereinfachen und zu beschleunigen, wäre es vorteilhaft, die Vergütungsvereinbarungen strukturiert und zentral abzulegen. Zudem wäre es wünschenswert, wenn Rechnungen und zugehörige Leistungsnachweise zusammengeführt und standardisiert werden, sodass der Prüfungsprozess vereinfacht wird. Eine alternative Möglichkeit wäre, dass der passende Datensatz automatisch mit der Abrechnung übermittelt wird.

Die Harmonisierung von elektronischer Verordnung und digitaler Patientenrechnung ist als ganzheitliches Konzept zu betrachten und erfordert ein übergreifendes Fachkonzept. Für alle Verordnungstypen, einschließlich Arzneimittel, ist eine nahtlose Verbindung zwischen Verordnung und anschließender Abrechnung anzustreben, um eine optimale Nutzererfahrung zu gewährleisten. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind umfassende Vertretungsmöglichkeiten. Besonders im Bereich der HKP benötigen Angehörige die Möglichkeit, Verordnungen im Namen der Versicherten einzulösen und die entsprechenden Abrechnungen zu erhalten und einzureichen.

4 Prämissen für die Ausgestaltung der elektronischen Verordnung HKP

Im Rahmen der gemeinsamen Ausarbeitung dieses Fachkonzeptes mit Vertretern der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, der privaten Krankenversicherung, sonstigen Kostenträgern, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Verbänden der Pflege wurden Prämissen diskutiert, welche grundsätzlichen Charakter für die Ausgestaltung der Anwendung haben sollen. Diese Prämissen werden im Folgenden genannt.

4.1 Übergreifende Prämissen

P1.1 Eindeutige ID: Die elektronische Verordnung, die zu übermittelnden Daten der Pflege und die Entscheidung der Kostenträger lassen sich jeweils einer eindeutigen ID zuordnen. Die Statusinformationen zu dieser ID sind für alle Akteure (Arzt, ausgewählter Pflegedienst, Kostenträger im Sachleistungsprinzip, Versicherter) transparent. Diese ID wird

1. je Verordnung neu vergeben werden
2. als Referenz für Rückfragen und Anfragen in Bezug auf die Verordnung verwendet werden
3. einen Rahmen um die verordneten Leistungen darstellen. Um folgende Leistungen wird (durch das PVS automatisiert) ein Rahmen gesetzt:
 - Psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP - Behandlungspflege Ziffer 27a)
 - Chronische und schwer heilende Wunden (Behandlungspflege Ziffer 31a)
 - Somatische häusliche Krankenpflege
 - Versorgungsort: Sofern der Versorgungsort auseinanderliegt (Schule, Haushalt) und mehrere Leistungserbringer erforderlich sind, sind grundsätzlich mehrere Verordnungen auszustellen.
 - Im Fall einer Korrektur wird immer die ursprüngliche Verordnung einsehbar bleiben, neben der korrigierten aktuellsten Version der Verordnung.

P1.2 Eindeutige Kennung je Leistung. Jede Leistungsposition wird einzeln verordnet und genehmigt:

1. Die Angaben des PD müssen nicht alle Leistungsdaten der ärztlichen Verordnung enthalten, d.h. es können auch nur Teile der Leistungspositionen vom Pflegedienst beantragt werden. Je Verordnung kann es nur einen Antrag geben. Bei einer Entscheidung kann auch weiterhin differenziert werden. Die ärztliche Verordnung wird immer vollständig inkl. aller Maßnahmen betrachtet.
2. Der Kostenträger im Sachleistungsprinzip kann dennoch immer das Gesamtbild je Versicherten (KVN) bei der Leistungsentscheidung bewerten.
3. Die Leistungspositionen einer Verordnung können nur gesamtheitlich durch einen Leistungserbringer erbracht werden.
4. Abgerechnet werden Leistungen (wie zwischen GKV und Pflegeverbänden verhandelt) dennoch gebündelt je Versicherten und Monat.

P1.3 Parallel zur Verordnung stehen begleitende Unterlagen elektronisch zur Verfügung (z. B. für Leistungsentscheidung):

1. Obligate, vom Arzt zu übermittelnde Begleitunterlagen, die einen Bezug zu den HKP-Verordnungen des Versicherten haben (z. B. Behandlungsplan für pHKP) können mit der Verordnung über die Fachanwendung HKP abgelegt und von der Pflege, dem Versicherten, der Arztpraxis und dem Kostenträger (Sachleistungsprinzip) abgerufen werden. Wird die Verordnung vom Fachdienst gelöscht, gilt dies auch für die dazugehörigen Unterlagen.

P1.4 Für die Pflege von Vertragsdaten (GPOS) in das Pflegeprimärsystem sind weiterhin die Pflegedienste oder deren IT-Dienstleister selbst verantwortlich. **Es erfolgt keine elektronische Bereitstellung der Vertragsdaten durch die Kostenträger.** Bestehende Lösungen von einzelnen Kostenträgern können weiter genutzt werden.

P1.5 Es sind im Prozess **keine Unterschriften des Versicherten auf Papier erforderlich** (Details regeln die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V)

1. Die Angaben des Versicherten, die bisher auf der Rückseite des bisherigen Muster 12 erfasst wurden, sind nicht Bestandteil des ärztlichen HKP-Verordnungsdatensatzes.
2. Versicherte müssen keinen schriftlichen Antrag unterschreiben, um zu bestätigen, dass keine im Haushalt lebende Person die Leistung übernehmen kann.

4.2 Prämissen für Endnutzersysteme

P2.1 Das Primärsystem der Ärzte unterstützt durch Hilfestellungen beim Verordnen. Die Unterstützung kann erfolgt durch:

1. Erinnerung an das rechtzeitige Ausstellen neuer Verordnungen, sollten Verordnungszeiträume in bisherigen Verordnungen demnächst ablaufen, sofern es sich nicht um einmaligen/temporären Bedarf handelte (dauerhafte Versorgungsnotwendigkeit)
2. Angaben zur verordnenden Person und Institution, sowie die Stammdaten der Versicherten werden automatisch vom PVS befüllt.
3. Übernahme von Daten aus bisherigen Verordnungen, falls vorhanden und für den aktuellen Bedarf zutreffend
4. Übernahme von Daten aus Anfragen nach Folgeverordnungen falls vorhanden und für aktuellen Bedarf zutreffend
5. Anzeige der laut HKP-RL empfohlenen Dauer und Häufigkeit der Maßnahme als Hinweistext
6. Anzeige der laut HKP-RL bestehenden Regelung, ob die Festlegung von Häufigkeit und Dauer auch durch die Pflegefachperson möglich ist, sodass Ärzte bewusst entscheiden können, ob sie selbst die Festlegung treffen müssen oder es dem Pflegedienst überlassen, die Häufigkeit und Dauer einzuschätzen und festzulegen (Blankoverordnung)
7. Kommunikationsmöglichkeiten, die die Kommunikation rund um die Verordnungen bündeln und einen Bezug auf die Verordnung herstellen.
8. Kommunikationsmöglichkeiten, sodass Korrekturschleifen im Rahmen der Vorbereitung der Leistungsentscheidung mit Pflegedienst, Versicherten und Kostenträger (Sachleistungsprinzip) schnell und digital erfolgen können und einen Bezug auf die Verordnung besteht.
9. Der Arzt wird bei gesetzlich Versicherten über die Entscheidung Genehmigung, Ablehnung, Teilgenehmigung informiert.

P2.2 Das Primärsystem der Pflege unterstützt die Pflegefachperson dabei

1. Verordnungsdaten in das PPS zu übernehmen, sodass diese nicht mehr abgetippt werden müssen. Pflegedienste kennzeichnen lediglich Leistungen, die nicht oder nur teilweise übernommen werden können (nur Erfassung von Abweichungen).
2. Angaben über die Leistungserbringerinstitution werden automatisch vom Pflegedokumentationssystem befüllt.
3. Anzeige der laut HKP-RL empfohlenen Dauer und Häufigkeit der Maßnahme als Hinweistext für Blankoverordnungen.
4. durch Kommunikationsmöglichkeiten, die zu einer Verordnungs-ID die Kommunikation rund um die Verordnungen bündeln und einen Bezug auf die Verordnung herstellen.
5. dass Korrekturen zu Verordnungen und den Angaben der Leistungen des Pflegedienstes zusammen mit Ärzten bzw. Kostenträgern (Sachleistungsprinzip) schnell und digital erfolgen können und ein Bezug auf die Verordnung besteht.
6. Auch bei Ablehnung der Kostenübernahme müssen die Inhalte aus der ärztlichen Verordnung im Pflegeprimärsystem erhalten bleiben, bspw. für MD-Prüfungen.
7. Der Pflegedienst wird bei gesetzlich Versicherten über die Entscheidung (Genehmigung, Ablehnung, Teilgenehmigung) in seinem PPS informiert.

4.3 Weitere Prämissen

P3.1 Datenerfassung

1. Die Inhalte der Verordnung werden im Rahmen des Informationsmodells (siehe Kapitel 8) definiert. Diese beinhalten voraussichtlich die Leistungen gemäß der HKP-RL. Das Leistungsverzeichnis ist nicht abschließend, es können auch Leistungen darüber hinaus verordnet werden.
2. Der Fachdienst akzeptiert nur valide Datensätze. Die genaue Betrachtung der technischen Möglichkeiten hierfür wird im Rahmen der technischen Konzeption durch gematik aufbereitet.
3. In den Angaben des Pflegedienstes werden immer die Informationen zur Institution erfasst. Bei Erstverordnung und bei Folgeverordnung mit Abweichungen zur vorherigen Verordnung werden zudem vollständige Angaben zu den geplanten Leistungen erfasst. Diese können aus dem Verordnungsdatensatz übernommen und angepasst werden. Es werden optional die Leistungen um die Gebührenpositionen (GPOS) aus den Vergütungsvereinbarungen (AC/TK) ergänzt. Bei Folgeverordnungen ohne Änderungen zur vorherigen Verordnung ist lediglich diese Angabe zu erfassen.
4. Die Leistungsentscheidung erfolgt je Leistungsposition. Kostenträger im Sachleistungsprinzip betrachten dabei weiterhin den gesamten Kontext eines Versicherten. Je Leistungsposition wird der Status der Leistungsentscheidung im Fachdienst für alle ersichtlich hinterlegt. Dabei gilt:
 - a. Alle an der Behandlung Beteiligten werden über die Entscheidung und über die Gründe (mit jeweils individuellen Texten) informiert, sodass Arzt- und Pflegeprimärsysteme den Statuswechsel erkennen und Arzt/PD informiert werden
 - b. Versicherte können den Status jederzeit aktuell im FdV einsehen, werden aber auch auf den vereinbarten Kanälen durch die Krankenkassen per Post informiert (ggf. Regelung zur Einwilligung bei Verzicht auf postalische Zustellung möglich?)

- c. im Rahmen der Entscheidung werden optional die GPOS-Nummern je Leistungsposition ergänzt

P3.2 Datenintegrität:

1. Die Integrität und Authentizität von Verordnung, Angaben des Pflegedienstes, Blankoverordnungsdatensatz und Entscheidung werden durch geeignete elektronische Signaturen garantiert. Details ergeben sich aus der Beschreibung der Datensätze.
2. Diese Signaturen lassen sich mehrere Jahre lang überprüfen
3. Die Integrität wird erzielt, da die Datensätze als unveränderbar betrachtet werden

P3.3 Versionierung: Anpassungen und Änderungen an Verordnungen oder Anträgen werden jeweils als neue Version erstellt. Alte Versionen bleiben erhalten, die Referenzierung ist über die gemeinsame Verordnungs-ID gegeben. Disclaimer: Details werden in der technischen Spezifikation festgelegt.

P3.4 Abrechnung: Die sich aus Verordnung, Antrag und Entscheidung ergebenden Informationen dienen als Grundlage der Abrechnung.

P3.5 Dokumentationspflichten: Dokumentationspflichten liegen bei den Akteuren, der zentrale Fachdienst als Transaktionsmedium (Workflow-Engine) dient nicht als Lösung für die Dokumentationspflichten der handelnden Akteure. Eine automatische Übernahme in die Dokumentation der Primärsoftware muss möglich sein.

P3.6 Einfachheit: Da nicht alle betroffenen Versicherten als digital affin eingeschätzt werden können, muss die Einlösung (und der Prozess zur Leistungsentscheidung) ohne eigenes Smartphone ablaufen können. Die Nutzung des FdVs ist für die Versicherten optional. Eine umfassende Berücksichtigung einer Vertreterlösung ist dabei ggf. nicht Teil des MVP - Minimum Viable Product (= Version 1.0).

5 Darstellung des fachlichen Soll-Prozesses

Folgenden Vorgänge werden vom Soll-Prozess erfasst:

Tabelle 3: Anwendungsfälle des fachlichen Soll-Prozesses

Akteur	Vorgang	Anwendungsfall
Verordnender	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung und Signatur der Verordnung - Bereitstellung der Zugriffsinformationen als Papiausdruck - Löschen der Verordnung - Anpassung der Verordnung aufgrund Korrekturbedarfs oder verändertem Leistungsumfang 	<u>6.1- Verordnungsprozess</u> <u>6.8- Korrekturprozesse</u> <u>6.3- Verordnungen löschen</u> <u>6.2- Veränderter Leistungsumfang innerhalb des Verordnungszeitraums</u>
Kostenträger	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung des Versicherten aus verschiedenen Gründen vor der Einlösung 	<u>6.4- Sonderfälle der Kostenerstattung</u>
Versicherter	<ul style="list-style-type: none"> - Einlösen der Verordnung - Verfügbarkeitsanfrage eines Versicherten bei einem Pflegedienst per FdV - Zuweisung an Pflegedienst- Falls ein Versicherter nicht einlösen möchte, kann er sie löschen 	<u>6.5- Anwendungsfälle im Einlöseprozess</u> <u>6.3- Verordnungen löschen</u>
Pflegedienst	<ul style="list-style-type: none"> - Übernahme der Verordnung ins Pflegeprimärsystem (Bestätigung der Zuweisung) - Korrekturanfrage der Verordnung beim Verordnenden - Ergänzen der Blankoverordnung - Ergänzen der Angaben des Pflegedienstes und Übergabe zur Leistungsentscheidung an Kostenträger (nicht PKV) - Anpassung der Angaben aufgrund Korrekturbedarfs - Erstellung der Leistungsnachweise - Anpassung des Leistungsumfangs bei Bedarf 	<u>6.6- Angaben des Pflegedienstes erfassen</u> <u>6.8- Korrekturprozesse</u> <u>6.10- Leistungsnachweise</u> <u>6.12- Abrechnungsverfahren</u>
Kostenträger	Prozess zur Leistungsentscheidung im Sachleistungsprinzip: <ul style="list-style-type: none"> - Einsicht in den Vorgang - ggf. Weiterleitung des Vorgangs bei Unzuständigkeit - ggf. Korrekturanfrage Verordnenden oder Pflegedienst - Information für Versicherten, Arzt und Pflegedienst über Ergebnis der Leistungsentscheidung 	<u>6.7- Prozess zur Leistungsentscheidung / Kostenerstattungsanfrage</u> <u>6.9- Unzuständigkeit der Krankenkasse (nur GKV und DGV)</u> <u>6.8- Korrekturprozesse</u> <u>6.12- Abrechnungsverfahren</u>

Hinweis: zu den Themen Leistungsnachweise und Abrechnungsverfahren erfolgen keine Festlegungen in diesem Fachkonzept.

Die detaillierte grafische Soll-Prozessdarstellung findet sich im Kapitel [12.1- Fachlicher Soll-Prozess].

6 Anwendungsfälle

6.1 Verordnungsprozess

Die Verordnungsdaten werden von dem verordnenden Arzt oder einer MFA im PVS erfasst. Bereitet die MFA die Verordnung vor, kann diese dem Arzt auf einer Signaturliste zur Prüfung und Signatur bereitgestellt werden. Eine VO HKP hat eine eindeutige ID und kann beliebig viele Leistungen beinhalten. Bei Folgeverordnungen können Daten aus vorherigen Verordnungen übernommen werden. Benötigte weiterführende Unterlagen können innerhalb des Verordnungsvorgangs der Verordnung beigelegt werden oder werden automatisch durch das PVS hinterlegt (z. B. Behandlungsplan für pHKP). Bereits während der Eingabe der Verordnung werden Hinweise (z. B. Angaben zur Verordnungsdauer) auf Basis der HKP-RL angezeigt, sodass diese bei der Befüllung der Verordnung beachtet werden können. Beim Speichern der Verordnung wird eine Prüfung der Verordnung auf formale Korrektheit und Plausibilität auf Basis des Informationsmodells (welches durch GKV und KBV definiert werden) durchgeführt. Sollte ein Fehler auftreten, werden verständliche und handlungsweisende Fehlermeldungen angezeigt (z. B. Pflichtfelder markiert, etc.). Der Verordnungsdatensatz wird entweder mit dem Heilberufsausweis oder mit der SMC-B der Arztpraxis oder des Krankenhauses signiert. Näheres dazu regeln die Vertragspartner in Verträgen.

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

In folgenden Links werden die Anwendungsfälle im TI-Demonstrator dargestellt:

- [[Konfigurieren des Formulars](#)],
- [[Ausfüllen einer Verordnung](#)].

Zur Umsetzung des Verordnungsprozesses werden im technischen Konzept Best Practice UX Vorgaben mitgeben, die aber keine normativen Vorgaben darstellen. Die normativen Vorgaben zu dem Prozess finden sich in der technischen Anlage der KBV.

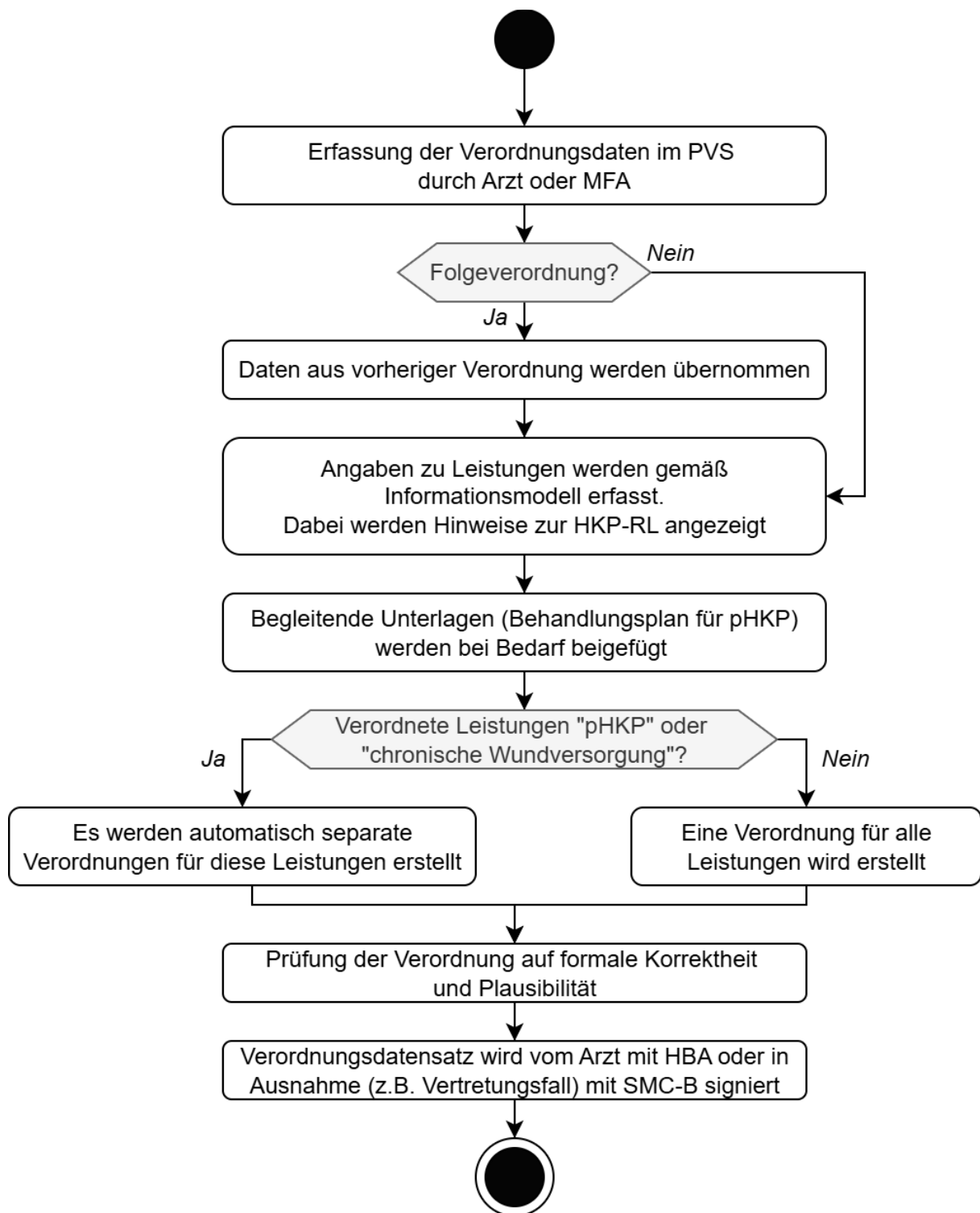


Abbildung 2: Übersicht über den Verordnungsprozess

6.1.1 Erstellen von separaten Verordnungen

Für folgende Fälle werden neben der Verordnung für somatische HKP-Leistungen immer separate Verordnungen erstellt, die in unterschiedlichen Pflegediensten eingelöst werden können:

- Verordnung der Leistung "Psychiatrische häusliche Krankenpflege" (pHKP - Behandlungspflege Ziffer 27a)
- Verordnung der Leistung chronische Wundversorgung (Behandlungspflege Ziffer 31a)

Die Erfassung dieser Leistungen in separaten Verordnungen soll durch das PVS erfolgen, sodass der verordnende Arzt keinen Mehraufwand hat. Obwohl technisch damit separat einlösbare Verordnungen entstehen, werden diese als Gesamtverordnung betrachtet, sodass entsprechend der gesetzlichen Regelungen zur Zuzahlungspflicht von den gesetzlichen Krankenkassen nur einmal 10€ Zuzahlungen (Verordnungsgebühr) für diese Gesamtverordnung erhoben wird. Die separate Aufteilung der Verordnungen gilt auch für alle anderen Kostenträger, nicht nur gesetzliche Krankenversicherungen.

6.1.2 Verordnung im Entlassmanagement

Verordnungen über häusliche Krankenpflege können für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung auch im Rahmen des Entlassmanagements erstellt werden. Die Anforderung an das Krankenhaus, dass der Hausarzt gemäß Entlassmanagement Rahmenvertrag und gemäß der GBA-Richtlinie in geeigneter Form informiert werden muss, bleibt bei der elektronischen Verordnung weiterhin bestehen und muss über geeignete Kommunikationskanäle erfolgen (hierzu macht das Fachkonzept keine Vorgaben).

6.1.3 Übersicht über alle verordneten Leistungen in der ePA

Damit Hausärzte (und auch weitere behandelnde Ärzte) einen guten Überblick über die verordneten Leistungen der Versicherten erlangen können, sollen automatisiert alle verordneten HKP-Leistungen in der ePA des Versicherten in Form einer Verordnungsübersicht gespeichert werden (analog zur Arzneimittelliste). Dies ist insbesondere im Entlassmanagement eine Hilfestellung, wenn Folgeverordnungen auf Basis von Verordnungen aus dem Krankenhaus durch Hausärzte ausgestellt werden sollen. Auf Basis dieser Übersicht können Folgeverordnungen leicht erstellt werden, indem Inhalte aus alten Verordnungen in eine neue Verordnung übernommen werden können. Details zu diesem Anwendungsfall werden in diesem Dokument nicht beschrieben.

Verordnungsübersicht

Medikationsliste

Verordnete Leistungen der Häuslichen Krankenpflege

+ Neue Verordnung erstellen

🔍

☰

⋮

	letztes Verord.-datum	Leistung	Status	Leistung von	Leistung bis	Häufigkeit	Verordner	Fachrichtung	Leistungserbringer	
①	15.01.26	Wundversorgung einer akuten Wunde	In Antragsprüfung	15.01.26	21.01.26	1x täglich	Prof. Dr. Otto Fröhlich	FA für Orthopädie und Unfallchirurgie	Pflegedienst Hand & Herz	⋮
①	01.10.25	Blutzuckermessung	genehmigt	01.10.25	30.09.26	1x täglich	Dr. Robin Schneider	FA Allgemeinmedizin	Pflegedienst Hand & Herz	⋮
①	01.10.25	Medikamentengabe	genehmigt	01.10.25	30.09.26	2x täglich	Dr. Robin Schneider	FA Allgemeinmedizin	Pflegedienst Hand & Herz	⋮
①	01.10.25	Kompressionsbehandlung	genehmigt	01.10.25	30.09.26	1x täglich	Dr. Robin Schneider	FA Allgemeinmedizin	Pflegedienst Hand & Herz	⋮

Ältere Einträge laden

Verordnete Heilmittel

+ Neues Verordnung erstellen

🔍

☰

⋮

	letztes Verord.-datum	letztes Leistungsdatum	Leistung	Häufigkeit	Leitsymptomatik	Verordner	Fachrichtung	Leistungserbringer	
①	15.09.25	10.10.25	Manuelle Therapie	6 Einheiten	Osteoporose	Dr. Carla Münch	FA Orthopädie	Physiotherapie am Hauptplatz	⋮

Abbildung 3: Beispielhafte Darstellung der verordneten Leistungen in dem TI-Demonstrator

6.1.4 User Stories

Als Arzt möchte ich ...

1. VO einfach erstellen und signieren können, um bei der Umstellung auf die elektronische Verordnung keine aufwendigen Schulungen für mich und mein Team zu benötigen.
2. an das Auslaufen einer Verordnung in meinem PVS erinnert werden, damit ich rechtzeitig eine neue Verordnung ausstellen kann.
3. beim Ausfüllen des Formulars durch das PVS unterstützt werden, sodass die VO der HKP-RL entspricht und nur plausible Verordnungen erstellt werden.
4. beim Ausfüllen des Formulars Hinweise zur Verordnungsdauer und -häufigkeit angezeigt bekommen, sodass ich mir Folgeverordnungen durch längere Verordnungsdauern sparen kann.
5. innerhalb des Verordnungsprozesses benötigte Dokumente (z.B. Behandlungsplan für pHKP) der Verordnung beifügen können, sodass diese der Pflege und den Kostenträgern direkt zur Verfügung stehen.
6. in meinem PVS das Verordnungsformular konfigurieren können (und mir Profile mit definierten Leistungen definieren können), sodass ich häufig verordnete Leistungen direkt ausfüllen kann.
7. mehrere vorbereitete elektronische Verordnungen (auch mit unterschiedlichen Leistungen - Arzneimittel/HKP/etc.) mit einem Klick signieren können.
8. dass mein PVS automatisch technisch getrennte Verordnungen für die Leistungen der somatischen HKP, der chronischen Wundversorgung oder pHKP erstellt, sodass ich daran nicht denken muss und mein Patient die Verordnungen auch bei unterschiedlichen Pflegediensten einlösen kann.
9. eine Übersicht über alle bisherigen elektronischen Verordnungen der HKP meines Patienten einsehen können, sodass ich passende Folgeverordnungen darauf basierend erstellen kann, auch wenn andere Ärzte HKP-Leistungen verordnet haben.
10. handlungsleitende Fehlermeldungen angezeigt bekommen, wenn bei der Signatur (und dem Einstellen auf dem Fachdienst) etwas schief läuft, damit ich weiß, was zu tun ist.
11. bei Folgeverordnungen den Verordnungsinhalt der letzten Verordnung nach einer Überprüfung der Inhalte übernehmen können, um weniger Aufwand zu haben.
12. im Rahmen von Korrekturschleifen die Vorschläge des Pflegedienstes übernehmen und diese nach Prüfung und ggf. notwendiger Änderung als neue Version der Verordnung signieren können.
13. bei Korrekturschleifen, dass die neue Version der Verordnung direkt dem anfragenden Pflegedienst zur Verfügung gestellt wird, ohne dass ich den Empfänger manuell auswählen muss, sodass ich damit keine Mehraufwände habe.
14. einsehen können, welche Angaben der Pflegedienst zur Leistungserbringung (insbesondere bei Blankoverordnungen) erfasst hat, damit ich weiß, wie der Versicherte versorgt wird.
15. in definierten Ausnahmefällen die Verordnung auch ohne Heilberufsausweis signieren können, sodass die Versorgung des Versicherten sichergestellt ist.

Als MA einer Pflegeeinrichtung möchte ich ...

1. mich darauf verlassen können, dass nur verordnungsfähige Leistungen verordnet werden können.

Als MA eines Kostenträgers möchte ich ...

1. durch eine Plausibilitätsprüfung bei dem Ausstellen der Verordnung eine gesteigerte Ausfüllqualität erhalten, um eine effiziente Prüfung zu ermöglichen.
2. dass Verordnende immer eine Verordnung mit dem gültigen Datensatz erstellen können, sodass die Übergangszeiten kurz sind und keine parallelen Prozesse oder Strukturen aufrechterhalten werden müssen.

6.2 Veränderter Leistungsumfang innerhalb des Verordnungszeitraums

Die benötigte Versorgung des Versicherten kann sich innerhalb des genehmigten Verordnungszeitraums durch verschiedene Umstände ändern (z. B. Änderung des Gesundheitszustands, der Therapie oder durch Krankenhausaufenthalte).

Fall 1: Es werden mehr/geänderte Leistungen als ursprünglich verordnet benötigt (z. B. 2x statt 1x tägliche Medikamentengabe). In diesem Fall muss eine neue Verordnung ausgestellt werden. Der Verordnungszeitraum der alten Verordnung wird nicht angepasst.

Fall 2: Es werden weniger Leistungen als ursprünglich verordnet benötigt (z. B. 1x statt 2x tägliche Medikamentengabe). In diesem Fall wird keine neue Verordnung ausgestellt und die bestehende Verordnung wird nicht angepasst. Die Krankenkasse und der Pflegedienst werden vom Verordnenden informiert. Der Pflegedienst leistet weniger und rechnet entsprechend auch weniger ab als ursprünglich verordnet.

Fall 3: Die Versorgung wird für einen bestimmten Zeitraum pausiert (z. B. Krankenhausaufenthalt). In diesem Fall wird keine neue Verordnung ausgestellt und die bestehende Verordnung wird nicht angepasst. Die Krankenkasse und der Pflegedienst werden vom Verordnenden informiert. Der Pflegedienst leistet in diesem Zeitraum nicht und nimmt die Versorgung dann erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wieder auf (sofern keine Anpassung am Leistungsumfang durch die Krankenhausentlassung benötigt wird, ansonsten siehe Fall 1).

Aus diesem Anwendungsfall ergeben sich keine neuen oder zusätzlichen Anforderungen an den Verordnungsprozess. Es wird parallel zur Spezifikation der Anwendung HKP die Frage zu klären sein, wie die Information des Pflegedienstes durch den Verordnenden im Falle von Änderungen in den Fällen 2 und 3 erfolgen soll.

6.3 Verordnungen löschen

6.3.1 Ärztliche Verordnung löschen

In folgenden Fällen ist das Löschen einer Verordnung vorgesehen:

- Verordnungen dürfen vom verordnenden Arzt nur gelöscht werden, solange der Versicherte die Verordnung einem Pflegedienst noch nicht zugewiesen hat. Im Falle des Löschens durch den Arzt sollte parallel gegebenenfalls eine Rücksprache mit dem Versicherten über die Gründe erfolgen. Das bedeutet auf die Angaben im Kapitel [7-Fachliches Statusmodell] bezogen:
 - **ML1** initialisierte und noch nicht signierte Verordnung kann durch Arzt oder Praxismitarbeiter gelöscht werden
 - **ML2** bereits signierte aber noch nicht (oder nicht mehr) zugewiesene Verordnung kann durch Arzt in Rücksprache mit dem Versicherten gelöscht werden

- Verordnungen dürfen vom Versicherten solange gelöscht werden, bis er sie einem Pflegedienst zugewiesen hat oder nachdem die Leistung erbracht wurde und der Verordnungszeitraum abgeschlossen ist.
 - **ML2** bereits signierte, aber noch nicht (oder nicht mehr) zugewiesene Verordnung kann durch den Versicherten selbst gelöscht werden
 - **ML3** die Verordnung kann vom Versicherten gelöscht werden, nachdem die Leistung erbracht wurde und der Verordnungszeitraum abgeschlossen ist.

Der Pflegedienst und der Kostenträger dürfen die Verordnung hingegen nicht löschen.

6.3.2 Blankoverordnung löschen

In folgenden Fällen ist das Löschen eines Blankoverordnungsdatensatzes vorgesehen:

- Der Datensatz kann vom Pflegedienst nur lokal im Pflegeprimärsystem gelöscht werden, solange die Verordnung, der Blankoverordnungsdatensatz und die Angaben des Pflegedienstes noch nicht an den Kostenträger zur Prüfung übergeben wurde. (Annahme: Blankoverordnungsdatensatz und die Angaben des Pflegedienstes werden zeitgleich erfasst und in einem Schritt zusammen mit der Verordnung dem Kostenträger zur Prüfung übergeben)
- Der Datensatz darf vom Versicherten erst gelöscht werden, nachdem die Leistung erbracht wurde und der Verordnungszeitraum abgeschlossen ist.
 - **ML3** Die Verordnung kann vom Versicherten über das FdV gelöscht werden.

Der Arzt, der Kostenträger und auch der Pflegedienst dürfen den Blankoverordnungsdatensatz hingegen nicht vom Fachdienst löschen.

6.3.3 Angaben zur Leistungserbringung des PD löschen

In folgenden Fällen ist das Löschen eines Datensatzes "Angaben zur Leistungserbringung des PD" vorgesehen:

- Der Datensatz darf vom Pflegedienst nur lokal im Pflegeprimärsystem gelöscht werden, solange die Verordnung, ggf. Blankoverordnung bzw. die Angaben des Pflegedienstes nicht an den Kostenträger zur Prüfung übergeben wurden.
- Der Datensatz darf vom Versicherten erst gelöscht werden, nachdem die Leistung erbracht wurde und der Verordnungszeitraum abgeschlossen ist.
 - **ML3** Die Verordnung kann vom Versicherten über das FdV gelöscht werden.

Der Arzt, der Kostenträger und auch der Pflegedienst dürfen die Angaben zur Leistungserbringung hingegen nicht vom Fachdienst löschen.

6.3.4 Datensätze zur Korrekturanfrage löschen

In folgenden Fällen ist das Löschen einer Korrekturanfrage (Verordnungsdatensatz oder Blankoverordnungsdatensatz) vorgesehen:

- Die Datensätze einer Korrekturanfrage dürfen von dem Einstellenden selbst (also Kostenträger oder Pflegedienst) gelöscht werden, solange der Empfänger keine neue Version des (Blanko-)Verordnungsdatensatzes gespeichert hat.
- Der Empfänger der Anfrage (also Pflegedienst oder Arzt) darf die Korrekturanfrage nicht löschen aber durchaus ablehnen.
- Der Versicherte darf die Anfragen nicht löschen.

Die Löschrechte werden auch in Kapitel [8- Datensätze] in tabellarischer Form zusammengefasst.

6.3.5 User Stories

Als Versicherter möchte ich ...

1. , dass mein Arzt die Verordnung nur löschen kann, wenn ich sie noch nicht eingelöst oder zugewiesen habe oder sie vom Pflegedienst nach dem Zuweisen wieder zurückgegeben wurde.
2. in meinem FdV nachvollziehen können, wenn ein Arzt eine Verordnung löscht.
3. eine Verordnung vollständig löschen können, wenn ich sie nicht in Anspruch nehmen möchte oder die Leistung abschließend erbracht wurde und der Verordnungszeitraum in der Vergangenheit liegt, sodass keine überflüssigen Daten gespeichert sind.

Als Arzt möchte ich ...

1. , dass das Löschen der Verordnung einfach und mit wenigen Klicks möglich ist.
2. im Fehlerfall erkennen können, warum das Löschen nicht funktioniert hat, um ggf. mit einem Pflegedienst, dem Versicherten oder der Kasse oder meinem IT-Dienstleister in Kontakt treten zu können.

6.4 Sonderfälle der Kostenerstattung

In bestimmten Fällen kann bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse von dem üblichen Sachleistungsprinzip abgewichen werden. Folgende drei Sonderfälle sollen mit der Verordnung ebenfalls ermöglicht werden:

- **Wahl der Kostenerstattung [§13 Abs. 2 SGB V]:** Die Wahl der Kostenerstattung für veranlasste Leistungen wird in der Verordnung durch den Arzt dokumentiert. Eine Zuweisung der Verordnung vom Versicherten an einen Pflegedienst ist nicht erforderlich, aber dennoch möglich, damit der Pflegedienst die verordneten Leistungen einsehen kann. Um zu verhindern, dass es zu einer doppelten Kostenerstattung kommt, **darf** die Verordnung **nicht** durch den Pflegedienst zur Leistungsentscheidung oder Abrechnung eingereicht werden (die Signatur des Arztes/der Praxis sollte nicht bereitgestellt werden, dies verhindert redundantes Abrechnen/Genehmigen). Zur Prozessoptimierung sollen die Zugriffsinformationen auf die Verordnung, nach der Signatur durch den Arzt, direkt und automatisch der Krankenkasse bereitgestellt werden, ohne dass der Versicherte aktiv werden muss. Ein Zugriff der Krankenkasse auf die Blankoverordnung muss ebenso möglich sein.
- **Kostenerstattung nach [§ 37 Abs. 4 SGB V] und nach [§ 32 Abs. 3 SGB VII] :** Zu diesen Fallkonstellationen finden in der Regel vorab Gespräche (bzw. eine Antragstellung) zwischen Versichertem und Krankenkasse statt. Der Krankenkasse wird dadurch bekannt, dass ein Fall der Kostenerstattung vorliegt. Dem Arzt ist dieser Fall nicht bekannt, sodass dies nicht in der Verordnung erfasst wird. Daher muss der Versicherte aktiv seine Krankenkasse zur Einsicht auf die Verordnung berechtigen (entweder über das FdV oder die Übergabe des Patientenausdrucks). In diesen Fällen soll es den Krankenkassen möglich sein, eine Kennzeichnung einer vorliegenden Verordnung im Fachdienst als "Kostenerstattung / Persönliches Budget" zu setzen (Abbildung erfolgt im Entscheidungsdatensatz). Dieses Kennzeichen soll eine Zuweisung der Verordnung durch den Versicherten an einen Leistungserbringer verhindern, wenngleich ein Lesen der Verordnung durch die Pflege optional möglich sein soll.

- **Persönliches Budget:** Der Ablauf ist analog zur Kostenerstattung nach § 37 Abs. 4 SGB V und nach § 32 Abs. 3 SGB VII.

Bei allen drei Fällen werden die weiteren Prozesse zur Leistungsentscheidung und Erstattung außerhalb des Fachdienstes abgebildet und sind nicht Teil des Fachkonzepts (z. B. Einreichen der Rechnung). Auch bei Kostenträgern der gesetzlichen Unfallversicherung kann gemäß der [[gemeinsamen Richtlinie](#)] der Verbände der Unfallversicherungsträger über häusliche Krankenpflege vom üblichen Sachleistungsprinzip abgewichen werden. Die Prozesse verlaufen analog zu den oben beschriebenen Fällen Kostenerstattung nach § 37 Abs. 4 SGB V und persönliches Budget.

In folgendem Link werden die Anwendungsfälle im TI-Demonstrator dargestellt:

- [[Verordnung dem Kostenträger \(Sachleistungsprinzip\) bereitstellen und als Kostenträger einsehen](#)]

6.5 Anwendungsfälle im Einlöseprozess

6.5.1 Verbindliche Einlösung bei einem Pflegedienst

Versicherte sollen ab dem Ausstellungsdatum bis zum Ende des Verordnungszeitraums den Zugriff auf die Inhalte einer Verordnung auf folgenden Wegen an einen Leistungserbringer übergeben können:

1. Einlösen mit **eGK / Gesundheits-ID via Pflegeprimärsystem und PoPP:**
 - a. im mobilen Szenario per eGK / Gesundheits-ID via PoPP
 - b. eGK stecken in Standard-Kartenlesegerät beim Pflegedienst (ohne PIN zur eGK des Versicherten)
 - c. Check-In in dem Pflegedienst mit der Gesundheits-ID (durch Scan eines QR-Codes des Pflegedienstes)
2. angemeldete Nutzer (mit eGK & PIN oder Gesundheits-ID) in einem zugelassenen Frontend des Versicherten (**FdV**) weisen digital einem Pflegedienst zu oder zeigen Zugriffsinformationen als Datamatrix-Code im FdV an, der von Pflegefachperson abgescannt werden kann.
3. **Patientenausdruck**, von dem der Datamatrix-Code von der Pflegefachperson abgescannt werden kann.

Vor einer Zuweisung und Übernahme der Versorgungsleistung kann ein Pflegedienst zunächst prüfen, ob die Leistung erbracht werden kann. Nur wenn die Übernahme der Leistung möglich ist, akzeptiert der Leistungserbringer die Zuweisung.

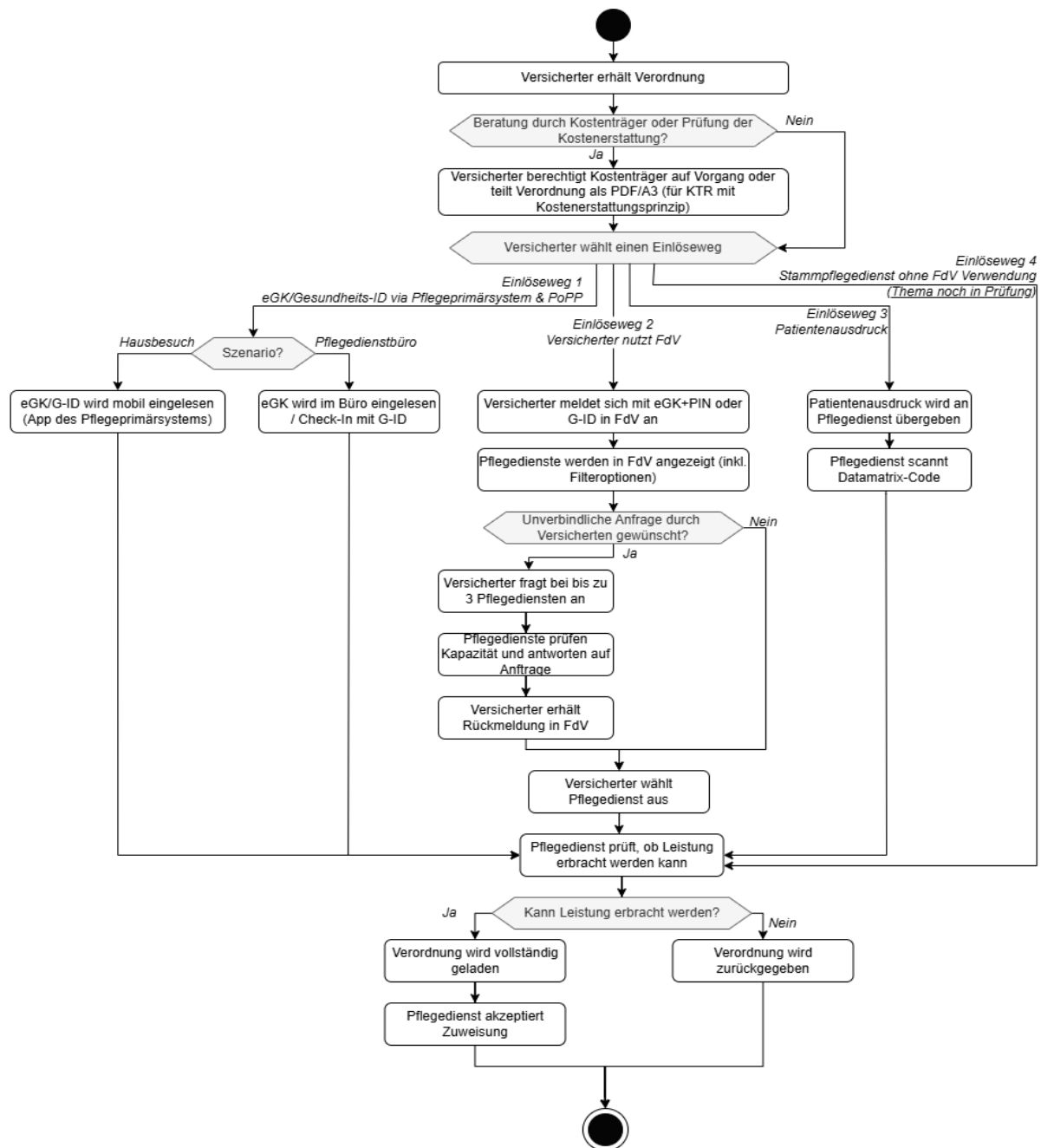


Abbildung 4: Übersicht über den Einlöseprozess

6.5.1.1 Einlöseweg 1 - eGK/Gesundheits-ID via Pflegeprimärsystem & PoPP

Der Versicherte kann einen Pflegedienst berechtigen alle einlösbaren Verordnungen für HKP abzurufen. Hierfür muss ein PoPP-Token erzeugt werden. Wie dieser Token erzeugt werden kann, wird nicht in diesem Featuredokument beschrieben, sondern in der Spezifikation [[PoPP-Service](#)]. Grundsätzlich werden alle PoPP-Token vom Fachdienst akzeptiert, unabhängig davon wie dieser erzeugt wird (siehe PoPP-Use Cases aus Kapitel 2.2 des Dokuments [[PoPP-Service](#)]).

Insbesondere relevant in der Versorgung sind diese beiden Anwendungsfälle:

- "PoPP-Token bei physischer Anwesenheit außerhalb der LEI - eGK": Hierbei liest die Pflegefachperson auf einem Hausbesuch mit einer App dem Pflegeprimärsystem die eGK des Versicherten ein.
- "PoPP-Token bei physischer Anwesenheit in der LEI - eGK": Hierbei wird die elektronische Gesundheitskarte im Büro des Pflegedienstes eingelesen.

In folgendem Link wird der Anwendungsfall im TI-Demonstrator dargestellt:

- [[Verbindliche Einlösung über App des Pflegeprimärsystems](#)].

6.5.1.2 Einlöseweg 2 - Frontend des Versicherten

Für diesen Einlöseweg benötigt der Versicherte zur Anmeldung eine eGK mit PIN oder eine G-ID sowie ein Frontend des Versicherten auf seinem Smartphone. Ein "Frontend der Versicherten" (kurz FdV) darf gemäß [[§ 360 Abs. 10 SGB V](#)] von der gematik oder den im Gesetz benannten Kostenträgern angeboten werden. In dem FdV werden nach Anmeldung des Nutzers alle Verordnungen angezeigt. Um die Verordnung bei einem Pflegedienst einzulösen, werden die Einträge der Pflegedienste aus dem Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur in einer Suche wettbewerbsneutral angezeigt. Hierbei werden alle verfügbaren und relevanten Informationen der Pflegedienste angezeigt und der Versicherte hat die Möglichkeit nach bestimmten Kriterien zu filtern und die Einträge z. B. nach Entfernung zu sortieren. Um einen geeigneten Pflegedienst auszuwählen, sollen die Angaben der Zusatzqualifikation und der Zulassung dargestellt werden. Über weitere Informationen je Pflegedienst können die Einträge im VZD um sogenannte Mehrwertdaten erweitert werden. Hierfür sind verschiedene Optionen denkbar, die unabhängig von der Verordnung bewertet und umgesetzt werden. Beispiele hierfür wären die Nutzung des Self-Service-Portal des VZD über das Pflegeprimärsystem oder die automatische Anreicherung durch die Vertragsdatenbank des vdek. Auch eine geeignete Umsetzung und Pflege von Organisationsstrukturen von Pflegediensten innerhalb des VZDs ist für die Suche wichtig, wird jedoch nicht im Fachkonzept beschrieben.

Versicherte, die das FdV verwenden, können die Komfortfunktion "Stammpflegedienst" nutzen. Hierbei kann ein ambulanter Pflegedienst festgelegt werden, welcher Folgeverordnungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege automatisch zugewiesen bekommt. Die Wahl eines Stammpflegedienstes kann durch den Versicherten jederzeit beendet oder verändert werden. Der Versicherte muss durch diese Funktion nicht mehr aktiv werden und der Pflegedienst erhält sofort nach dem Ausstellen der Verordnung Zugriff darauf. Für Einzelfälle, bei denen ein Versicherter mehrere Verordnungen gleichzeitig ausgestellt bekommt, diese aber bei unterschiedlichen Pflegediensten einlösen möchte, ist diese Funktion nicht geeignet und eine manuelle Einlösung wird empfohlen.

In folgendem Link wird der Anwendungsfall im TI-Demonstrator dargestellt:

- [[Verbindliche Einlösung via FdV \(mit Mehrwertdaten in VZD\)](#)].

6.5.1.3 Einlöseweg 3 - Patientenausdruck

Die Versicherten haben gemäß [[§ 360 Abs. 9 SGB V](#)] einen gesetzlichen Anspruch auf einen Patientenausdruck zur Verordnung. Insbesondere bei Erstverordnungen und nicht-digital-affinen Versicherten stellt der Patientenausdruck sicher, dass die Verordnungsinhalte durch den Versicherten z. B. bei der Suche nach einem Pflegedienst abgelesen werden können. Das Layout der Verordnung wird in der technischen Anlage durch die KBV und den GKV-SV definiert. Er umfasst mindestens einen Datamatrix-Code, der die Zugangsinformationen zur Verordnung beinhaltet und eine Pflegeeinrichtung oder Kostenträger berechtigt die Verordnung einzusehen. Weiterhin sind die verordneten Leistungen darauf lesbar.

6.5.1.4 Einlöseweg 4 - Stammpflegedienst auch ohne FdV einrichten

Es besteht der Wunsch, die Festlegung eines Stammpflegedienstes auch ohne FdV (siehe Einlöseweg 2) zu ermöglichen. Bei der Umsetzung dieses Einlösewegs sollen keine Aufwände für die Ärzte in der ambulanten Versorgung und die Ärzte in Krankenhäusern entstehen. **Das Bundesministerium für Gesundheit prüft die Möglichkeiten zur Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen und wird gegebenenfalls in einem zukünftigen Gesetzgebungsverfahren dieses Thema einbringen.** Im Kapitel 10 "Handlungsbedarf für den Gesetzgeber" wird das Thema daher aufgenommen.

6.5.2 Unverbindliche Anfrage bei Pflegediensten via FdV

Für angemeldete Nutzer des FdV gibt es die Möglichkeit bei bis zu drei Pflegediensten unverbindlich anzufragen, ob die Leistungen erbracht werden können. Das FdV soll verhindern, dass der gleiche Pflegedienst mehrfach angefragt werden kann. Der Versicherte erhält die Rückmeldung zur möglichen Übernahme der Leistung je angefragtem Pflegedienst in dem FdV und kann jederzeit entscheiden, die Verordnung einem Pflegedienst verbindlich zuzuweisen (unabhängig davon, ob alle Pflegedienste zuvor auf die Anfrage geantwortet haben). Die Antwort des Pflegedienstes ist eine Momentaufnahme und der Pflegedienst ist nicht an diese Antwort gebunden (wenn sich die Kapazität z. B. aufgrund anderer Anfragen geändert hat). Der Pflegedienst ist nicht verpflichtet auf die Anfrage zu antworten. Zur Bewertung der Anfrage erhält der Pflegedienst in dem Pflegeprimärsystem Einsicht in alle Informationen der Verordnung (auch in beigefügte/angehängte Dokumente). Das Pflegeprimärsystem soll die Pflegefachpersonen dabei unterstützen die Anfragen mit wenigen Klicks zeitnah und ggf. auch automatisiert zu beantworten (z. B. "Alle Anfragen ablehnen"). Der Pflegedienst möchte in dem Pflegeprimärsystem sehen, ob sich der Versicherte zwischenzeitlich bereits für einen anderen Pflegedienst entschieden hat.

In folgenden Links werden die Anwendungsfälle im TI-Demonstrator dargestellt:

- [\[Konfiguration von automatischen Antworten in dem Pflegeprimärsystem\]](#),
- [\[Unverbindliche Anfrage bei zwei Pflegediensten in dem FdV\]](#).

6.5.3 Beratung durch die Kostenträger

Um einen geeigneten Pflegedienst zu finden, kann sich der Versicherte an seinen Kostenträger wenden. Hierzu kann der Versicherte seinem Kostenträger (Sachleistungsprinzip) auf den vereinbarten Kommunikationskanäle die notwendigen Daten übermitteln. Indem er zum Beispiel ...

- den Patientenausdruck (inkl. Zugangsdaten zur Verordnung) übergibt oder
 - ein auf dem Patientenausdruck angegebenes Geheimnis (z. B. 6-stelliger Code) per Telefon mitteilt oder
 - dem Kostenträger in dem FdV die Zugriffsinformationen auf die Verordnung mitteilt,
- sodass der Kostenträger (Sachleistungsprinzip) die Verordnung vom Fachdienst herunterladen, einsehen und den Versicherten beraten kann bei der Suche nach einem Pflegedienst.

Folgende weitere Zwecke können neben der Beratung verfolgt werden:

1. Gesetzliche Krankenversicherung: im Rahmen der Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V soll der Krankenkasse der Zugriff direkt nach Signatur der Arztpraxis bzw. des Arztes ermöglicht werden bzw. im Falle der Kostenerstattung nach § 37 Abs. 4 SGB V, können Versicherte dem Kostenträger Zugriff auf eine Verordnung

ermöglichen. Der Zugriff ermöglicht in beiden [Sonderfällen der Kostenerstattung] die Bereitstellung der Verordnung für Dokumentationspflichten der Kostenträger.

2. Gesetzliche Unfallversicherung: Sofern eine Pflegefachperson nicht gestellt werden kann oder wenn ein Grund vorliegt, von der Bereitstellung abzusehen, hat der Unfallversicherungsträger die Kosten für eine vom Versicherten selbst beauftragte geeignete Pflegefachperson in angemessener Höhe zu erstatten. Hierzu erfolgt eine Beratung, für die Versicherte dem Kostenträger Zugriff auf eine Verordnung ermöglichen können. Der Zugriff ermöglicht die Bereitstellung der Verordnung für Dokumentationspflichten der gesetzlichen Unfallversicherungsträger.

Das aktive Ermöglichen eines Zugriffs auf die Verordnung in diesem Prozessschritt ändert den Status der Verordnung bzw. des Vorgangs nicht. Es wird durch den Fachdienst auch kein Ergebnis erfasst, sondern individuell entweder im Frontend des Versicherten (FdV) oder durch persönliches Beratungsgespräch mit dem Kostenträger agiert. Bei Verwendung des FdVs kann auch der TI-Messenger genutzt werden.

Bei Kostenträgern nach Kostenerstattungsprinzip (z. B. Private Krankenversicherung) kann durch den Versicherten eine Kostenzusage angefragt werden vor Erbringen der Leistung zu klären, ob die Kostenerstattung nach Einreichen der Belege erfolgen wird. Dazu wird die Möglichkeit geschaffen, die Verordnung als PDF/A3 im FdV des Versicherten bereitzustellen, sodass eine Weiterleitung des Dokuments an Kostenträger im Kostenerstattungsprinzip über etablierte digitale Serviceangebote ermöglicht wird. Der Versicherte hat hierbei immer die Möglichkeit einen Pflegedienst auszuwählen und die Stammdaten des Pflegedienstes an den Kostenträger zu übermitteln (egal ob die Verordnung dort bereits eingelöst wurde oder nicht). Sofern bei einer Blankoverordnung die Angaben durch den Pflegedienst bereitgestellt wurden, werden diese ebenfalls über diesen Weg dem Kostenträger zur Prüfung bereitgestellt.

In folgenden Links werden die Anwendungsfälle im TI-Demonstrator dargestellt:

- [[Verordnung dem Kostenträger \(Sachleistungsprinzip\) bereitstellen und als Kostenträger einsehen](#)],
- [[Verordnung dem Kostenträger \(Kostenerstattungsprinzip\) als PDF/A3 bereitstellen](#)].

6.5.4 Einlösen als Vertreter

Häufig übernehmen pflegende Angehörige oder gesetzliche Vertreter die Aufgaben des Versicherten, wenn dieser nicht selbst dazu in der Lage ist. In dem Konzept wird die Rolle des Vertreters vorgesehen, jedoch nicht definiert, wie das Vertretungsverhältnis eingerichtet werden kann. Dies wird in einer anwendungsübergreifenden Vertreterregelung für alle Anwendungen der Telematikinfrastruktur definiert. Sofern nicht anders ausgeführt, hat der Vertreter die gleichen Rechte wie der Versicherte selbst.

6.5.5 User Stories

Als Versicherter möchte ich ...

1. die Verordnung komfortabel und ohne Medienbruch bei dem Pflegedienst meiner Wahl einlösen können. Hierfür möchte ich die gleichen Einlösewege nutzen, wie für andere Verordnungen, damit ich nichts Neues lernen muss.
2. die Möglichkeit haben, unverbindlich die Verfügbarkeit eines Pflegedienstes für die Leistungen meiner Verordnung anzufragen, um sicherzustellen, dass meine Versorgung zeitnah stattfinden kann.
3. bei einer unverbindlichen Anfrage die Option haben, weitere Angaben (z. B. zu Wunschzeiträumen der Leistungserbringung oder Interesse an weiteren Leistungen

oder Pflegesachleistungen) zu ergänzen, sodass ich einen geeigneten Pflegedienst finde.

4. bei der Suche nach einem passenden Pflegedienst in dem FdV nur die Pflegedienste angezeigt bekommen, die für meine verordneten Leistungen qualifiziert sind.
5. nach den Rückmeldungen der verschiedenen Pflegedienste entscheiden können, welcher der Pflegedienste die Verordnung final einlösen können soll.
6. informiert werden, sobald Pflegedienste eine Rückmeldung auf eine unverbindliche Anfrage gegeben haben, ob sie die Leistungen übernehmen können oder nicht, damit ich mich selbst schnell verbindlich entscheiden kann.
7. einzelne Verordnungen bei unterschiedlichen Pflegediensten einlösen können.
8. in dem FdV nachvollziehen können, wenn ein Pflegedienst meine Zuweisung der Verordnung angenommen (oder abgelehnt) hat und in welchem Status sich die Verordnung danach befindet.
9. in dem FdV einstellen können, dass mein Stammpflegedienst immer automatisch Folgeverordnungen erhalten soll, sodass ich nicht jedes Mal aktiv werden muss.
10. in dem FdV meine Favoriten-Pflegedienste markieren, damit ich diese bei der Einlösung einer neuen Verordnung schneller finde und nicht jedes Mal manuell suchen muss.
11. meinen Anspruch auf einen Ausdruck zur Verordnung in Anspruch nehmen können, insbesondere bei Erst-Verordnungen und wenn ich kein FdV nutze, damit ich bei der Suche nach einem Pflegedienst lesen kann, was mir verordnet wurde.
12. meinem Kostenträger die Verordnung vor der Einlösung bei einem Pflegedienst bereitstellen, um bspw. eine Beratung zu einem geeigneten Leistungserbringer zu erhalten oder einen vorläufige Kostenzusage zu erhalten.
13. meinem Kostenträger die Verordnung als Beleg einreichen, um z. B. ein persönliches Budget, eine Kostenerstattung oder Vorabgenehmigung (PKV) zu beantragen.
14. meine Kontaktdaten für den Pflegedienst hinterlegen können, wenn ich eine unverbindliche Anfrage oder eine Zuweisung durchführe.

Als MA in einem Pflegedienst möchte ich ...

1. Verfügbarkeitsanfragen von Versicherten in meinem PPS übersichtlich angezeigt bekommen, um schnell zu prüfen, ob ich die angefragte Leistung erbringen kann, damit ich meine Kapazitäten besser planen kann.
2. bei einer Verfügbarkeitsanfrage alle Informationen aus der Verordnung (z. B. Diagnosen, Leistungen, etc.) und der Anfrage (z. B. Wunschzeiträume oder weitere Angaben des Versicherten) einsehen, um prüfen können, ob unser Pflegedienst die notwendigen Kapazitäten hat, um die Leistung erbringen zu können.
3. Kontaktdaten des Anfragenden sehen können, um ggf. Kontakt mit ihm über einem anderen Kanal aufnehmen zu können.
4. zeitnah eine Rückmeldung geben können, ob die Leistungen zum aktuellen Zeitpunkt übernommen werden können, um den Versicherten eine schnelle Entscheidung zu ermöglichen.
5. zur verbindlichen Einlösung alle verfügbaren Einlösewege unterstützen können, sodass ich keinen Versicherten abweisen muss (z. B. Scan des Patientenausdrucks, mobiler Abruf via PoPP und eGK, Empfang der Verordnung via FdV).
6. vor der verbindlichen Einlösung alle Informationen aus der Verordnung (z. B. Diagnosen, Leistungen, etc.) einsehen, um zu prüfen und die Zusage geben zu können, dass unser Pflegedienst die notwendigen Kapazitäten hat, um die Leistung zu erbringen.

7. nach der verbindlichen Einlösung und vor dem Start des Entscheidungsprozesses die Verordnung über mein Pflegeprimärsystem an den Versicherten zurückgeben können, falls ich die Verordnung nicht annehmen kann/darf/möchte und die Verordnung somit durch einen anderen Pflegedienst erbracht werden soll (soll auch geräteübergreifend funktionieren).
8. mein Pflegeprimärsystem die CAN der Versicherten dauerhaft speichert, sodass ich diese nicht jedes Mal eingeben muss, wenn eine Folgeverordnung auf meinem mobilen Gerät via eGK und PoPP bei mir eingelöst wird
9. in der Lage sein, den Versicherten transparent über den Status der Anfrage zu informieren, insbesondere wenn die Leistungen nicht übernommen werden können, um Missverständnisse zu vermeiden und alternative Lösungen zu ermöglichen.
10. konfigurieren können, ob und wie automatisch auf Anfragen durch meine PPS geantwortet wird, damit ich damit keinen manuellen Aufwand habe. (z. B. wenn ich aktuell keine Kapazitäten habe, sollen Anfragen automatisch abgelehnt werden).
11. bei der Antwort auf die Verfügbarkeitsanfrage an den Versicherten auch zusätzliche Bemerkungen per Freitext hinzufügen können.

Als verordnender Arzt möchte ich ...

1. , dass ich nach Einstellen der Verordnung keine weiteren Schritte unternehmen muss.

Als MA eines Kostenträgers möchte ich ...

1. einen vollelektronischen Prozess, sodass ich keine papiergebundenen Unterlagen mehr aufbewahren muss.
2. (nach Einverständnis durch den Versicherten) auch schon vor der Einlösung bei einem Pflegedienst einen unkomplizierten Zugriff auf die Verordnungsdaten erhalten, um die Versicherten optimal zur Leistungsanspruchnahme beraten oder ggf. genehmigen und leistungsrrechtlich beurteilen zu können.
3. dass die Verordnung und z.B. ein Behandlungsplan für pHKP vollautomatisiert überspielt werden (an/in die Systeme der KTR) und nicht einzeln, versichertenbezogen und manuell von den Mitarbeitenden der Krankenkassen abgerufen werden müssen.

6.6 Angaben des Pflegedienstes erfassen

6.6.1 Angaben zur Leistungserbringung des Pflegedienstes erfassen

Bevor die Verordnung zur Leistungsentscheidung beim Kostenträger eingereicht werden kann, muss der vom Versicherten gewählte Pflegedienst eigene Angaben zur Leistungserbringung sowie zur Einrichtung in dem Datensatz "Angaben zur Leistungserbringung des Pflegedienstes" erfassen und mit der fortgeschrittenen Signatur der SMC-B signieren. Hierbei können GPOS-Daten optional ergänzt werden. Das Pflegeprimärsystem (PPS) unterstützt die Pflegefachpersonen bei der Befüllung des Datensatzes und kann etwa Übertragungen aus dem Verordnungsdatensatz anbieten sowie gleichbleibende Stammdaten zum Pflegedienst automatisch ergänzen. Sobald dieser Datensatz durch die Pflegeeinrichtung signiert und gespeichert worden ist, erhält der Kostenträger Zugriff auf den Vorgang und kann mit der Prüfung starten. Sofern im Verordnungsdatensatz mindestens eine Leistung vom Arzt als Blanko-Leistung markiert worden ist, muss zuvor ein Blankoverordnungsdatensatz durch die Pflegeeinrichtung auf den Fachdienst abgelegt worden sein.

Für Kostenträger mit dem Sachleistungsprinzip ist dieser Schritt verpflichtend. Bei Kostenträgern mit dem Kostenerstattungsprinzip ist er hingegen optional.

In folgendem Link wird der Anwendungsfall im TI-Demonstrator dargestellt:

- [\[Angaben zur Leistungserbringung des Pflegedienstes in Pflegeprimärsystem erfassen\]](#).

6.6.2 Kompetenzerweiterung (Blankoverordnung)

Gemäß [[§ 37 Abs. 8 SGB V](#)] können Pflegefachpersonen, die die in den [[Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V](#)] genannten Anforderungen erfüllen, innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens, für die im Leistungsverzeichnis des GB-A gekennzeichneten Leistungen selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen. Hierfür muss die Angabe "Dauer und Häufigkeit wird durch Pflegefachperson festgelegt" vom Verordnenden in der Verordnung ausgewählt worden sein.

Die qualifizierte Pflegefachperson dokumentiert für diese Leistungen die Dauer und Häufigkeit in einem separaten Datensatz und signiert diesen mit der fortgeschrittenen Signatur der SMC-B. Die Pflegefachperson muss im Datensatz über die Beschäftigtennummer erkennbar sein. Das Pflegeprimärsystem soll sicherstellen, dass nur Pflegefachpersonen mit der entsprechenden Kompetenz/Qualifikation die Daten zur Verordnung freigeben können.

Nachdem die Dauer und Häufigkeit durch die Pflegefachperson erfasst worden sind, stehen diese Informationen dem verordnenden Arzt in seinem PVS zur Verfügung. Die Pflicht sich regelmäßig mit dem Verordnenden abzustimmen (gemäß § 7 Absatz 4a der HKP-RL) ist hiervon unberührt. Auch der Versicherte kann über das FdV die Informationen über das FdV einsehen. Dem Kostenträger (Sachleistungsprinzip) stehen die Informationen im Rahmen der Leistungsentscheidung ebenfalls zur Verfügung. Der Kostenträger (Sachleistungsprinzip) erhält Zugriff auf diesen Datensatz, um ihn im Rahmen der Leistungsentscheidung einzusehen, sobald der Pflegedienst den Datensatz "Angaben zur Leistungserbringung des PD" an den Fachdienst übertragen hat. Dem Kostenträger (Kostenerstattungsprinzip) können die Angaben als PDF/A3 durch den Versicherten bereitgestellt werden.

In folgendem Link wird der Anwendungsfall im TI-Demonstrator dargestellt:

- [\[Die verordnete Leistung "Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung" wird vom Arzt als Blanko-Leistung markiert\]](#),
- [\[Die Angaben zur Dauer & Häufigkeit der Leistung "Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung" wird von der Pflege erfasst\]](#)

6.6.3 User Stories

Als Arzt möchte ich ...

1. , dass ich dem Pflegedienst die Entscheidung über Häufigkeit und Dauer überlassen kann, sofern dies gemäß der HKP-RL möglich ist.
2. die gewählte Häufigkeit und Dauer von der Pflegefachperson in meinem PVS einsehen können.
3. selbst keine Häufigkeit und Dauer bei Leistungen erfassen können, bei denen ich angegeben habe, dass die Pflegefachperson diese erfassen soll, sodass es zu keinen Unstimmigkeiten kommt.
4. in meinem PVS konfigurieren können, ob ich über neu eingestellte Blankoverordnungsdatensätze und Angaben zur Leistungserbringung des

Pflegedienstes informiert werden möchte, oder ob ich diese nur bei Bedarf einsehen können möchte.

Als MA einer Pflegeeinrichtung möchte ich ...

1. , dass mir ein aktuelles Verzeichnis der abrechenbaren Leistungen zur Verfügung steht (Die Vergütungsvereinbarung muss - wie jetzt - im Pflegeprimärsystem erhalten bleiben).
2. , dass meine Stammdaten automatisch in die Blankoverordnung sowie den Angaben des Pflegedienstes für den Entscheidungsprozess übertragen werden, sodass ich keine manuellen Aufwände habe.
3. Angaben zu verordneten Leistungen aus der Verordnung des Arztes (automatisch) in die Angaben des Pflegedienstes übernehmen können. Dabei soll sichergestellt werden, dass die Informationen zur Leistungserbringung auf Basis der verordneten Leistungen vollständig sind.
4. , dass ich auf Unstimmigkeiten zwischen der Verordnung und den vertraglichen Vereinbarungen oder gar Unstimmigkeiten zur HKP-RL hingewiesen werde, um rechtzeitig Korrekturen vornehmen oder mit dem Arzt Rücksprache halten zu können.
5. erfasste Angaben digital signieren können.
6. die erfassten und signierten Angaben elektronisch übertragen können, sodass keine Papiausdrucke und kein Versand per Post erforderlich sind.
7. beim Ergänzen der Dauer und Häufigkeit bei Blankoverordnungen nur gemäß der HKP-RL zulässige Werte eintragen können, sodass keine Korrekturschleifen benötigt werden.
8. , dass der verordnende Arzt meine gewählte Dauer und Häufigkeit bei Blankoverordnungen in seinem PVS einsehen kann, sodass ich ihn nicht separat informieren muss.

Als Mitarbeiter eines Kostenträgers im Sachleistungsprinzip möchte ich ...

1. , dass nur qualifizierte Pflegefachpersonen die Dauer und Häufigkeit einer Leistung erfassen können.
2. durch eine Plausibilitätsprüfung beim Erfassen der Dauer und Häufigkeit eine gesteigerte Ausfüllqualität erhalten, um eine effiziente Prüfung zu ermöglichen.
3. , dass Pflegedienste vorab prüfen können, ob die verordnete Leistung nach dem Vertrag mit dem Kostenträger des Versicherten und gemäß HKP-Richtlinie plausibel ist.

Als Versicherter möchte ich ...

1. die gewählte Häufigkeit und Dauer von der Pflegefachperson in meinem FdV einsehen können.

6.7 Prozess zur Leistungsentscheidung / Kostenerstattungsanfrage

6.7.1 Für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Sachleistungsprinzip

Für gesetzlich Versicherte muss ein Prozess zur Leistungsentscheidung zwingend durchlaufen werden. Es gilt der Grundsatz der Kostenübernahme bis zur Leistungsentscheidung, wenn die Verordnung innerhalb der Frist von 4 Tagen nach deren Ausstellung gemäß HKP-Richtlinie § 6 Absatz 5 zur Leistungsentscheidung beim

Kostenträger eingereicht worden ist. Der Prozess zur Leistungsentscheidung wird vom Pflegedienst über sein Pflegeprimärsystem gestartet. Voraussetzung hierfür ist, dass die Verordnung dem Pflegedienst zugewiesen und alle Angaben des Pflegedienstes erfasst und mit der SMC-B signiert worden ist.

Der Kostenträger, der im Verordnungsdatensatz durch den Arzt erfasst wurde, erhält somit über das Kostenträgerverwaltungssystem (KTRVS) Zugriff auf den Vorgang, bzw. genauer auf den Verordnungsdatensatz, die Angaben zur Leistungserbringung des PD, den Blankoverordnungsdatensatz und begleitende Unterlagen, die vom Arzt oder von der Pflegefachperson zu dieser Verordnung erfasst worden sind. Sollte der Kostenträger feststellen, dass er unzuständig ist, ist das Vorgehen wie in Kapitel [6.9- Unzuständigkeit der Krankenkasse (nur GKV und DGUV)] zu beachten. Sobald die Leistungsentscheidung gestartet worden ist, sind die Angaben des Pflegedienstes nicht mehr veränderbar. Der Kostenträger kann zu jeder beantragten Leistungsposition im KTRVS erfassen, ob diese genehmigt, teilgenehmigt (also in geringerem Umfang genehmigt) oder abgelehnt wird. Bei Fehlern in der Verordnung, die durch den Verordnenden zu prüfen/korrigieren sind, wird ein Korrekturprozess angestoßen. Ebenso kann eine Korrektur des Blankoverordnungsdatensatzes bei dem Pflegedienst angefragt werden (siehe Kapitel [6.8- Korrekturprozesse]). Sollten für die Prüfung Inhalte der bereitgestellten Datensätze oder Unterlagen an Dritte weitergegeben werden müssen (z. B. Medizinischer Dienst) erfolgt dies außerhalb der TI und wird durch das vorliegende Konzept nicht definiert. Hat der Kostenträger den Vorgang vollständig geprüft, wird die Entscheidung zur Genehmigung, Ablehnung, Teilgenehmigung für jede einzelne Leistung über das KTRVS im Fachdienst als Entscheidungsdatensatz erfasst und mit der SMC-B signiert. Das Ergebnis des Antragsprozesses kann durch den Kostenträger solange verändert werden (z.B. im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens), bis die Verordnung aus dem Fachdienst gelöscht wurde. Der Kostenträger kann für den Arzt, den Versicherten und den Pflegedienst individuelle Begründungen zu der Entscheidung eintragen. Der Versicherte wird über das FdV über den Abschluss der Prüfung informiert und kann die Entscheidung einsehen. Dies ersetzt nicht die Bekanntgabe des Verwaltungsaktes nach § 35 SGB X. Die Arztpraxis und der ambulante Pflegedienst können die Entscheidung über die eigenen Primärsysteme ebenfalls einsehen und werden über das Update informiert. Ergänzende Kommunikationswege zum Versicherten (Kostenträger-Service-App, TI-Messenger), Arzt oder Pflegedienst können unabhängig davon zusätzlich von den Kostenträgern genutzt werden, ebenso ergeht wie bislang eine schriftliche oder ggf. elektronische Information an die Versicherten.

In folgenden Links werden die Anwendungsfälle im TI-Demonstrator dargestellt:

- [\[Prozessdarstellung einer Genehmigung in PPS, PVS, KTRVS und FdV\]](#),
- [\[Prozessdarstellung einer Ablehnung in PPS, PVS, KTRVS und FdV\]](#),
- [\[Prozessdarstellung einer Teilgenehmigung in PPS, PVS, KTRVS und FdV\]](#).

6.7.2 Für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip

Neu bei Privatversicherten und Beihilfeberechtigten, deren Kostenträger grundsätzlich dem Kostenerstattungsprinzip zuzuordnen sind (siehe Kapitel Leistungsgewährungsprinzipien), kann ein Genehmigungsverfahren je nach Tarif optional oder verpflichtend erfolgen. Der Versicherte kann ein PDF-Dokument mit den verfügbaren Datensätzen (Verordnungsdatensatz, ggf. Blankoverordnungsdatensatz und mindestens im Basistarif mit einem Eintrag des gewählten Pflegedienstes aus dem Verzeichnisdienst) aus dem FdV heraus exportieren (Kostenerstattungsanfrage-Bundle) und bei seinen Kostenträgern über die jeweilige App vorlegen. Das Genehmigungsverfahren des Kostenträgers hat keine Schnittstelle zum Fachdienst in der TI. Die Information an den Versicherten zum Ergebnis der Leistungsentscheidung erfolgt

daher auch nicht über den Fachdienst, sondern über andere Kommunikationswege zwischen dem Versicherten und dem Kostenträger. Sofern eine Ablehnung erfolgt, obliegt es dem Versicherten als Vertragspartner des Pflegedienstes, den Pflegedienst selbst zu informieren.

Sofern der Verordnungsdatensatz keine Option zur Ergänzung durch den Pflegedienst vorsieht (Angaben in einer Blankoverordnung also ausgeschlossen sind), kann direkt nach dem Verordnen durch die Arztpraxis die Bereitstellung des exportierten PDFs zur Genehmigungsprüfung erfolgen. Ist hingegen die Möglichkeit der Angabe von Dauer und Häufigkeit durch die Pflegefachperson in der ärztlichen Verordnung vorgesehen, so ist die Blankoverordnung inkl. Verordnungsdatensatz nach Zuweisung an den Pflegedienst zunächst zu erstellen und kann danach vom Privatversicherten als Kostenerstattungsanfrage-Bundle dem eigenen Kostenträger bereitgestellt werden.

Das Kostenerstattungsanfrage-Bundle, der im PDF bereitgestellten Inhalte, lässt sich wie folgt zusammenfassen:

1. Verordnungsdatensatz inkl. technischer Signatur des Fachdienstes
2. Blankoverordnungsdatensatz inkl. technischer Signatur des Fachdienstes sofern vorhanden
3. Angaben des Pflegedienstes (Name, Adresse, IK und, sofern vorhanden, KIM-Adresse). Sofern die Auswahl und Zuweisung eines Pflegedienstes noch nicht erfolgt ist, kann der Versicherte das Kostenerstattungsanfrage-Bundle auch ohne entsprechende Angaben einreichen. Anbieter des FdV können jedoch optional – je nach Tarifart (z. B. Basistarif) – technisch vorsehen, dass eine Einreichung erst möglich ist, sobald Auswahl und Zuweisung eines Pflegedienstes abgeschlossen sind.

Das PDF enthält eine menschenlesbare Darstellung, welche von dem PKV-Verband festzulegen ist sowie maschinenlesbare strukturierte Daten.

In folgenden Links werden die Anwendungsfälle im TI-Demonstrator dargestellt:

- [\[PKV-Versicherter ohne Blankoverordnung nach der Einlösung im FdV \]](#),
- [\[PKV-Versicherter ohne Blankoverordnung vor der Einlösung im FdV \]](#),
- [\[PKV-Versicherter mit Blankoverordnung nach der Einlösung im FdV \]](#).

6.7.3 User Stories

Als Arzt möchte ich ...

1. in meinem PVS konfigurieren können, ob ich über neu eingestellte Entscheidungsdatensätze informiert werden möchte, oder ob ich diese nur bei Bedarf einsehen können möchte. (nur gesetzliche Kranken- oder Unfallkasse sowie sonstige Kostenträger im Sachleistungsprinzip, nicht PKV und Beihilfe)

Als Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung möchte ich ...

1. , dass die erfassten erbrachten Leistungen automatisch mit den genehmigten Leistungen der Kostenträger (Sachleistungsprinzip) abgeglichen werden, um sicherzustellen, dass alle erbrachten Leistungen gemäß den genehmigten Leistungen erfasst wurden.
2. , dass die Verordnung zur Leistungsentscheidung automatisch dem richtigen Kostenträger übermittelt wird, sodass ich dabei keine Fehler machen kann.
3. Einsicht in den Status der Bearbeitung eines Entscheidungsprozesses haben.
4. eine Statusanzeige für jeden Entscheidungsprozesses sehen können.

5. eine Information über Ablehnungsgründe zu den von mir erfassten Angaben (z. B. Dauer und Häufigkeit bei Blankoverordnung), die vom Kostenträger (Sachleistungsprinzip) für mich erfasst wurden, bzw. die (Teil-) Genehmigung einer Verordnung erhalten.
6. die Gültigkeit der QES des Arztes prüfen können.
7. bei Ablehnung von meinem PPS informiert und dabei unterstützt werden, die Tourenplanung entsprechend anzupassen.

Als Versicherter möchte ich ...

1. den Pflegedienst bitten können, die Verordnung zwecks Leistungsentscheidung an meinen Kostenträger weiterzuleiten (Sachleistungsprinzip).
2. die (Blanko)Verordnung zwecks (Vorab-)Leistungsentscheidung an meinen Kostenträger eigenständig weiterleiten können (Kostenerstattungsprinzip).
3. sehen können, dass die Verordnung zur Genehmigung beim Kostenträger vorliegt.
4. über das Ergebnis der Leistungsentscheidung informiert werden.
5. , dass auch mein Arzt sowie der Pflegedienst über den Status und das Ergebnis der Leistungsentscheidung automatisch und zeitnah informiert werden (Sachleistungsprinzip).

Als Mitarbeiter eines Kostenträgers im Sachleistungsprinzip möchte ich ...

1. dass die Angaben des Pflegedienstes automatisch innerhalb des KTRS mit den vertraglichen Bedingungen abgeglichen werden, um sicherzustellen, dass alle Leistungen den aktuell vereinbarten Verträgen entsprechen.
2. die Möglichkeit haben Verordnungen inkl. ggf. bereitgestelltem Behandlungsplan für pHKP digital zu empfangen, um sie entsprechend dem gesetzlichen Auftrag zu prüfen und dabei den Verwaltungsaufwand zu reduzieren und Prozesse effizient zu gestalten.
3. , dass nur Verordnungen bei mir ankommen, für die ich zuständig bin (bspw. anhand der IK, TID), um unnötige Rücksprachen oder Zurückweisungen aufgrund Unzuständigkeiten zu vermeiden.
4. nur einen Teil der verordneten Leistungen genehmigen können; möchte dem Versicherten aber ermöglichen die genehmigungsfähige Teilleistung zu erhalten.
5. in der Lage sein, Verordnungen schnell und sicher zu überprüfen, ob die Verordnung den geltenden Richtlinien und Vorschriften entspricht bzw. bestenfalls eine Dunkelverarbeitung durchführen.
6. , dass der Status des Entscheidungsprozesses allen Beteiligten jederzeit transparent ist und die Entscheidung automatisch mitgeteilt wird, damit unnötige Rückfragen entfallen.
7. über eine Schnittstelle die Daten aus den Verordnungen in andere Systeme übernehmen können (z. B. Genehmigungsschreiben auch in die ePA oder Kostenträger-Service-App stellen können).
8. die Entscheidung über die Genehmigung/Ablehnung/Teilgenehmigung allen Beteiligten (Arzt, PD, gesetzl. Vertreter, Versicherter) medienbruchfrei zur Verfügung stellen.
9. die Gültigkeit der QES des Arztes prüfen können.

Als Mitarbeiter eines Kostenträgers im Kostenerstattungsprinzip möchte ich ...

1. , dass Versicherte (Blanko)-Verordnungen optional zur Vorabgenehmigung vorlegen können.

2. , dass Versicherte im Basistarif (Blanko)-Verordnungen inkl. Angaben zum Pflegedienst zwingend zur Genehmigung vorlegen müssen.
3. von Versicherten die Informationen für die Genehmigung als PDF mit eingebetteten strukturierten Daten erhalten, sodass die Daten in meinem KTRVS automatisch verarbeitet werden können (Abgleich mit HKP-Richtlinie und Vertragsbedingungen in Dunkelverarbeitung).
4. Versicherten auf elektronischem Weg (Service App des Kostenträgers) Rückmeldung zum Genehmigungsverfahren geben können.
5. nur (Blanko)Verordnungen erhalten, für die ich zuständig bin.
6. , dass die Gültigkeit der QES des Arztes durch die Signatur des Fachdienstes bestätigt, im generierten PDF eingebettet und anschließend beim Kostenträger überprüft werden kann.

6.8 Korrekturprozesse

Disclaimer: Die Details der Korrekturprozesse werden im Rahmen der technischen Konzeption detailliert ausgearbeitet.

Im Rahmen der Verordnung häuslicher Krankenpflege kann es nach der Ausstellung einer Verordnung erforderlich werden, inhaltliche Korrekturen oder Ergänzungen vorzunehmen. Der Korrekturprozess stellt sicher, dass alle beteiligten Akteure – insbesondere Ärzte, Pflegedienste und Kostenträger, aber auch der Versicherte selbst – stets Zugriff auf die aktuellste und gültige Version der Verordnung haben. Zudem wird gewährleistet, dass die Historie der Änderungen transparent und nachvollziehbar bleibt und die Korrekturen in einem strukturierten und einheitlichen Vorgehen erfolgen.

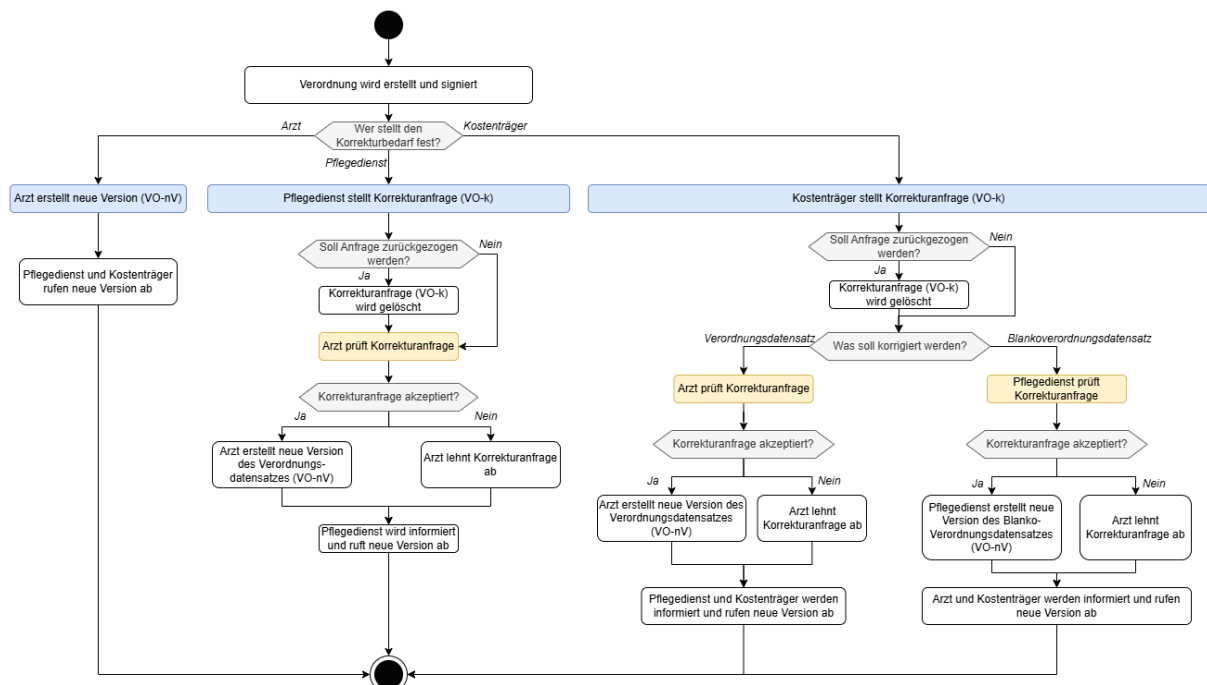


Abbildung 5: Übersicht über den Korrekturprozess

Der Prozess beginnt mit der Ausstellung und Signatur einer Verordnung durch den behandelnden Arzt. Der Korrekturbedarf kann durch den Arzt selbst, den Pflegedienst

oder die Kostenträger (nur Sachleistungsprinzip) festgestellt werden. Je nach Ausgangspunkt der Korrekturanforderung unterscheiden sich die Abläufe und die beteiligten Akteure:

6.8.1 Korrektur durch den verordnenden Arzt selbst

Falls in der Arztpraxis oder beim Versicherten nach der Signatur ein Fehler auf der Verordnung auffällt, kann der bestehenden Verordnung eine neue Version hinzugefügt werden. Dies ist so lange möglich, bis die Verordnung bei einem Pflegedienst verbindlich eingelöst wurde. Danach muss zwingend eine Korrekturanforderung (s. u.) vorliegen, damit der Arzt eine neue Version erstellen kann. (Alternativ kann der Arzt die Verordnung löschen, solange noch kein Pflegedienst zugewiesen wurde, und eine neue Verordnung anlegen)

6.8.2 Korrekturanforderung durch den Pflegedienst

Häufiger wird der Korrekturprozess jedoch durch den Pflegedienst initiiert. Stellt der Pflegedienst fest, dass die Verordnung unklare oder unvollständige Angaben enthält, wird eine Korrekturanfrage an den Arzt gestellt. Diese Anfrage (VO-k) enthält einen Vorschlag für den korrigierten Verordnungsdatensatz inkl. Begründungen, warum die Änderungen notwendig sind. Der Arzt wird über die Korrekturanfrage in seinem PVS informiert, prüft die Anfrage, nimmt die erforderlichen Änderungen vor und signiert die korrigierte Verordnung (VO-nV). Anschließend steht dem Pflegedienst die neue Version automatisch - und ohne aktive Beteiligung des Versicherten - zur Verfügung und kann als Grundlage für die Versorgung, den Entscheidungsprozess und die spätere Abrechnung genutzt werden. Sollte die Anfrage vom Arzt abgelehnt werden, wird der Pflegedienst darüber ebenfalls informiert und der Verordnung wird (dennoch) eine neue Version - mit dem ursprünglichen Inhalt - hinzugefügt. Der Pflegedienst kann dann entscheiden, ob die Verordnung an den Versicherten zurückgegeben werden soll oder mit dem Antragsprozess fortfahren soll. Der Korrekturvorschlag kann so lange von dem Pflegedienst überschrieben oder gelöscht werden, bis der Arzt eine neue Version des Verordnungsdatensatzes gespeichert und somit auf die Anfrage geantwortet hat.

In folgendem Link wird der Anwendungsfall im TI-Demonstrator dargestellt:

- [\[Korrekturanfrage durch den Pflegedienst und die Bearbeitung der Anfrage in der Arztpraxis\]](#).

6.8.3 Korrekturanforderung durch den Kostenträger (Sachleistungsprinzip)

Wenn der Sachbearbeiter des Kostenträgers feststellt, dass die Verordnung fehlerhaft ist – etwa, weil die Angabe der Einschränkungen, welche Maßnahmen der HLK erforderlich machen, fehlt oder ein Zahlendreher gefunden wurde –, wird eine Korrekturanfrage an den Arzt gestellt. Dies ist im Rahmen der Antragsprüfung möglich. Der Arzt wird auf die Korrekturanfrage hingewiesen und prüft diese. Bei Bedarf erstellt und signiert er eine neue, korrigierte Version der Verordnung (VO-nV). Der Kostenträger, aber auch der vom Versicherten gewählte Pflegedienst, haben sofort Zugriff auf die neue Version der Verordnung. Der Kostenträger kann diese erneut prüfen und eine Genehmigung/Teilgenehmigung/Ablehnung dokumentieren.

Sollte der Korrekturbedarf sich auf den Blankoverordnungsdatensatz beziehen, der von dem Pflegedienst erstellt wurde, kann eine Korrekturanfrage inkl. Korrekturvorschlag an den Pflegedienst gestellt werden. Dieser wird über die Anfrage informiert, kann diese prüfen und ggf. eine neue, korrigierte Version des Blankoverordnungsdatensatzes erstellen. Der verordnende Arzt und der Kostenträger können auf diese Version dann

zugreifen und der Sachbearbeiter des Kostenträgers kann erneut prüfen und eine Genehmigung/Teilgenehmigung/Ablehnung dokumentieren.

Der Korrekturvorschlag kann so lange von dem Kostenträger überschrieben oder gelöscht werden, bis der Arzt eine neue Version des Verordnungsdatensatzes gespeichert und somit auf die Anfrage geantwortet hat.

In folgendem Link wird der Anwendungsfall im TI-Demonstrator dargestellt:

- [\[Korrekturanfrage durch den Kostenträger und Bearbeitung der Anfrage in der Arztpraxis\]](#).

6.8.4 Grundsätzliche Anforderungen, die an die Korrekturprozesse gestellt werden

Klarheit zu (Un-)Gültigkeit der (Blanko-)Verordnung bzw. Korrekturanfrage

1. eine neu signierte Version einer (Blanko-)Verordnung ist immer die aktuell gültige Version
2. eine neu signierte Version macht vorhergehende Versionen einer (Blanko-)Verordnung ungültig
3. Die Versionen einer Verordnung müssen nachvollziehbar sein, d.h. sie sind immer dem ursprünglichen Vorgang zuzuordnen
4. Die Korrekturanfrage wird automatisch ungültig, sobald eine neue Version der Verordnung ausgestellt oder die Anfrage abgelehnt wurde.

Schnelle und enge Zusammenarbeit der Akteure wird ermöglicht

1. Es kann beliebig viele Versionen einer Verordnung geben, aber nur die neueste Version ist gültig.
2. Es kann daher bei Bedarf mehr als eine Korrekturschleife durchlaufen werden. Die einzelnen Korrekturanfragen müssen immer auf der zuletzt gültigen bzw. aktuellen Version (VO oder VO-nV) aufbauen.

Transparenz für alle Akteure, sobald diese erstmalig in den Vorgang involviert werden

1. Alle Versionen einer (Blanko)Verordnung können von dem Pflegedienst und dem Kostenträger eingesehen werden (sobald sie Zugriff gemäß Prozessbild haben).
2. Alle Versionen einer (Blanko)Verordnung können immer vom Arzt und vom Versicherten eingesehen werden.
3. Die Korrekturanfrage, die von einem Pflegedienst bei einem Arzt gestellt wird, können zunächst nur vom Pflegedienst selbst, dem Versicherten und dem Arzt eingesehen werden. Der Kostenträger sieht Korrekturanfragen eines Pflegedienstes erst nach dem ersten Zugriff auf den Vorgang (im Zuge der Leistungsentscheidung).
4. Ablehnungen von Korrekturanfragen können immer vom Arzt oder dem Pflegedienst begründet werden.

Inhaltliche Klarheit

1. Änderungen von Stammdaten des Versicherten, des Arztes, der Praxis, des Kostenträgers oder des Pflegedienstes in einer neuen Version der (Blanko)Verordnung kann es nicht geben.
2. Korrekturanfragen beziehen sich daher beispielsweise auf die verordneten Leistungen, Leistungszeitraum oder die Angaben zu den Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege notwendig machen.

Prozessuale Klarheit / Verantwortungsklarheit

1. Der Empfänger einer Korrekturanfrage muss erkennen können, wer die Anfrage gestellt hat.
2. Es darf für die einzelne Verordnung nur eine aktive Korrekturanfrage geben. Diese muss zunächst durch den Arzt bzw. den Pflegedienst beantwortet werden, bevor eine erneute Korrekturanfrage gestellt werden kann.
3. Korrekturanfragen zur Verordnung dürfen vom Pflegedienst nur im Status "**zugewiesen**" ausgelöst werden.
4. Korrekturanfragen zur Verordnung oder Blankoverordnung dürfen vom Kostenträger nur im Status "**offen**" oder "**Antragsprüfung**" ausgelöst werden.
5. Korrekturanfragen können so lange zurückgezogen bzw. gelöscht werden, bis der Empfänger der Korrekturanfrage mit einer neuen Version des (Blanko-)Verordnungsdatensatzes darauf reagiert hat.

Flexibilität für Leistungserbringer und Kostenträger

1. In Einzelfällen können neue Versionen einer Verordnung auch von anderen Ärzten signiert werden als vom ursprünglich verordnenden Arzt. (Vertretung).
2. Signieren neuer Versionen der (Blanko-)Verordnung ist leistungserbringerinstitutions- bzw. kostenträgerinstitutionsabhängig aber innerhalb der jeweiligen Organisation personenunabhängig. Einschränkung: kollegiale Vertretung im niedergelassenen Bereich erfordert, dass eine neue Verordnung statt einer neuen Version erstellt wird.

Einheitliche Behandlung der Datensätze und Versionen eines Vorgangs am Fachdienst

1. Versionen werden nicht gelöscht, sondern liegen im Fachdienst, bis der gesamte Vorgang gelöscht wird.
2. Der Gesamtvorgang mit allen zugehörigen Versionen der (Blanko)Verordnungen und erstellten Korrekturanfragen hat einen Status.

6.8.5 Besonderheiten beim Kostenerstattungsprinzip

Es gibt folgende Unterschiede im Falle der Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip (z.B. für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte): Bei Korrekturanfragen durch den Kostenträger organisiert der Versicherte selbst die notwendigen Anpassungen der Verordnung beim Arzt. Dies erfolgt nicht über den zuvor genannten Prozess, da weder diese Kostenträger Zugriff auf den Fachdienst haben noch der Versicherte einen konkreten Korrekturvorschlag erstellen kann. Der Versicherte wendet sich daher auf direktem Weg an den Verordnenden (außerhalb dieser TI-Anwendung) und dieser löscht die Verordnung bei Bedarf und stellt eine neue Verordnung aus. Hier muss berücksichtigt werden, dass dies nur möglich ist, solange die Verordnung nicht von einem Pflegedienst abgerufen und die Zuweisung bestätigt wurde. Hat ein Pflegedienst die Zuweisung bereits angenommen, kann der Pflegedienst auch in diesen Fällen die Korrekturanfrage an den verordnenden Arzt übermitteln.

6.8.6 Benachrichtigungen über Änderungen innerhalb des Korrekturprozesses an verschiedene Akteure

Nur der Akteur, der als nächstes im Korrekturprozess handeln muss, sollte auch aktiv benachrichtigt werden. Alle am Prozess beteiligten können den Status des Korrekturverfahren einsehen. Sofern Art und/oder Umfang der verordneten Leistungen angepasst wurden, soll die Pflegesoftware einen Hinweis ausgeben.

6.8.7 User Stories

Als Arzt möchte ich

1. nach der Ausstellung einer Verordnung die Möglichkeit haben, Fehler oder unvollständige Angaben selbst zu korrigieren, damit die Verordnung den medizinischen Anforderungen entspricht und korrekt ist.
2. nachvollziehen können, ob eine Korrekturanfrage von einem Pflegedienst oder einem Kostenträger gestellt wurde, damit ich die Anfrage gezielt bearbeiten kann. Ich möchte erkennen können, welcher Pflegedienst bzw. welcher Kostenträger die Anfrage gestellt hat, damit ich im Zweifel über andere Kanäle Rücksprache halten kann.
3. Korrekturanfragen von Pflegediensten oder Kostenträgern meinem PVS angezeigt bekommen, damit ich die notwendigen Änderungen vornehmen kann.
4. die Möglichkeit haben, eine Korrekturanfrage abzulehnen und eine Begründung dafür anzugeben, um die ursprüngliche Verordnung beizubehalten und Rückfragen zu vermeiden.
5. eine neue Version der Verordnung erstellen können, die entweder den Korrekturvorschlägen entspricht oder von diesen abweicht, um medizinische Entscheidungen flexibel treffen zu können.
6. dass die neue, korrigierte Verordnung bzw. die Ablehnung einer Anfrage automatisch an den Anfragenden übermittelt wird, damit ich hier keine manuellen Aufwände habe.
7. dass eine MFA in meiner Praxis die Anfragen ebenfalls einsehen und vollständig bearbeiten kann.
8. immer über neu eingetroffene Anfragen vom Pflegedienst oder Kostenträger in meinem PVS informiert werden, damit ich eine schnelle Rückmeldung geben kann.
9. im Einzelfall auch korrigierte Verordnungen von Kollegen aus meiner Praxis mit der Institutionskarte signieren können, wenn diese die neue Verordnung nicht selbst unterschreiben können (z. B. Urlaub, Wochenende), damit die Versorgung der Versicherten sichergestellt ist.
10. gelöschte bzw. zurückgezogene Korrekturanfragen von Pflegediensten oder Kostenträgern nicht angezeigt bekommen, sodass ich mir damit keine Arbeit mache.
11. immer die originale und neuste Version des Verordnungsdatensatzes einsehen können.

Als Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung möchte ich ...

1. eine Korrekturanfrage an den Arzt stellen können, wenn ich feststelle, dass die Verordnung unklare oder unvollständige Angaben enthält, damit die Versorgung des Patienten korrekt durchgeführt werden kann.
2. in der Korrekturanfrage konkrete Vorschläge für Änderungen machen können, um den Arzt bei der Bearbeitung zu unterstützen.
3. in der Korrekturanfrage Begründungen für meine vorgeschlagenen Änderungen senden können, um Rückfragen zu vermeiden.
4. dass mein PPS die Anfrage automatisch an den richtigen Arzt bzw. seine Praxis sendet, damit ich keine manuellen Aufwände in der Auswahl des Adressaten habe.
5. über Korrekturanfragen des Kostenträgers informiert werden, wenn diese sich auf eine von mir erstellte Blankoverordnung beziehen, damit ich die notwendigen Änderungen vornehmen kann, oder die Möglichkeit haben, eine Korrekturanfrage abzulehnen und eine Begründung dafür anzugeben.

6. eine neue Version der Blankoverordnung erstellen können, die entweder den Vorschlägen des Kostenträgers entspricht oder von diesen abweicht, um die Versorgung weiterhin sicherzustellen
7. automatisch Zugriff auf die neueste Version der Verordnung erhalten, sobald der Arzt eine Korrektur vorgenommen hat, damit ich die Versorgung auf Basis der aktuellen Verordnung durchführen kann.
8. einen Hinweis bei Änderungen im Datensatz durch Korrekturen erhalten, die vom Kostenträger beim Arzt angeregt wurden, mindestens dann, wenn sich Art und/oder Umfang verändert haben.
9. gelöschte bzw. zurückgezogene Korrekturanfragen von Kostenträgern nicht angezeigt bekommen, sodass ich mir damit keine Arbeit mache.
10. Korrekturanfragen bei Ärzten zurückziehen oder aktualisieren können, wenn sich der Bedarf geändert hat oder ich innerhalb der Frist den Vorgang zur Leistungsentscheidung einreichen möchte.
11. immer die originale und neuste Version des Verordnungsdatensatzes einsehen können.

Als MA eines Kostenträgers möchte ich ...

1. eine Korrekturanfrage an den Arzt stellen können, wenn ich der Ansicht bin, dass die Verordnung fehlerhaft ist, um die Leistungsentscheidung korrekt prüfen zu können.
2. eine Korrekturanfrage an den Pflegedienst stellen können, wenn ich der Ansicht bin, dass eine Blankoverordnung fehlerhaft ist, damit der Pflegedienst die notwendigen Änderungen vornehmen kann.
3. Zugriff auf die neue Version der Blankoverordnung erhalten, sobald der Pflegedienst diese erstellt hat, um die Leistungsentscheidung erneut prüfen zu können.
4. immer die originale und neuste Version des (Blanko-)Verordnungsdatensatzes einsehen können, um die Historie der Änderungen nachvollziehen zu können.
5. Korrekturanfragen bei Ärzten oder Pflegediensten zurückziehen oder aktualisieren können, wenn sich der Bedarf geändert hat.

Als Versicherter möchte ich ...

1. über Änderungen an meiner Verordnung informiert werden, wenn diese durch den Arzt, den Pflegedienst oder den Kostenträger vorgenommen wurden, damit ich den aktuellen Stand nachvollziehen kann.
2. nachvollziehen können, welche Version der Verordnung aktuell gültig ist, um sicherzustellen, dass meine Versorgung korrekt erfolgt.
3. die Möglichkeit haben, den Arzt auf Anpassungsbedarf in der Verordnung hinzuweisen, solange diese noch nicht von einem Pflegedienst eingelöst worden ist, um sicherzustellen, dass die Verordnung meinen Bedürfnissen entspricht.
4. erfahren, ob eine Korrekturanfrage vom Kostenträger oder dem Pflegedienst gestellt wurde, um den Grund für Änderungen zu verstehen.

6.9 Unzuständigkeit der Krankenkasse (nur GKV und DGV)

In seltenen Fällen kann es dazu kommen, dass bei der Verordnung ein Kostenträger vom verordnenden Arzt erfasst wird, der nicht für den Versicherten zuständig ist (z. B. bei einem Kassenwechsel). In diesen Fällen kann entweder eine neue Verordnung mit dem korrekten Kostenträger ausgestellt werden (insbesondere bei Wechsel von PKV zu GKV

oder GKV zu DGVU), oder die Verordnung an den zuständigen Kostenträger (innerhalb der GKV oder innerhalb der DGVU) weitergeleitet werden. Es wird in zwei Fälle unterschieden:

Fall 1: Die Zuständigkeit der Krankenkasse endet vor dem Verordnungszeitraum oder hat nie vorgelegen.

Ergebnis: Die abgebende Krankenkasse lehnt den Vorgang im Status Antragsprüfung ab und markiert den Vorgang als "Unzuständigkeit". Der Versicherte und der Pflegedienst werden über die Ablehnung informiert und darüber, dass die Zugriffsinformationen auf den Vorgang der neuen Krankenkasse zur Verfügung gestellt wurden. Eine abgebende Krankenkasse muss die Zugriffsinformationen auf die Verordnungsdaten mehrfach an eine aufnehmende Krankenkasse übermitteln können. Die aufnehmende Krankenkasse führt ein eigenes Verwaltungsverfahren durch. Die Vorgangsdaten können von der neuen Krankenkasse eingesehen werden, ohne dass die alte IK im Verordnungsdatensatz geändert wird.

Empfehlung: Für den Fall 1 empfiehlt die gematik den gesetzlichen Krankenkassen, dass die abgebende Krankenkasse die Zugriffsinformationen inkl. AccessCode des Vorgangs der neuen Krankenkasse zur Verfügung stellt. Diese Regelung stellt jedoch kein Präjudiz für weitere Verordnungstypen (z. B. Hilfsmittel etc.) dar. *In einer weiteren Ausbaustufe der elektronischen Verordnung wird eine Weiterleitungsmöglichkeit innerhalb des Fachdienstes geprüft.*

Fall 2: Die Mitgliedschaft endet im Laufe des Verordnungszeitraums.

Ergebnis: Die abgebende Krankenkasse erlässt eine Änderung zum vorherigen Verwaltungsakt und kürzt den Zeitraum im Entscheidungsdatensatz entsprechend auf das Ende der Mitgliedschaft. Für den Zeitraum bei der neuen Krankenkasse muss eine neue Verordnung erstellt werden.

6.9.1 User Stories

Als MA eines Kostenträgers möchte ich ...

1. , dass nur Verordnungen bei mir ankommen können, für die ich zuständig bin (bspw. anhand IK, TID), um unnötige Rücksprachen und Unzuständigkeit zu vermeiden.
2. den Vorgang elektronisch an den zuständigen Träger (andere Kostenträger, Sozialleistungsträger) weitergeben.

Als Versicherter möchte ich ...

1. wissen, wie es weitergeht, wenn meine Verordnung aufgrund der Angabe eines falschen Kostenträgers nicht genehmigt oder beliefert werden kann.

6.10 Leistungsnachweise

Es ist vertraglich geregelt, dass Pflegedienste regelmäßig Leistungsnachweise über die erbrachten Leistungen in der Abrechnung an die Kasse übermittelt werden. Die Regelung dessen obliegt dem GKV-SV, weshalb im vorliegenden Fachkonzept keine Vorgaben zu diesem Verfahren gemacht werden.

Besonderheiten für das Kostenerstattungsprinzip: Für Privatversicherte sind Leistungsnachweise des Pflegedienstes eine Anlage der Rechnung, die beim Einreichen zur Kostenerstattung vom Versicherten bestätigt werden können oder gemäß AGB nur korrekt eingereicht werden dürfen. Sobald über die Anwendung "Digitale Patientenrechnung" auch verordnete Leistungen der Pflege abgerechnet werden können, ist eine Bereitstellung der elektronischen Verordnung, des elektronischen

Leistungsnachweises (bestehend aus dem Datensatz der Leistungsdokumentation) und der elektronischen Rechnung als Teil der Anwendung "Digitale Patientenrechnung" zu betrachten. Bis dahin soll ausschließlich die (Blanko-)Verordnung als exportierbares PDF/A3 bereitgestellt werden, denn eine Bereitstellung des E-Leistungsnachweises unabhängig von der Digitalen Patientenrechnung erfolgt nicht. Leistungsnachweis und Rechnungen werden daher in Stufe 1 wie bislang genutzt (Papierrechnung mit Leistungsnachweis auf Papier als Anhang) und können in der App der PKV gescannt und dem PDF/A3 der (Blanko-)Verordnung zugeordnet werden.

Grundsätzlich ist es denkbar in weiteren Ausbaustufen der elektronischen Verordnung häuslicher Krankenpflege die Leistungsnachweise durch Mittel der Telematikinfrastruktur vom Versicherten bestätigen zu lassen (z. B. über das FdV oder das Erzeugen eines PoPP-Token auf dem Smartphone der Pflegefachperson). Eine hierfür notwendige Anpassung des PoPP-Token zur Sicherstellung der Fälschungssicherheit der Nachweise, wird im Rahmen der Weiterentwicklung des PoPP-Dienstes bewertet.

6.11 Leistungserbringerwechsel

Bei verordneter chronischer Wundversorgung kann der Fall eintreten, dass ein nicht-spezialisierte Pflegedienst die Verordnung vom Versicherten erhält, mit der Leistungserbringung beginnt und die Verordnung zur Leistungsentscheidung einreicht. Auch wenn bereits eine Genehmigung ausgesprochen wurde, kann der Kostenträger innerhalb des laufenden Genehmigungszeitraums mit einem Vorlauf von mindestens einer Woche dem Versicherten einen spezialisierten Leistungserbringer benennen, der die Versorgung übernehmen soll. (siehe § 6 Abs. 17 der Rahmenempfehlung zur häuslichen Krankenpflege)

Dieser Sonderfall wird in der ersten Ausbaustufe der elektronischen Verordnung häuslicher Krankenpflege aufgrund der geringen Fallzahlen nicht gesondert abgebildet. Kostenträger, Pflegedienste und Versicherte müssen sich im Einzelfall einigen und eine Lösung finden.

Besonderheiten für das Kostenerstattungsprinzip: Wenn der z.B. Privatversicherte den Pflegedienst innerhalb des Ordnungszeitraums wechseln möchte, muss die Verordnung vom Pflegedienst an den Versicherten zurückgegeben werden. Danach kann die Verordnung vom Versicherten bei einem anderen Pflegedienst eingelöst werden. Alternativ kann eine neue Verordnung vom Arzt ausgestellt werden.

6.12 Abrechnungsverfahren

6.12.1 Abrechnung von Verordnungen für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Sachleistungsprinzip

Die Abrechnung erfolgt außerhalb der Fachanwendung. Die Abrechnung erfolgt zwischen Pflegedienst und Kostenträger, ggf. unter Einbindung eines Abrechnungsdienstleisters. Durch das Ergebnis der Antragsprüfung hat der Pflegedienst bereits eine Rückmeldung über den Umfang der erstattbaren Leistung und ggf. Genehmigungskennziffern, die zu nutzen sind, enthalten. Verordnung, Blankoverordnung, Leistungsnachweise und notwendige Rechnungsdaten nach Vorgabe der Richtlinien gemäß § 302 SGB V liegen somit vor.

6.12.2 Abrechnung von Verordnungen für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip

Die Abrechnung erfolgt für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte außerhalb der Fachanwendung.

Der Pflegedienst stellt in einer ersten Stufe eine Rechnung inkl. Anlage zum Leistungsnachweis an den Versicherten und dieser verauslagt die Kosten. Zwecks Kostenerstattung stellt der Versicherte die Rechnung samt Anlage (beides in Papierform) zusammen mit den Zugriffsinformationen zum Vorgang oder einem exportierten PDF/A3 dem oder den eigenen Kostenträger(n) bereit, sofern nicht im Rahmen der Vorabgenehmigung der Zugriff auf den Vorgang oder das PDF/A3 bereits gewährt wurde. Da Papierform und elektronische Zugriffsinformation/PDF/A3 einen Medienbruch bedeuten und eine Zuordnung durch den Versicherten erfordern, ist dies eine temporäre Lösung.

Sobald die Fachanwendung "Digitale Patientenrechnung" in einer zukünftigen Ausbaustufe der Spezifikation die Möglichkeit geschaffen haben wird elektronische Rechnungen der Pflegedienste entgegenzunehmen, soll auch die Bereitstellung der Daten der Verordnung, der Blankoverordnung sowie der Leistungsnachweise ermöglicht werden und Teil ebendieser Digitalen Patientenrechnung sein. Dies erfordert Zugriffe der Fachanwendung Digitale Patientenrechnung auf den Fachdienst E-Rezept sowie entsprechende Vorgaben an die Anbieter von [Pflegeprimärsystemen](#).

7 Fachliches Statusmodell

Für die Abbildung der Anwendungsfälle wird das folgende fachliche Statusmodell verwendet. Die Bezeichnungen der Status finden sich auch in der Darstellung des SOLL-Prozesses im Kapitel [12.1- Fachlicher Soll-Prozess] wieder.

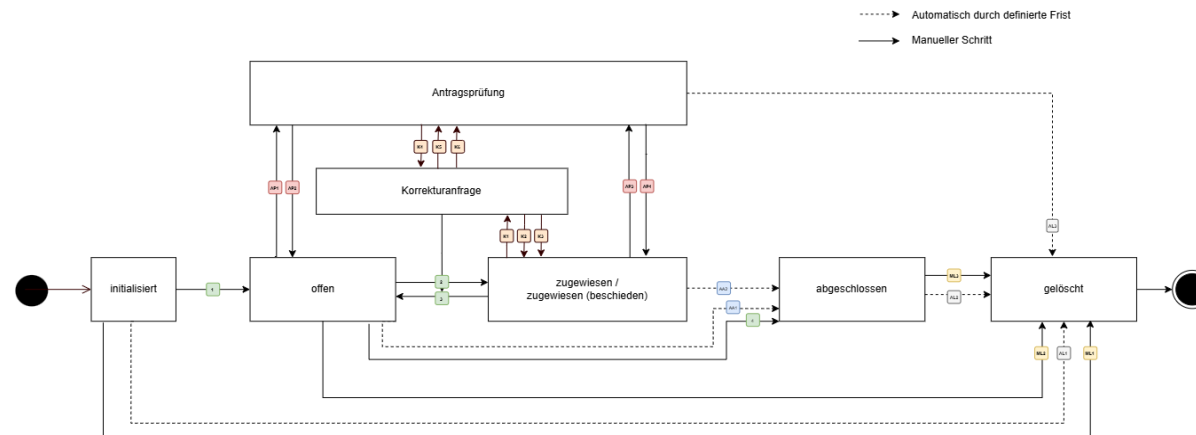


Abbildung 6: Fachliches Statusmodell

7.1 Erläuterungen zum Statusmodell

7.1.1 Status 'initialisiert'

Die Verordnung wird von der Arztpraxis erstellt (siehe Kapitel [6.1-Verordnungsprozess]).

Tabelle 4 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'initialisiert'

Status	initialisiert
Definition	<p>Zum Anlegen einer Verordnung wird initial eine Verordnungs-ID vom Fachdienst abgerufen, sodass diese im Datensatz der Verordnung mit signiert werden kann.</p> <p>Die verordnende Arztpraxis ergänzt nun im nächsten Schritt im PVS die Inhalte der Verordnung, prüft diese und muss die Verordnung signieren, bevor der Datensatz inkl. Signatur an den Fachdienst übertragen wird, woraus der Übergang zum Status "offen" resultiert.</p> <p>Das Einstellen der signierten Verordnung auf dem Fachdienst muss innerhalb von 10 Tagen nach dem initialen Erstellen im Fachdienst erfolgen. Anderenfalls wird die Verordnung (Status "initialisiert") auf dem Fachdienst automatisch gelöscht. Nach dem Löschen kann keine Verordnung mit der Verordnungs-ID mehr eingestellt werden. Das Initialisieren müsste erneut erfolgen.</p> <p>Anwendungsbeispiel 1: Im Behandlungsgespräch erstellt der Arzt eine Verordnung, prüft und signiert diese, sodass eine Übertragung an den Fachdienst erfolgen kann.</p> <p>Anwendungsbeispiel 2: Bereitet (initialisiert) ein Mitarbeiter in der Arztpraxis eine Verordnung am Freitagnachmittag vor, hat die Arztpraxis 10 Tage Zeit diese zu prüfen und zu signieren. Die Arbeitsteilung soll wie beim E-Rezept für Arzneimittel möglich sein.</p>
Vorbedingung	<p>Die Arztpraxis ist mit der Telematikinfrastruktur verbunden.</p> <p>Die Berechtigung der Praxis zum Zugriff wurde anhand einer der folgenden Object Identifier (OID) geprüft:</p> <ul style="list-style-type: none">- oid_praxis_arzt- oid_krankenhaus- oid_psychotherapeut- oid_ps_psychotherapeut- oid_kuj_psychotherapeut <p>Übersicht OIDs für Institutionstypen siehe Festlegung von OIDs [gemSpec_OID].</p>

Nachfolge	<p>AL1 Wird eine initialisierte Verordnung nicht innerhalb von 10 Tagen befüllt, signiert und erfolgreich an den Fachdienst übertragen, so wird die Verordnung gelöscht → Status "gelöscht".</p> <p>ML1 Aktiv LÖSCHEN: Wird eine initialisierte Verordnung von Mitarbeitenden der Praxis gelöscht, so ändert sich am Fachdienst der Status in "gelöscht".</p> <p>1 Verordnung erstellen, signieren, übertragen: Wird die initialisierte Verordnung im PVS befüllt, signiert und erfolgreich an den Fachdienst übertragen, so erfolgt eine Aktivierung der Verordnung im Fachdienst und der Status des Vorgangs wechselt zu "offen".</p>
Zugriffs- berechtigung	Nur Mitarbeiter der Arztpraxis haben Zugriff auf die Verordnung am Fachdienst.

7.1.2 Status 'offen'

Die Verordnung kann für die Anfrage der Verfügbarkeit bei einem Pflegedienst und die Beratung durch den Kostenträger genutzt werden, u.a. für Hilfe bei der Suche nach einem Pflegedienst, Vereinbarungen zu persönlichem Budget oder Wahl der Kostenerstattung (Anwendungsfälle der GKV).

Privatversicherte können eine Kostenübernahme beim Kostenträger anfragen.

Tabelle 5 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'offen'

Status	offen
Definition	<p>Die Verordnung kann vom Versicherten per FdV abgerufen werden.</p> <p>Die Zugriffsinformationen auf die Verordnung können vom Versicherten <u>an einen oder mehrere</u> Pflegedienste zum Zweck "Lese Verordnung" gegeben werden. Der lesende Zugriff eines Pflegedienstes mit Hilfe der übergebenen Zugriffsinformationen ändert den Status nicht.</p> <p>Die Zugriffsinformationen der Verordnung können vom Versicherten <u>an einen</u> Pflegedienst zum Zweck "Zuweisung der Verordnung" gegeben werden. Nach Zugriff des Pflegedienstes mit Hilfe der übergebenen Zugriffsinformationen kann der Pflegedienst den Status in "zugewiesen" ändern (Auftrag annehmen/bestätigen).</p> <p>Die Zugriffsinformationen der Verordnung können vom Versicherten dem Kostenträger zur Verfügung gestellt werden und den Zugriff ermöglichen zwecks Beratung zur Verordnung und der Leistungserbringerauswahl. Der lesende Zugriff eines Kostenträgers mit Hilfe der übergebenen Zugriffsinformationen ändert den Status nicht.</p> <p>[6.4- Sonderfälle der Kostenerstattung]: https://wiki.gematik.de/spaces/ERPCHANGES/pages/650428953/Sonderf%C3%A4lle+der+Kostenerstattung</p> <p>Bei Wahl der Kostenerstattung nach §13 SGB V werden die Zugriffsinformationen der Verordnung direkt und automatisch der Krankenkasse bereitgestellt nach erfolgreicher Bereitstellung der Verordnung am Fachdienst.</p> <p>In Fällen der Kostenerstattung nach §37 Abs. 4 SGB V oder persönlichem Budget (beides Ausnahmen vom Sachleistungsprinzip) kann der Vorgang im Zuge der Beratung in den Status Antragsprüfung überführt werden.</p> <p>Besonderheit PKV: Die Verordnungsinformationen (ohne Signatur) KÖNNEN vom Versicherten an die Kostenträger (Kostenerstattungsprinzip), z. B. eine private Krankenversicherung zwecks Anfrage der Kostenübernahme als PDF/A3 über die FdV bereitgestellt werden da kein Fachdienstzugriff der privaten Krankenversicherung oder Beihilfe besteht.</p> <p>Die Verordnung kann von Mitarbeitern der verordnenden Arztpraxis oder dem Versicherten per FdV als gelöscht markiert werden. Die Verordnung wechselt dann in den Status "gelöscht".</p> <p>Die Verordnung kann von Mitarbeitern der verordnenden Arztpraxis korrigiert werden. Dabei wird eine neue Version erzeugt. Die Verordnung verbleibt im Status "offen".</p>

Vorbedingung	<p>1 Nach Befüllen, Signieren und erfolgreichem Hochladen der Verordnung auf den Fachdienst wird die Verordnung am Fachdienst aktiviert und erhält den Status "offen".</p> <p>3 Weil die Verordnung zurück in den Status offen gestellt wird vom Pflegedienst, wird der Status auf "offen" geändert. Beispiel: Wenn eine Versorgung doch nicht übernommen werden kann, so wird der Status von "zugewiesen" zurück auf "offen" geändert und die Zuordnung des Pflegedienstes erlischt.</p> <p>AP2 Nach Dokumentation der Entscheidung der Antragsprüfung eines Antrags auf Kostenerstattung nach § 37 Abs. 4 SGB V oder persönlichem Budget wird der Status von "Antragsstellung" auf "offen" geändert.</p>
Nachfolge	<p>AP1 Stellt ein Versicherter einen Antrag auf Kostenerstattung nach § 37 Abs. 4 SGB V oder persönliches Budget wird der Vorgang dem Kostenträger zur Leistungsentscheidung übergeben → Status "Antragsprüfung".</p> <p>ML2 LÖSCHEN durch die verordnende Arztpraxis z. B. aufgrund Irrtum und in Rücksprache mit dem Versicherten → Status "gelöscht".</p> <p>ML2 LÖSCHEN durch den Versicherten → Status "gelöscht".</p> <p>Die Bereitstellung der Zugriffsinformationen auf den Vorgang am Fachdienst an Pflegedienste zum Zweck des LESENS der Inhalte der Verordnung führen nicht zur Änderung des Status (Claim wie bei Apotheken).</p> <p>2 Die Bereitstellung der Zugriffsinformationen auf die Verordnung an Pflegedienste zum Zweck des ZUWEISENS der Verordnung kann vom Pflegedienst zur aktiven Änderung des Status (Claim wie bei Apotheken) in einem bewussten weiteren Schritt erfolgen → Status "zugewiesen".</p> <p>AA1 Findet keine Zuweisung bzw. kein Wechsel des Status in "zugewiesen" statt, wird der Vorgang nach Ablauf des Ordnungszeitraums automatisch vom Fachdienst in den Status "abgeschlossen" versetzt.</p> <p>4 Im Zuge der Bearbeitung der [6.4- Sonderfälle der Kostenerstattung] durch Mitarbeiter des Kostenträgers kann der Vorgang auf "abgeschlossen" gesetzt werden.</p>
Zugriffsberechtigung	<p>Versicherte haben Zugriff auf die Verordnung am Fachdienst.</p> <p>Nach Bereitstellung der Zugriffsinformationen auf die Verordnung kann auch der Kostenträger die Inhalte des Vorgangs einsehen → Beratung, persönliches Budget, Wahl der Kostenerstattung.</p> <p>Nach Bereitstellung der Zugriffsinformationen auf die Verordnung können Pflegedienste die Inhalte der Verordnung einsehen.</p> <p>Verordnende können den Status einsehen.</p>

7.1.3 Status 'zugewiesen'

Der Versicherte hat sich für einen Pflegedienst entschieden und der Pflegedienst hat die Zuweisung akzeptiert.

Pflegedienste erfassen ggf. die Blankoverordnungsangaben und die Daten des Pflegedienstes bevor die Antragstellung ggb. dem Kostenträger erfolgen kann.

Tabelle 6 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'zugewiesen'

Status	zugewiesen
Definition	<p>Die Verordnung ist einem Pflegedienst zugeordnet, d.h. ein eindeutiges Merkmal (Telematik-ID) des Pflegedienstes ist der Verordnung am Fachdienst zugeordnet. Die Verordnung kann nicht mehr von einem weiteren Pflegedienst abgerufen werden.</p> <p>Im Status „zugewiesen“ kann durch den Versicherten mit Bereitstellung der Zugriffsinformationen dem Kostenträger ein Zugriff ermöglicht werden zwecks Beratung zur Verordnung / Leistungserbringerauswahl / [Leistungserbringerwechsel]. Dies ändert den Status nicht.</p> <p>Die Verordnung kann vom Pflegedienst zurück in den Status "offen" gestellt werden, sofern die Versorgung des Versicherten nicht übernommen wird.</p> <p>Die Besonderheit für Privatversicherte zur Bereitstellung der Verordnungsinformationen ohne Signatur zwecks Anfrage der Kostenübernahme als PDF/A3 besteht ebenso wie im Status "offen".</p> <p>Die Leistungserbringerdaten (Telematik-ID) müssen dem Vorgang zugeordnet sein und lassen sich mit dem Verzeichnisdienst auflösen.</p> <p>Die Verordnung kann vom Pflegedienst zwecks Korrektur an die verordnende Arztpraxis übergeben werden, dabei bleibt der Pflegedienst selbst aber zugeordnet.</p> <p>Der Vorgang kann vom Pflegedienst nach Erfassung der Angaben zur Leistungserbringung des PD und ggf. Erfassung der Blankoverordnungsinformationen dem Kostenträger (Sachleistungsprinzip) zur Leistungsentscheidung übergeben werden.</p>
Vorbedingung	<p>2 Die Zugriffsinformationen der Verordnung wurden vom Versicherten <u>an einen</u> Pflegedienst zum Zweck des Zuweisens bereitgestellt. Nach Zugriff des Pflegedienstes mit Hilfe der übergebenen Zugriffsinformationen (siehe Kapitel [6.5- Anwendungsfälle im Einlöseprozess]) hat dieser den Auftrag für die Verordnung angenommen und selbst aktiv den Status in "zugewiesen" geändert.</p> <p>K2 Nach einer Korrekturanfrage an den Verordnenden wurde die Anfrage beantwortet und der Status in "zugewiesen" geändert.</p> <p>K3 Wurde zu einer Korrekturanfrage bislang keine neue Version erstellt (mit Anpassung oder Ablehnung), kann der anfragende Pflegedienst die Korrekturanfrage zurückziehen, um ohne erfolgte Korrektur dennoch weiter agieren zu können.</p>
Nachfolge	<p>AP3 Nach Erfassung der Angaben zur Leistungserbringung des PD und ggf.</p>

	<p>Erfassung der Blankoverordnungsinformationen wird der Vorgang dem Kostenträger (im Sachleistungsprinzip) zur Leistungsentscheidung übergeben → Status "Antragsprüfung".</p> <p><u>Besonderheit PKV-Basistarif:</u> Nach Erfassung der Daten zum Leistungserbringer und ggf. Erfassung der Blankoverordnungsinformationen <u>überträgt der Versicherte</u> mittels FdV die Angaben als PDF/A3 an den privaten Kostenträger. Es erfolgt <u>kein</u> Statuswechsel.</p> <p>3 Die Verordnung kann vom Pflegedienst zurück in den Status "offen" gestellt werden.</p> <p>K1 Die Verordnung kann vom Pflegedienst zwecks Korrekturanfrage mit einem Korrekturvorschlag an die verordnende Praxis übergeben werden → "Korrekturanfrage".</p> <p>AA2 Findet keine weitere Verarbeitung nach der Zuweisung statt, wird nach Ende des Ordnungszeitraums der Vorgang automatisch in den Status "abgeschlossen" versetzt.</p>
Zugriffs- berechtigung	<p>Versicherte haben Zugriff auf die Verordnung am Fachdienst und können den Status einsehen, jedoch selbst keine Änderung der Zuweisung vornehmen.</p> <p>Der zugewiesene Pflegedienst kann die Inhalte der Verordnung einsehen.</p> <p>Der Kostenträger (Sachleistungsprinzip und auch Kostenerstattungsprinzip) hat keinen Zugriff.</p>

7.1.4 Status 'Antragsprüfung'

Der Kostenträger prüft die bereitgestellten Informationen und wendet sich mit **Nachfragen** oder Korrekturbedarf an die verordnende Praxis oder den Pflegedienst.

Tabelle 7 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'Antragsprüfung'

Status	Antragsprüfung
Definition	<p>Die Zugriffsinformationen auf die Datensätze mit den Verwaltungsdaten, den Angaben des Pflegedienstes sowie ggf. die Daten der Blankoverordnung liegen dem Kostenträger vor.</p> <p>Der Status der Verordnung bzw. der Leistungsentscheidung kann von dem Pflegedienst, dem Verordnenden und Versicherten abgerufen werden.</p> <p>Die Verordnung kann vom Kostenträger nicht gelöscht werden.</p> <p>Das Ergebnis der Antragsprüfung wird vom Kostenträger als Datensatz im Fachdienst hinterlegt und enthält mind. die Angabe „nicht genehmigt mit vorläufiger Kostenzusage“, „nicht genehmigt ohne vorläufige Kostenzusage“, „Teilweise genehmigt“, „Genehmigt“ oder „Unzuständig“.</p> <p><u>nicht</u> relevant für PKV bzw. Kostenträger im Kostenerstattungsprinzip.</p>
Vorbedingung	<p>AP1 Stellt ein Versicherter einen Antrag auf Kostenerstattung nach § 37 Abs. 4 SGB V oder persönliches Budget (beides Ausnahmen vom Sachleistungsprinzip) wird der Vorgang dem Kostenträger zur Leistungsentscheidung übergeben → Statusübergang "offen" zu "Antragsprüfung"</p> <p>AP3 Nach Erfassung der Angaben zur Leistungserbringung des PD und ggf. Erfassung der Blankoverordnungsinformationen wurde der Vorgang vom Pflegedienst dem Kostenträger zur Leistungsentscheidung übergeben. Ein Behandlungsplan pHKP kann für den Prozess der Leistungsentscheidung als begleitendes Dokument ebenso bereitgestellt werden. → Statusübergang "zugewiesen" zu "Antragsprüfung".</p> <p>K5 Nach einer Korrekturanfrage an den Verordnenden oder den Pflegedienst wurde eine neue Version der Verordnung oder Blankoverordnung erstellt und der Status in "Antragsprüfung" geändert.</p> <p>K6 Wurde zu einer Korrekturanfrage bislang keine neue Version erstellt (mit Anpassung oder Ablehnung), kann der Anfragende (Kostenträger im Sachleistungsprinzip) die Korrekturanfrage zurückziehen, um ohne erfolgte Korrektur dennoch weiter agieren zu können.</p>

<p>Nachfolge</p>	<p>K4 Der Kostenträger kann den Vorgang in den Status „Korrekturanfrage“ ändern und einen Korrekturvorschlag bereitstellen zwecks: Anpassung der Verordnung durch den Verordnenden oder Anpassung der ergänzenden Angaben der Blankoverordnung des Pflegedienstes.</p> <p>AP2 Nach Dokumentation der Entscheidung der Antragsprüfung eines Antrags auf Kostenerstattung nach § 37 Abs. 4 SGB V oder persönlichem Budget wird der Status auf "offen" geändert</p> <p>AP4 Nach Übertragung des Ergebnisses der Antragsprüfung wird der Status auf "zugewiesen (beschieden)" geändert.</p> <p>AP4 Der Vorgang der Prüfung kann vom Kostenträger abgebrochen werden aufgrund von "Unzuständigkeit" → Fortführung zu Status "zugewiesen (beschieden)".</p> <p>AL3 Wird der Vorgang der Prüfung vom Kostenträger nicht weiterbearbeitet (z. B. Versicherter wechselt Kostenträger oder verstirbt) erfolgt, wie in Kapitel [9-<u>Gültigkeiten und Löschregeln</u>] beschrieben, ein automatischer Übergang 100 Tage nach dem Verordnungszeitraum zu Status "gelöscht".</p>
<p>Zugriffs- berechtigung</p>	<p>Der Status der Verordnung (des Vorgangs) kann vom zugewiesenen Pflegedienst, dem Verordnenden und dem Versicherten abgerufen werden. Es wird Ihnen der Status "Antragsprüfung" angezeigt.</p> <p>Der Kostenträger (Kostenerstattungsprinzip) hat keinen Zugriff.</p> <p>Der Kostenträger (Sachleistungsprinzip) kann die Verordnung und die Angaben des Pflegedienstes sowie ggf. die Blankoverordnung einsehen.</p>

7.1.5 Status 'Korrekturanfrage'

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

Status	Korrekturanfrage
Definition	<p>Im Status Korrekturanfrage liegt entweder der verordnenden Arztpraxis eine Anfrage inkl. konkretem Vorschlag zur Anpassung der ursprünglichen Verordnung vor oder dem Pflegedienst liegt eine Anfrage inkl. konkretem Vorschlag zur Anpassung der Blankoverordnung vor. Der Arzt oder der Pflegedienst sind aufgefordert die Verordnung bzw. Blankoverordnung anzupassen.</p> <p>Während der Status gesetzt ist, sind Arzt, Pflegedienst und Kostenträger (sofern schon über Prozess der Leistungsentscheidung oder Beratung eingebunden) über den Status informiert.</p> <p>Nach erfolgter Korrektur wird der zuvor geltende Status wieder übernommen ("zugewiesen" und „Antragsprüfung“). Wurde bereits ein Pflegedienst zugewiesen zuvor, ist dieser weiterhin als zuständiger Pflegedienst mit dem Vorgang verknüpft, sodass kein anderer Pflegedienst auf den Vorgang zugreifen kann.</p> <p>Fallunterscheidung: Fall 1: Pflegedienst stellt Anpassungsbedarf in der Verordnung fest und übergibt an die verordnende Praxis Fall 2: Kostenträger im Sachleistungsprinzip stellt Anpassungsbedarf in der Verordnung fest und übergibt an die verordnende Praxis Fall 3: Kostenträger im Sachleistungsprinzip stellt Anpassungsbedarf am Blankoverordnungsdatensatz fest und übergibt an den Pflegedienst</p> <p>Hinweis: Die Korrekturanfrage eines Versicherten an den Arzt ist nicht möglich. Sollte dieser Bedarf bestehen, wendet sich der Versicherte an die Arztpraxis auf anderem Weg.</p>
Vorbedingung	<p>K1 Im Status „zugewiesen“ hat der Pflegedienst nach Sichtung der Verordnung den Status in „Korrekturanfrage“ geändert und der verordnenden Praxis einen Korrekturvorschlag der Verordnung zum Zwecke der Korrektur bereitgestellt.</p> <p>K4 Im Status „Antragsprüfung“ hat der Kostenträger im Rahmen des Prozesses der Leistungsentscheidung den Status in „Korrekturanfrage“ geändert und entweder der verordnenden Praxis einen Korrekturvorschlag der Verordnung zum Zwecke der Korrektur bereitgestellt oder dem Pflegedienst einen Korrekturvorschlag der Blankoverordnung zum Zwecke der Korrektur bereitgestellt.</p>

Nachfolge	<p>Nach erfolgter Korrektur wird der zuvor geltende Status wieder übernommen: K2 "zugewiesen" K5 „Antragsprüfung“</p> <p>Wurde zu einer Korrekturanfrage noch keine neue Version erstellt (mit Anpassung oder Ablehnung), kann der Anfragende die Korrekturanfrage zurückziehen, um ohne erfolgte Korrektur dennoch weiter agieren zu können. K3 "zugewiesen" K6 „Antragsprüfung“</p> <p>Eine zuvor erfolgte Zuordnung des Pflegedienstes vor der Korrektur besteht auch während und nach Abschluss der Korrektur.</p>
Zugriffs- berechtigung	<p>Der Status ist einsehbar durch den Versicherten, die verordnende Praxis sowie den Kostenträger (Sachleistungsprinzip) und/oder Pflege-dienst. Versicherte haben Zugriff auf die Verordnung am Fachdienst und können den Status einsehen, jedoch selbst keine Änderung der Zuweisung vornehmen.</p> <p>Der zugewiesene Pflegedienst kann die Inhalte der Verordnung einsehen.</p>

7.1.6 Status 'zugewiesen (beschieden)'

Tabelle 9 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'zugewiesen (beschieden)'

Status	zugewiesen (beschieden)
Definition	<p>Die Entscheidung zur Antragsprüfung ist im Entscheidungsdatensatz dokumentiert und in dem Fachdienst gespeichert. Es gelten die gleichen Regelungen wie für "zugewiesen":</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Verordnung kann nicht mehr von einem weiteren Pflegedienst abgerufen werden. Die Verordnung ist einem Pflegedienst zugeordnet, d.h. ein eindeutiges Merkmal (Telematik-ID) des Pflegedienstes ist der Verordnung am Fachdienst zugeordnet. • vom Versicherten kann mit Bereitstellung der Zugriffsinformationen dem Kostenträger ein Zugriff ermöglicht werden zwecks Beratung zur Verordnung / Leistungserbringerauswahl / Leistungserbringerwechsel. Dies ändert den Status nicht. • Die Verordnung kann vom Pflegedienst zurück in den Status "offen" gestellt werden, sofern die Versorgung des Versicherten nicht übernommen wird. <p><u>Nicht</u> relevant für PKV.</p>
Vorbedingung	<p>AP4 Bei Übertragung des Ergebnisses der Antragsprüfung wird der Status auf "zugewiesen (beschieden)" gesetzt.</p> <p>AP4 Der Vorgang der Antragsprüfung wurde vom Kostenträger abgebrochen aufgrund "Unzuständigkeit" → Fortführung zu Status "zugewiesen (beschieden)".</p> <p>Der Inhalt der Entscheidung des Antragsverfahrens ist als Entscheidungsdatensatz (siehe Kapitel [8- Datensätze]) im Fachdienst gespeichert.</p>
Nachfolge	<p>Die Verordnung kann vom Pflegedienst nach Abschluss des Leistungsentscheidungs-prozesses (vorliegender Entscheidungsdatensatz) nicht zurück in den Status "offen" gestellt werden.</p> <p>AA2 Nach Ende des Leistungszeitraums wird der Vorgang automatisch in den Status "abgeschlossen" versetzt.</p>
Zugriffs-berechtigung	<p>Der Status des Vorgangs kann von dem Pflegedienst, dem Verordnenden und dem Versicherten abgerufen werden.</p> <p>Ebenso können die Angaben des Pflegedienstes, ggf. die Daten der Blankoverordnung und die Angaben des Entscheidungsdatensatzes vom Pflegedienst, dem Verordnenden und dem Versicherten eingesehen werden.</p>

7.1.7 Status 'abgeschlossen'

Die Leistung wurde erbracht und dokumentiert oder der Verordnungszeitraum wurde überschritten, während sich die Verordnung im Status "offen" befand.

Tabelle 10 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'abgeschlossen'

Status	abgeschlossen
Definition	<p>Nach Ende des Verordnungszeitraums wird die Verordnung automatisch in den Status abgeschlossen überführt, sofern sie zuvor den Status "offen" oder "zugewiesen" oder "zugewiesen (beschieden)" hatte.</p> <p>Sofern die Verordnung nicht innerhalb des Verordnungszeitraums einem Pflegedienst zugewiesen und von diesem akzeptiert wurde, erhält diese den Status abgeschlossen. Es ist davon auszugehen, dass entweder die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde oder diese über das <u>persönliche Budget</u> bzw. bei Privatversicherten nach dem Kostenerstattungsprinzip bilateral zwischen Privatversichertem und dessen Kostenträger(n) betrachtet wurden.</p>
Vorbedingung	<p>AA1 Findet keine Zuweisung statt und verbleibt die Verordnung im Status "offen", wird die Verordnung nach Ablauf des Verordnungszeitraums automatisch vom Fachdienst in den Status "abgeschlossen" versetzt .</p> <p>AA2 Aus dem Status "zugewiesen" oder "zugewiesen (beschieden)" wird der Vorgang nach Ablauf des Verordnungszeitraums automatisch vom Fachdienst in den Status "abgeschlossen" versetzt.</p> <p>4 Im Zuge der Bearbeitung der [<u>Sonderfällen der Kostenerstattung</u>] durch Mitarbeiter des Kostenträgers (Sachleistungsprinzip) kann die Verordnung aktiv auf "abgeschlossen" gesetzt werden. Die Verordnungsinhalte sind so zunächst noch einsehbar für den Versicherten.</p>
Nachfolge	<p>ML3 Löschen durch den Versicherten ermöglicht diesem Daten die nicht mehr für die Versorgung durch die Pflege benötigt werden selbst zu löschen.</p> <p>AL2 Die Verordnung wird wie in Kapitel [<u>9- Gültigkeiten und Löschregeln</u>] beschrieben, automatisch gelöscht.</p> <p>Der Vorgang soll, wie in Kapitel [<u>9- Gültigkeiten und Löschregeln</u>] beschrieben, wie beim Arzneimittelkosten-beleg nach 10 Jahren vom Fachdienst automatisch gelöscht werden. Bis dahin ist es möglich Rechnungen und rechnungsbegründende Unterlagen (in diesem Fall die Verordnungsinformationen via PDF/A3) zwecks Kostenerstattung einzureichen beim Kostenträger (PKV-Mitgliedsunternehmen oder/und Beihilfe). Eine Abbildung eines Status am Fachdienst erfolgt nicht.</p>
Zugriffs-berechtigung	<p>Der Status des Vorgangs kann von dem Pflegedienst, dem Verordnenden und dem Versicherten abgerufen werden.</p>

7.1.8 Status 'gelöscht'

finaler Status. Die Inhalte der Verordnung sind nicht mehr abrufbar. Es stehen die Protokolldaten des Vorgangs am Fachdienst aber noch bis zu 3 Jahre zum Abruf durch den Versicherten zur Verfügung.

Tabelle 11 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'gelöscht'

Status	gelöscht
Definition	<p>Versicherte haben die Möglichkeit Verordnungen im Status "offen" zu löschen, was zu diesem Status führt.</p> <p>Sofern eine Verordnung fehlerhaft ausgestellt wurde, besteht auch die Möglichkeit für den Verordnenden, die Verordnung in Rücksprache mit dem Versicherten zu löschen.</p> <p>Abgeschlossene Verordnungen werden nach einem festgelegten Zeitraum gelöscht.</p>
Vorbedingung	<p>ML1 Eine zunächst "initialisierte" Verordnung wird von Mitarbeitern der Arztpraxis gelöscht.</p> <p>AL1 Eine zunächst "initialisierte" Verordnung wird von Mitarbeitern der Arztpraxis nicht befüllt und dann automatisch gelöscht.</p> <p>ML2 Versicherter haben die Verordnung im Status "offen" gelöscht bzw. die verordnende Arztpraxis hat in Rücksprache mit dem Versicherten die Verordnung im Status "offen" gelöscht.</p> <p>ML3 Löschen durch den Versicherten ermöglicht diesem, alle Daten des Vorgangs am Fachdienst die in diesem Status nicht mehr für die Versorgung durch die Pflege benötigt werden, selbst zu löschen.</p> <p>AL2 Die Verordnung wurde, wie in Kapitel [9- Gültigkeiten und Löschregeln] definiert, vom Status "abgeschlossen" automatisch 100 Tage nach dem Verordnungszeitraum gelöscht.</p> <p>AL3 Die Verordnung wurde, wie in Kapitel [9- Gültigkeiten und Löschregeln] definiert, vom Status "Antragsprüfung" automatisch 100 Tage nach dem Verordnungszeitraum gelöscht.</p>
Nachfolge	
Zugriffs-berechtigung	<p>Der Status des Vorgangs kann von dem Pflegedienst, dem Verordnenden und dem Versicherten abgerufen werden.</p> <p>Die Protokolldaten des Vorgangs können vom Versicherten eingesehen werden.</p> <p>Die Vorgangsdaten am Fachdienst sind nicht mehr abrufbar (Verordnung, Blankoverordnung, Angaben zur Leistungserbringung des Pflegedienstes, Entscheidungsdatensatz, Korrekturen).</p>

8 Datensätze

Die fachlichen Informationsmodelle und FHIR-Profile der Datensätze werden durch die Partner des BMV-Ä festgelegt. Die nachfolgende Übersicht nennt die Inhalte der unterschiedlichen Datensätze exemplarisch ergänzt um die Angabe der erforderlichen Signatur, des Speicherortes außerhalb der beteiligten Primärsysteme sowie der Zugriffsrechte der beteiligten Akteure.

Tabelle 12: Übersicht über die Datensätze, deren Inhalte, Signaturen, Speicherorte und Rechte der einzelnen Akteure

Bezeichnung	Inhalte (Beispielhaft)	Signatur	Speicherort	Rechte Arzt	Rechte Versicherter	Rechte Pflegedienst	Rechte Kostenträger
Verordnungsdatensatz (initial oder neue Verordnung nach Korrektur) VO und VO-nV <i>(wird festgelegt durch BMV-Ä Partner)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Angaben zum Versicherten; - Verordnungsdatum, - Verordnungszeitraum, in dem die Leistungen erbracht werden sollen - Angaben zur verordnenden Person und deren Institution, - Diagnosen im Zusammenhang mit der zu verordnenden Maßnahmen (Begründung), - Angabe der Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege; <p>Die Bezugnahme auf die erste Version des Verordnungsdatensatz ist über gemeinsame Verordnungs-ID möglich.</p>	Qualifizierte Signatur und fortgeschrittene Signatur (siehe Regelungen im BMV-Ä)	Fachdienst	schreibend und danach lesend (Status) löschen im Status "offen" und "initialisiert"	lesend löschen im Status "offen" und "abgeschlossen"	lesend (nach Berechtigung) Kein Löschrecht	lesend (nach Berechtigung) Kein Löschrecht

Verordnungsdatensatz (Korrekturvorschlag) VO-k <i>(wird festgelegt durch BMV-Ä Partner bzw. ist eine inhaltliche Ergänzung zum Verordnungsdatensatz (initial))</i>	Auf Basis des Verordnungsdatensatzes (initial) erstellt entweder eine Pflegefachperson einen Korrekturvorschlag zwecks Anfrage beim Verordnenden oder der Kostenträger (Sachleistungsprinzip) erstellt den Korrekturvorschlag zwecks Anfrage beim Verordnenden. Die Absenderorganisation (Telematik-ID) ist erkennbar. Die Bezugnahme auf den zugrundeliegenden Verordnungsdatensatz ist über die gemeinsame Verordnungs-ID möglich.	keine Signatur	Fachdienst	lesend Kein Löschrecht	lesend löschen im Status "abgeschlossen"	schreibend löschen für eigene VO-k, solange keine VO-nV gespeichert wurde	schreibend löschen für eigene VO-k, solange keine VO-nV gespeichert wurde
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	------------	-------------------------------	-------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Blankoverordnungsdatensatz (initial oder neue Blankoverordnung nach Korrektur) <i>(wird festgelegt durch GKV mit Pflegeverbänden — voraussichtlich auf Basis der Rahmenempfehlung nach § 132 a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)</i>	Konkretisierungen zur Verordnung im Rahmen der Kompetenzerweiterung. Lebenslange Beschäftigtennummer der ausstellenden Pflegefachperson. Im Falle einer neuen Blankoverordnung nach Korrekturanfrage kann ein Bezug auf die initiale Version des Blankoverordnungsdatensatzes über die gemeinsame Verordnung-ID ermöglicht werden.	Fortgeschrittene Signatur	Fachdienst	lesend Kein Löschrecht	lesend löschen im Status "abgeschlossen"	schreibend Kein Löschrecht	lesend (nach erst-maliger Einreich-ung) Kein Löschrecht
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	------------	-------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

Blankoverordnungsdatensatz (Korrekturvorschlag) <i>(wird festgelegt durch GKV mit Pflegeverbänden — voraussichtlich auf Basis der Rahmenempfehlung bzw. ist Ergänzung zum Blankoverordnungsdatensatz (initial))</i>	Auf Basis des Blankoverordnungsdatensatzes (initial oder neue Blankoverordnung nach Korrektur) erstellt der Kostenträger (Sachleistungsprinzip) einen Korrekturvorschlag zwecks Anfrage beim Verordnenden und legt diesen Korrekturvorschlag an. Die Absenderorganisation (Telematik-ID) ist erkennbar. Es ist ein Bezug auf den zugrunde liegenden Datensatz über die gemeinsame Verordnungs-ID möglich.	keine Signatur	Fachdienst	Kein Leserecht Kein Löschrecht	lesend löschen im Status "abgeschlossen"	lesend Kein Löschrecht	schreibend Kein Löschrecht
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	------------	---------------------------------------	-------------------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

<p>Angaben zur Leistungserbringung des PD <i>(wird festgelegt durch GKV mit Pflegeverbänden — voraussichtlich auf Basis der Rahmenempfehlung)</i></p>	<p>Angaben zu LEI: ergänzende Angaben zum LE (IK, Adresse, Ansprechpartner, Angaben zum Leistungsort, ...)</p> <p>Die Absenderorganisation (Telematik-ID) ist erkennbar.</p> <p>optional AC/TK Kennzeichen und GPOS-Nummern</p> <p><i>Hinweis: Zu diesem Datensatz gibt es keinen Korrekturdatensatz. Bei Bedarf wird ein neuer Datensatz von der Pflege ausgestellt.</i></p>	<p>Fortgeschrittene Signatur</p>	<p>Fachdienst</p>	<p>lesend</p> <p>Kein Löschrecht</p>	<p>lesend</p> <p>löschen im Status "abgeschlossen"</p>	<p>schreibend</p> <p>Kein Löschrecht</p>	<p>lesend</p> <p>Kein Löschrecht</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--------------------------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------------

Entscheidungsdatensatz z <i>(wird festgelegt durch GKV)</i>	<p>Entscheidung zum Vorgang: Angaben je Maßnahme ob genehmigt, teilgenehmigt oder abgelehnt</p> <p>Zeitraum für den die Zusage gilt</p> <p>Datum der Entscheidung</p> <p>optional AC/TK, Auflistung der GPOS-Nummern der Kostenübernahme (ganz / teilweise / Frequenz / Anzahl)</p> <p>Eine übergeordnete Begründung der Entscheidung jeweils für Arzt, für PD, für Versicherten.</p>	keine Signatur	Fachdienst	<p>lesend (siehe Begründung der Entscheidung für Arzt)</p> <p>Kein Löschrecht</p>	<p>lesend (siehe Begründung der Entscheidung für Versicherten)</p> <p>löschen im Status "abgeschlossen"</p>	<p>lesend (siehe Begründung der Entscheidung für Pflegedienst)</p> <p>Kein Löschrecht</p>	<p>schreibend</p> <p>löschen im Status "abgeschlossen"</p>
Leistungsnachweisdatensatz <i>(wird festgelegt durch GKV nach §302 SGB V)</i>	Die Festlegung erfolgt zwischen den Vertragspartnern nach §302 SGB V. Es folgen keine Regelungen im Fachkonzept. Keine Speicherung im Fachdienst.						
Abrechnungsdatensatz <i>(wird festgelegt durch GKV nach §302 SGB V)</i>	Die Festlegung erfolgt zwischen den Vertragspartnern nach §302 SGB V. Es folgen keine Regelungen im Fachkonzept. Keine Speicherung im Fachdienst.						

9 Gültigkeiten und Löschregeln

Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie enthält keine Angabe zur Gültigkeit der HKP-Verordnung. Somit kann die Verordnung innerhalb des Gesamtverordnungszeitraums eingelöst bzw. in Anspruch genommen werden. Starre Fristen, wie im Bereich Arznei- und Heilmittel, gibt es nicht. Die Angabe „Verordnungszeitraum bis“ ist zwingend durch den Verordner zu füllen. Eine Speicherung und eine Zugriffsmöglichkeit auf den Vorgang für die Kostenträger (Sachleistungsprinzip) besteht über „Verordnungszeitraum bis“ hinaus, sofern die Verordnung vom Versicherten nach „Verordnungszeitraum bis“ nicht gelöscht wurde.

Tabelle 13: Übersicht über Gültigkeiten und Löschregeln

Beschreibung	Zeitdauer / Frist zu Lasten eines Kostenträgers mit Sachleistungsprinzip	Zeitdauer / Frist zu Lasten eines Kostenträgers mit Kostenerstattungsprinzip
Zuweisen bei PD	Ab Zuweisung bis Ende des Verordnungszeitraums	Ab Einstellung bis Ende des Verordnungszeitraums
Freigabe an Kasse zur Beratung oder Inanspruchnahme von Persönlichem Budget, Kostenerstattung	Ab Einstellung bis Ende des Verordnungszeitraums + 100 Tage	Ab Einstellung bis 10 Jahre nach Verordnungsdatum (entsprechend Kostenerstattungsprinzip in §360 Abs. 12 SGB V)
Anfrage Leistungsentscheidung	Ab Einstellung bis Ende des Verordnungszeitraums	(optional) Ab Einstellung bis innerhalb des Verordnungszeitraums
Abrechnung Leistung	Vertragliche Regelung (keine Frist für den Fachdienst)	10 Jahre nach Verordnungsdatum (entsprechend Kostenerstattungsprinzip in §360 Abs. 12 SGB V)
Löschen der Verordnung am Fachdienst	nach Ende des Verordnungszeitraums + 100 Tage	nach 10 Jahre nach Verordnungsdatum (entsprechend Kostenerstattungsprinzip in §360 Abs. 12 SGB V)

Da das Verfahren zum Widerspruch außerhalb des Fachdienstes erfolgt, ist für diesen Fall keine längere Vorhaltung der Datensätze auf dem Fachdienst erforderlich, als unter "Löschen der Verordnungen am Fachdienst" vorgesehen ist.

10 Handlungsbedarf für den Gesetzgeber

Um das vorliegende Fachkonzept umzusetzen, müssen aus Sicht der gematik folgende Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen getroffen werden. Diese sind als Vorschläge für ein kommendes Gesetzgebungsverfahren anzusehen und richten sich an das Bundesministerium für Gesundheit.

Tabelle 14: Übersicht über die Anpassungsbedarfe der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Bisherige Regelung	Motivation	Regelungsvorschlag
--------------------	------------	--------------------

keine	<p>Legitimieren der Zugriffe auf die elektronische Verordnung häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege und Soziotherapie zum Zweck der Leistungsentscheidung und/oder Abrechnung der entsprechend verordneten Leistung für jeder Art von Kostenträger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gesetzliche Krankenkassen • gesetzliche Unfallversicherung • Beihilfe • Kostenträger der Versicherten gemäß §362 Abs. 1 SGB V <ul style="list-style-type: none"> • sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte (z. B. Bundespolizei) • Unternehmen der privaten Krankenversicherung • Postbeamtenkrankenkasse (derzeit noch nicht mit gematik im Dialog) • Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (derzeit noch nicht mit gematik im Dialog) • Polizeivollzugsbeamte (derzeit noch nicht mit gematik im Dialog) • Soldaten der Bundeswehr (derzeit noch nicht mit gematik im Dialog) 	<p>Neu § 361c SGB V: Zugriff auf ärztliche Verordnungen häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege und Soziotherapie in der Telematikinfrastruktur</p> <p>(1) Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherung, Beihilfe sowie Kostenträger der Versicherten gemäß §362 Abs. 1 SGB V dürfen zum Zwecke der Beratung, Leistungsentscheidung sowie Kostenerstattung elektronischer Verordnungen von häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege nach § 360 Absatz 5 und Verordnungen von Soziotherapie nach § 360 Absatz 6, auf Daten der Versicherten in elektronischen Verordnungen zugreifen.</p> <p>(2) Im Rahmen des Zugriffs nach Absatz 1 darf nicht in die ärztliche Therapiefreiheit eingegriffen oder die Wahlfreiheit der Versicherten beschränkt werden.</p>
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>[§ 27a SGB VII - Nutzung der Telematikinfrastruktur]</p> <p>§ 360 des Fünften Buches gilt entsprechend für die Leistungserbringer nach § 27 Absatz 1 sowie die Unfallversicherungsträger, sobald die Verordnung von Leistungen nach § 27 Absatz 1 Nummer 4 elektronisch erfolgt und der Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur angebunden ist.</p>	<p>Redaktioneller Anpassungsbedarf für die DGUV: Da [§ 27 Abs. 1 Nr. 4 SGB VII] nur auf die "Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln" abzielt, sind die Verordnungen von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häuslicher Krankenpflege • Außerklinischer Intensivpflege • Soziotherapie <p>nicht berücksichtigt.</p>	<p>Unter § 27 Absatz 1 Nummer 5 SGB VII ist häusliche Krankenpflege bereits genannt, es fehlt jedoch in [§ 27 Abs. 2 SGB VII] der Verweis darauf. Die zukünftig ebenfalls zu digitalisierenden Verordnungen der außerklinischen Intensivpflege und Soziotherapie sollte zudem gleich ergänzt werden. Vorschlag:</p> <p>[§ 27a SGB VII]: Abs. (2) wird wie folgt ergänzt: Abs. (2): "§ 360 des Fünften Buches gilt entsprechend für die Leistungserbringer nach § 27 Absatz 1 sowie die Unfallversicherungsträger, sobald die Verordnung von Leistungen nach § 27 Absatz 1 Nummer 4 und 5 elektronisch erfolgt und der Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur angebunden ist."</p> <p>[§ 27 Abs. 1 Nr. 5 SGB VII] wird wie folgt ergänzt: "häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege und Soziotherapie,"</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Anbieter einer Komponente der TI zum Zugriff auf Verordnungen (FdV) nach §360 Abs. 10 Satz 1 und Satz 8 SGB V</p>	<p>Neben der gematik sowie den gesetzlichen Krankenkassen und Unternehmen der privaten Krankenversicherung darf die Komponente der TI (FdV), die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V ermöglicht, auch zur Verfügung gestellt werden von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kostenträger für sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte (z. B. Bundespolizei) • Postbeamtenkrankenkasse • der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten • Polizeivollzugsbeamte • Soldaten der Bundeswehr <p>Vereinfachend sollen die Kostenträger der Versicherten gemäß SGB V §362 Abs. 1 genannt werden, somit kann die explizite Nennung der "Unternehmen der privaten Krankenversicherung" entfallen. Ausgeschlossen sind, weil keine eigene App zum Einlösen von E-Rezepten/Verordnungen vorhanden ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Unfallversicherung (wird über das FdV der gesetzlichen Kasse dargestellt) • Beihilfe (wird über die App der privaten Krankenversicherung dargestellt) 	<p>[§ 360 Abs. 10 Satz 8 SGB V] könnte wie folgt gefasst werden:</p> <p>"Komponenten nach diesem Absatz, für die ein externes Sicherheitsgutachten vorliegt, das gemäß Satz 6 durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestätigt wurde, dürfen den Versicherten abweichend von Satz 7 auch durch die Krankenkassen und durch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie Kostenträger der Versicherten gemäß §362 Abs. 1 SGB V über die Benutzeroberfläche gemäß § 342 zur Verfügung gestellt werden."</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

keine	Entsprechend Kapitel 6.5.1.4 besteht der Wunsch, die Festlegung eines Stammpflegedienstes auch ohne FdV zu ermöglichen.	Das Bundesministerium für Gesundheit prüft die Möglichkeiten zur Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen bereits und wird gegebenenfalls in einem zukünftigen Gesetzgebungsverfahren dieses Thema einbringen.
§360 Abs. 11 SGB V regelt bislang: "Verordnungsdaten und Dispensierinformationen sind mit Ablauf von 100 Tagen nach Dispensierung der Verordnung zu löschen."	<p>Während Verordnungsdatensatz, Blankoverordnungsdatensatz und dazugehörige Korrekturvorschläge unter dieser Regelung Berücksichtigung finden, sind die in Kapitel 8 neu eingeführten Datensätze bislang noch nicht in dieser Norm enthalten, konkret fehlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur Leistungserbringung des PD • Entscheidungsdatensatz 	<p>SGB V §360 Abs. 11 könnte wie folgt gefasst werden:</p> <p>"Mit Ablauf von 100 Tagen sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nach Dispensierung Verordnungsdaten und Dispensierinformationen nach den Absätzen 2 bis 4 2. nach Ende des gewählten Verordnungszeitraums die Verordnungsdaten, Angaben zur Leistungserbringung des Pflegedienstes und Entscheidungsdaten der Krankenkassen für Verordnungen nach Abs. 5 Satz 1 <p>zu löschen."</p>

11 Anhang A - Verzeichnisse

11.1 Abkürzungen

Kürzel	Erläuterung
AC	2-stelliger Abrechnungscode
AC/TK	Vergütungsvereinbarungen (Abrechnungscode/Tarifkennzeichen)
BPolHfV	Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung
CAN	Card Access Number
eEB	Ersatzbescheinigung
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
FD	Fachdienst
FdV	Frontend des Versicherten
FHIR	HL7 Fast Healthcare Interoperability Resources
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-ID	Gesundheits-ID
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPOS	Gebührenpositionsnummer
HBA	Heilberufsausweis
HKP	Häusliche Krankenpflege
HKP-RL	HKP-Richtlinie (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
ID	Kennung / Identifier
IK	Institutskennzeichen
KIS	Krankenhausinformationssystem
KTR	Kostenträger
KTRVS	Kostenträgerverwaltungssystem

KVNR	Krankenversichertennummer
LE	Leistungserbringer
LEI	Leistungserbringer Institution
MD	Medizinischer Dienst
MFA	Medizinische(r) Fachangestellte(r) / Mitarbeiter medizinischer Institution
MVP	Minimal Viable Produkt
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OCI	Online-Checkin
PD	(ambulanter) Pflegedienst
PDL	Pflegedienstleitung
PFP	Pflegefachperson
pHKP	Psychiatrische häusliche Krankenpflege
PKV	Private Krankenversicherung
PoPP	Proof of Patient Presence
PPS	Pflegeprimärsystem
PS	Primärsystem
PVS	Praxisverwaltungssoftware
QES	Qualifizierte elektronische Signatur
RL	Richtlinie
SEG	Soldatenentschädigungsgesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebtes Buch
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch
SGB XIV	Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch
TI	Telematik Infrastruktur
TID	Telematik ID
TK	5-stelliges Tariffkennzeichen
vdek	Verband der Ersatzkassen

VO	Verordnung
VO-k	Verordnung - Korrekturvorschlag
VO-nV	Verordnung - neue Version
VZD	Verzeichnisdienst

11.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesamtprozess der elektronischen Verordnung häuslicher Krankenpflege (ohne Sonderfälle) und Abgrenzung der Inhalte des Fachkonzepts.....	9
Abbildung 2: Übersicht über den Verordnungsprozess.....	34
Abbildung 3: Beispielhafte Darstellung der verordneten Leistungen in dem TI- Demonstrator.....	36
Abbildung 4: Übersicht über den Einlöseprozess.....	41
Abbildung 5: Übersicht über den Korrekturprozess.....	53
Abbildung 6: Fachliches Statusmodell.....	62
Abbildung 7 : Fachlicher Soll-Prozess der elektronischen Verordnung von häuslicher Krankenpflege.....	95

11.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über vorwiegend verwendete Begriffe im Fachkonzept.....	11
Tabelle 2 : Übersicht Leistungsgewährungsprinzipien.....	15
Tabelle 3: Anwendungsfälle des fachlichen Soll-Prozesses.....	32
Tabelle 4 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'initialisiert'.....	63
Tabelle 5 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'offen'.....	65
Tabelle 6 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'zugewiesen'.....	67
Tabelle 7 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'Antragsprüfung'.....	69
Tabelle 8 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'Korrekturanfrage'.....	71
Tabelle 9 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'zugewiesen (beschieden)'	73
Tabelle 10 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'abgeschlossen'.....	74
Tabelle 11 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'gelöscht'.....	75
Tabelle 12: Übersicht über die Datensätze, deren Inhalte, Signaturen, Speicherorte und Rechte der einzelnen Akteure.....	76
Tabelle 13: Übersicht über Gültigkeiten und Löschregeln.....	83

Tabelle 14: Übersicht über die Anpassungsbedarfe der gesetzlichen Rahmenbedingungen	84
Tabelle 15: Übersicht über die im Dokument verlinkten Demonstratoren.....	96
Tabelle 16: Überblick über die beteiligten Akteure - im MVP und Ausbaustufen.....	98
Tabelle 17: Überblick über die Anwendungsfälle - im MVP und Ausbaustufen.....	99

11.4 Referenzierte Dokumente

11.4.1 Dokumente der gematik

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

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

11.4.2 Weitere Dokumente

[Quelle]	Herausgeber (Erscheinungsdatum): Titel
-----------------	-----------------------------------------------

[Demo VO_HKP]	TI-Simulator @Figma: Darstellung eines Happy Cases im TI-Demonstrator (Ende-zu-Ende Prozess ohne Korrekturschleifen) URL: https://www.figma.com/proto/1ertibUle84XTSWzXAUWuW/Showcase-%7CeVerordnung-HKP?node-id=52-54090&p=f&t=urAHNTeve6iPXURP-0&scaling=scale-down&content-scaling=fixed&page-id=1%3A441&starting-point-node-id=52%3A54090&show-proto-sidebar=1 , abgerufen am 29.07.2025
[DGUV_RL_HKP]	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Gemeinsamen Richtlinie der Verbände der Unfallversicherungsträger über häusliche Krankenpflege, URL: https://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/richtlinien_uvt/pflege.pdf
[GBA_HKP_RL]	Gemeinsamer Bundesausschuss, Häusliche Krankenpflege-Richtlinie - Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, 31.10.2023 URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/11/ , abgerufen am 30.07.2025
[GKV_SV-EmpfehlungHKP]	GKV-Spitzenverband, Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, Berlin, 18.12.2023 URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/haeusliche_krankenpflege/20231218_Rahmenempfehlungen_132a_Abs.1_SGB_V_zur_Versorgung_mit_Haesuslicher_Krankenpflege.pdf , abgerufen am 30.07.2025
[GKV_SV-Kennzahlen]	GKV-SV: Pressemitteilung, GKV-Kennzahlen URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp , abgerufen am 29.07.2025
[SGB_V]	Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz - Bundesamt für Justiz, Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung, URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/ , abgerufen am 30.07.2025
[StatBA_Pflege]	Statistisches Bundesamt, Pflege - Pflegeheime und ambulante Pflegedienste, Stand 18. Dezember 2024 URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html , abgerufen am 30.07.2025
[StatBA_VersorgArt]	Statistisches Bundesamt, Pflegebedürftige nach Versorgungsart, 2025 URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/_Grafik/_Interaktiv/pflege-versorgungsart.html , abgerufen am 30.07.2025

12 Anhang

12.1 Fachlicher Soll-Prozess

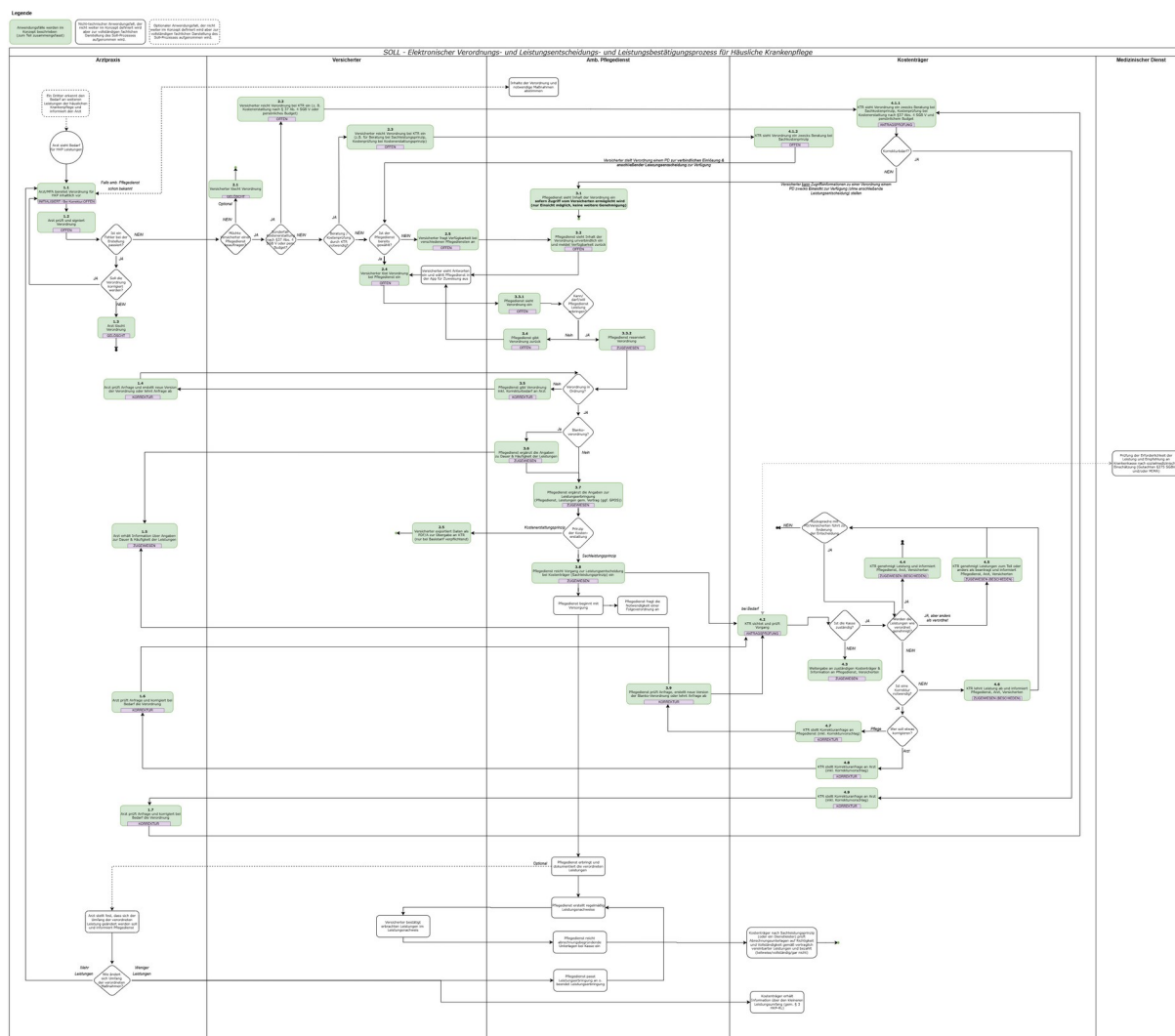


Abbildung 7 : Fachlicher Soll-Prozess der elektronischen Verordnung von häuslicher Krankenpflege

12.2 Demonstratoren

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

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

Tabelle 15: Übersicht über die im Dokument verlinkten Demonstratoren

Prozessschritt	Anwendungsfallbeschreibung	Link
Ende zu Ende "Happy Case"	<ul style="list-style-type: none"> Der Arzt stellt (Blanko-)Verordnung für Renate aus Daniel vom PD Hand & Herz löst die Verordnung mit der eGK im PPV ein Elena vom PD Hand & Herz sieht die Verordnung in dem PPS ein, und ergänzt eigene Angaben und leitet die Verordnung weiter an Kasse Die Kasse sieht die Verordnung und die Angaben des Pflegedienstes ein Die Kasse genehmigt alle Leistungen 	Link zum Demonstrator
Verordnungsprozess	Der Arzt konfiguriert sein Profil "HKP Standard" mit den Leistungen Medikamentengabe, Kompressionsbehandlung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung.	Link zum Demonstrator
Verordnungsprozess	Der Arzt erstellt eine Verordnung mit Leistungen der HKP für Renate mit dem Standard-Profil, ergänzt die Leistung Blutzuckermessung und wählt die Leistung "Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung" als Blanko-Leistung aus. Es wird dargestellt, wie im PVS auf Fehler in der Verordnung hingewiesen wird und wie Hinweise aus der HKP-RL angezeigt werden können.	Link zum Demonstrator
Verordnungsprozess	Der Arzt erstellt für Aurelia eine Verordnung mit dem Profil pHKP, welches die beiden Leistungen pHKP und Medikamentengabe beinhaltet. Dies führt im Hintergrund zu zwei Verordnungen, was Aurelia auch anschließend in dem FdV sieht (als separate Einträge). Aurelia löst nur die Verordnung für pHKP beim Pflegedienst Hand & Herz ein.	Link zum Demonstrator
Verordnungsprozess	Ein Jahr später erstellt der Arzt eine Folgeverordnung auf Basis der Verordnungsübersicht für Renate, jedoch ohne die Leistung "Wundversorgung", die nach einem Krankenhausaufenthalt nur für kurze Zeit benötigt wurde.	Link zum Demonstrator
Einlöseprozess	Renate sieht die HKP-Verordnung in dem FdV ein und weist sie dem Pflegedienst Hand & Herz zu. Die Verordnung wird im PPS vom Pflegedienst Hand & Herz angezeigt. Elena nimmt die Verordnung an.	Link zum Demonstrator

Einlöseprozess	Pflegefachperson Daniel ruft die Verordnung mit der eGK von Renate in der App seines Pflegeprimärsystems ab. Die Verordnung wird im PPS angezeigt. Dabei wird auch gleich die Berechtigung auf die ePA von Renate eingerichtet.	Link zum Demonstrator
Einlöseprozess	Renate braucht Unterstützung bei der Suche nach einem Pflegedienst von ihrer Krankenkasse. Sie sieht die Verordnung in der App und berechtigt die Kasse darauf. Die Kasse sieht die Verordnung in ihrem System. Darauf basierend kann ein Beratungsgespräch stattfinden.	Link zum Demonstrator
Unverbindliche Anfrage	Pflegedienst Hand & Herz konfiguriert automatische Antworten auf Verfügbarkeitsanfragen. Dabei wird eine automatische Ablehnung aller Anfragen zunächst deaktiviert und dann werden zwei neue Regeln auf Basis der Qualifikation und des Einzugsgebietes eingestellt.	Link zum Demonstrator
Unverbindliche Anfrage	Renate sieht die Verordnung in dem FdV ein und fragt bei verschiedenen Pflegediensten (Hand & Herz, Integral) die Verfügbarkeit an. Hand & Herz sieht die Anfrage und antwortet mit Verfügbarkeit. Renate sieht die Rückmeldung und weist die Verordnung verbindlich dem Pflegedienst Hand & Herz zu.	Link zum Demonstrator
Korrekturprozesse	Pflegedienst Hand & Herz sieht die Verordnung von Renate und bemerkt drei Fehler (eine Einschränkung fehlt, es wurde "Medibox stellen" anstatt "Medigabe" verordnet, die Leistung Dekubitusbehandlung fehlt). Der Arzt sieht die Anfrage und bestätigt die fehlende Einschränkung, die Änderung der Medigabe anstelle von Medibox stellen und lehnt Dekubitusbehandlung ab. Pflegedienst sieht die Rückmeldung in dem PPS.	Link zum Demonstrator
Korrekturprozesse	Die gematiker Kasse sieht die Verordnung von Karl-Heinz ein und bemerkt einen Fehler. Die verordnete und beantragte Häufigkeit ist nicht valide, und sie bittet den Arzt daher um Prüfung. Der Arzt bestätigt und korrigiert die Häufigkeit. Die Kasse sieht die neue Version der Verordnung und genehmigt diese.	Link zum Demonstrator
Angaben des Pflegedienstes erfassen	Die Verordnung von Renate wird im PPS angezeigt und die Angaben zur Leistungserbringung ergänzt.	Link zum Demonstrator
Leistungsentscheidung	Die Kasse sieht den Vorgang von Renate Berger und genehmigt alle Leistungen. Die Entscheidung wird in dem PPS, dem PVS und dem FdV angezeigt.	Link zum Demonstrator
Leistungsentscheidung	Die Kasse sieht den Vorgang von Karl-Heinz und genehmigt einen kürzeren Leistungszeitraum. Die Entscheidung wird in dem PPS, dem PVS und dem FdV angezeigt.	Link zum Demonstrator
Leistungsentscheidung	Die Kasse sieht den Vorgang von Karl-Heinz und lehnt die Verordnung ab. Die Entscheidung wird in dem PPS, dem PVS und dem FdV angezeigt.	Link zum Demonstrator
Kosten-erstattung	Rolf hat eine Blankoverordnung und reicht diese NACH der Einlösung mit seinem FdV seiner privaten Versicherung ein.	Link zum Demonstrator
Kosten-erstattung	Rolf hat eine Verordnung und reicht diese VOR der Einlösung mit seinem FdV bei seiner privaten Versicherung ein.	Link zum Demonstrator
Kosten-	Rolf hat eine Verordnung und reicht diese NACH der Einlösung mit	Link zum

erstattung	seinem FdV bei seiner privaten Versicherung ein.	Demonstrator
------------	--------------------------------------------------	------------------------------

12.3 MVP - Release 1.0

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

12.3.1 Beteiligte Akteure

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

Tabelle 16: Überblick über die beteiligten Akteure - im MVP und Ausbaustufen

Akteure	Minimal Viable Product (Version 1)	Ausbaustufe
Verordnende Ärzte		
niedergelassene Vertragsärzte und ärztliche Psychotherapeuten (oid_arzt)	x	
Psychologische Psychotherapeuten (oid_ps_psychotherapeut)	x	
Entlassmanagement Krankenhaus	x	
Privatärzte (oid_arzt)	x	
Arbeitsmediziner		x
Rehabilitationseinrichtungen	x	
Sanitätsdienst der Bundeswehr		x
Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)		x
Kostenträger		
Gesetzliche Krankenversicherung	x	
Gesetzliche Unfallversicherung	x	
Private Krankenversicherung	x	
Beihilfe	x	

sonstige Kostenträger Bundespolizei	x	
Postbeamtenkrankenkasse		x
Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten		x
Krankenversorgung für Polizeivollzugsbeamte		x
Krankenversorgung für sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte		x
Krankenversorgung für Soldaten der Bundeswehr		x

12.3.2 Funktionen / Anwendungsfälle

Tabelle 17: Überblick über die Anwendungsfälle - im MVP und Ausbaustufen

Thema	Nr. in Prozessbild	Minimal Viable Product (Version 1)	Ausbaustufe
Anwendungsfälle der Ärzte			
Mitarbeiter in der Arztpraxis bereitet Verordnung inhaltlich vor (und legt sie auf Signaturliste)	1.1	x	
Verordnung gemäß Infomodell ausstellen und signieren (inkl. Option zur Blankoverordnung)	1.2	x	
Anzeigen von Vorgaben der HKP-RL im Verordnungsprozess (z. B. max. Verordnungsdauer)	1.1 / 1.2	in Klärung	
Verordnung wird fachlich validiert vor Einstellen auf den Fachdienst	1.2	in Klärung	
Bereitstellen von begleitenden Unterlagen auf digitalem Weg	1.2	x	
Automatisches Erstellen von separaten Verordnungen bei bestimmten Leistungen	1.2	x	
Mitarbeiter in der Arztpraxis löscht Verordnung	1.3	x	
Einsicht in den Verordnungsübersicht in der ePA (und die automatische Übermittlung der Verordnungsdaten in die ePA)	/		x
Anwendungsfälle des Versicherten			
Verbindliche Einlösung via eGK/G-ID & PoPP in	2.4	x	

App von PPS, via FdV, via eGK-Stecken, via Patientenausdruck			
Automatische Einlösung in Stamm-Pflegedienst via FdV	/		x
Unverbindliche Anfrage bei Pflegediensten via FdV	2.5		x
Bereitstellen der Verordnung für Kostenträger bei Sachleistungsprinzip (z. B. für Beratung oder alternative Wege der Kostenerstattung)	2.2 / 2.3	x	
Bereitstellen der Verordnung für Kostenträger bei Kostenerstattungsprinzip	2.5	x	
Darstellen von Basis-VZD-Daten in FdV für Auswahl des Leistungserbringers	2.4 / 2.5	x	
Darstellen von um Mehrwertdaten angereicherte Angaben des Pflegedienstes in FdV für Auswahl des Leistungserbringers (z. B. durch VZD oder andere Dienste)	2.4 / 2.5		x
Leistungserbringer im Verordnungszeitraum wechseln ohne neue Verordnung auszustellen	/		x
Versicherter bestätigt Leistungsnachweise im FdV	/		x
Versicherter löscht Verordnung	2.1	x	
Anwendungsfälle der Pflegedienste			
Verordnung verbindlich abrufen durch Pflegedienst in PPS	3.3	x	
Verordnung unverbindlich einsehen durch Pflegedienst in PPS	3.1 / 3.2		x
Automatisierte Antworten auf Verfügbarkeitsanfrage in PPS konfigurieren	/		x
Verordnung durch Pflegedienst an Versicherten zurückgeben	3.4	x	
Korrekturverfahren Pflegedienst → Arzt	1.4 / 3.5	x	
Pflegedienste ergänzen Angaben zur Leistungserbringung gemäß Datensatz	3.7	x	
Pflegedienste ergänzen Dauer & Häufigkeit bei Blanko-Leistungen gemäß Datensatz	1.5 / 3.6	x	

Pflegedienst reicht Vorgang zur Leistungsentscheidung bei Kostenträger (Sachleistungsprinzip) ein	3.8	x	
Pflegedienste holen sich Bestätigung der Leistungsnachweise per PoPP ein	/		x
Pflegedienste prüfen Korrekturanfrage und korrigieren eigene Angaben	3.9	x	
Pflege eigener Standort-VZD-Daten (SelfServicePortal)	/	x	
Pflege eigener Mehrwert-VZD-Daten (SelfServicePortal) <i>In Abhängigkeit einer Lösung durch das VZD-Team oder indem andere Dienste eingebunden werden</i>	/		x
Anwendungsfälle der Kostenträger (Sachleistungsprinzip)			
Kostenträger haben Zugriff auf Vorgang (für Leistungsentscheidung)	4.2	x	
Kostenträger haben Zugriff auf Vorgang (für Beratungszwecke oder alternative Wege der Kostenerstattung)	4.1	x	
Korrekturverfahren Kostenträger → Arzt	1.6 / 1.7 / 4.8	x	
Korrekturverfahren Kostenträger → Pflegedienst	3.9 / 4.7	x	
Kostenträger dokumentieren Entscheidung der Prüfung im Fachdienst (Genehmigung, Teilgenehmigung, Ablehnung)	4.4 / 4.5 / 4.6	x	
Kostenträgerwechsel bei Unzuständigkeit durch Übergabe des Vorgangs an andere gesetzliche Krankenkasse oder gesetzliche Unfallversicherung statt neuer Verordnung <i>Hinweis für MVP: der Workaround über KIM-Nachrichten zwischen den Kostenträger kann genutzt werden</i>	4.3	x	
Kostenträgerwechsel bei Unzuständigkeit durch Ändern auf IK des neuen Kostenträgers / Zuordnung an neuen Kostenträger	/		x
Leistungserbringerwechsel	/		x