

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

Feature:

**Elektronische Verordnung
Häuslicher Krankenpflege
(HKP)**

Version: 2.0.0_CC
Revision: 1689535
Stand: 10.08.2026
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
1.0.0	20.11.202 5		Beschreibung der fachlichen Abläufe und Anforderungen sowie weitere Anwendungsfälle.	gematik
2.0.0_CC	19.05.202 6		Erarbeitung des technischen Konzeptes	gematik

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort.....	8
2 Einordnung des Dokuments.....	10
2.1 Motivation.....	10
2.2 Rechtsgrundlagen.....	10
2.3 Zielgruppe und Zielsetzung des Dokuments.....	11
2.4 Vorgehensweise.....	12
2.4.1 User Story und Anforderungen.....	12
2.5 Abgrenzung und Einordnung bzgl. E-Rezept für Arzneimittel.....	12
2.6 Bezeichnungen.....	13
2.7 Leistungsgewährungsprinzipien.....	18
3 Anforderungen aus Nutzersicht.....	23
3.1 Anforderungen der Versicherten.....	23
3.1.1 Rollen im Versorgungsprozess.....	23
3.1.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	24
3.1.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	24
3.2 Anforderungen der Arztpraxen.....	24
3.2.1 Rollen im Versorgungsprozess.....	24
3.2.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	25
3.2.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	25
3.3 Anforderungen der Krankenhäuser.....	26
3.3.1 Rollen im Versorgungsprozess.....	26
3.3.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	26
3.3.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	27
3.4 Anforderungen der ambulanten Pflegedienste.....	27
3.4.1 Rollen im Versorgungsprozess.....	27
3.4.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	27
3.4.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	28
3.5 Anforderungen der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung.....	28
3.5.1 Rolle eines Sachbearbeiters in einer gesetzlichen Krankenkasse oder Unfallversicherung.....	28
3.5.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	28
3.5.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	29
3.6 Anforderungen der privaten Versicherungsunternehmen und der Beihilfe	29
3.6.1 Rollen im Versorgungsprozess.....	29
3.6.2 Hemmnisse im heutigen Prozess.....	29
3.6.3 Anforderungen an den digitalen Prozess.....	30
4 Prämissen für die Ausgestaltung der elektronischen Verordnung HKP.....	31
4.1 Übergreifende Prämissen.....	31

81	4.2 Prämissen für Endnutzersysteme.....	32
82	4.3 Weitere Prämissen.....	33
83	5 Darstellung des fachlichen Soll-Prozesses.....	35
84	6 Anwendungsfälle.....	36
85	6.1 Verordnungsprozess.....	36
86	6.1.1 Erstellen von separaten Verordnungen.....	37
87	6.1.2 Verordnung im Entlassmanagement.....	38
88	6.1.3 Übersicht über alle verordneten Leistungen in der ePA.....	38
89	6.1.4 User Stories.....	39
90	6.2 Veränderter Leistungsumfang innerhalb des Verordnungszeitraums....	40
91	6.3 Verordnungen löschen.....	40
92	6.3.1 Ärztliche Verordnung löschen.....	41
93	6.3.2 Blankoverordnung löschen.....	41
94	6.3.3 Angaben zur Leistungserbringung des PD löschen.....	41
95	6.3.4 Datensätze zur Korrekturanfrage löschen.....	42
96	6.3.5 User Stories.....	42
97	6.4 Sonderfälle der Kostenerstattung.....	42
98	6.5 Anwendungsfälle im Einlöseprozess.....	43
99	6.5.1 Verbindliche Einlösung bei einem Pflegedienst.....	43
100	6.5.1.1 Einlöseweg 1 - eGK/Gesundheits-ID via Pflegeprimärsystem & PoPP.....	44
101	6.5.1.2 Einlöseweg 2 - Frontend des Versicherten.....	45
102	6.5.1.3 Einlöseweg 3 - Patientenausdruck.....	45
103	6.5.1.4 Einlöseweg 4 - Stammpflegedienst auch ohne FdV einrichten.....	46
104	6.5.2 Unverbindliche Anfrage bei Pflegediensten via FdV.....	46
105	6.5.3 Beratung durch die Kostenträger.....	46
106	6.5.4 Einlösen als Vertreter.....	47
107	6.5.5 User Stories.....	47
108	6.6 Angaben des Pflegedienstes erfassen.....	50
109	6.6.1 Angaben zur Leistungserbringung des Pflegedienstes erfassen.....	50
110	6.6.2 Kompetenzerweiterung (Blankoverordnung).....	50
111	6.6.3 User Stories.....	51
112	6.7 Prozess zur Leistungsentscheidung / Kostenerstattungsanfrage.....	52
113	6.7.1 Für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Sachleistungsprinzip.....	52
114	6.7.2 Für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip..	53
115	6.7.3 User Stories.....	54
116	6.8 Korrekturprozesse.....	55
117	6.8.1 Grundsätzliche Anforderungen, die an die Korrekturprozesse gestellt werden	56
118	6.8.2 Besonderheiten beim Kostenerstattungsprinzip.....	57
119	6.8.3 Benachrichtigungen über Änderungen innerhalb des Korrekturprozesses an	
120	verschiedene Akteure.....	57
121	6.8.4 User Stories.....	57
122	6.9 Unzuständigkeit der Krankenkasse (nur GKV und DGUV).....	60
123	6.9.1 User Stories.....	60
124	6.10 Leistungsnachweise.....	61
125	6.11 Leistungserbringerwechsel.....	61
126	6.12 Abrechnungsverfahren.....	62
127	6.12.1 Abrechnung von Verordnungen für Versicherte mit einem Kostenträger nach	
128	dem Sachleistungsprinzip.....	62

6.12.2 Abrechnung von Verordnungen für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip.....	62
--	----

7 Fachliches Statusmodell.....63

7.1 Erläuterungen zum Statusmodell.....	64
7.1.1 Status 'initialisiert'.....	64
7.1.2 Status 'offen'.....	66
7.1.3 Status 'zugewiesen'.....	68
7.1.4 Status 'Antragsprüfung'.....	70
7.1.5 Status 'Korrekturanfrage'.....	72
7.1.6 Status 'zugewiesen (beschieden)'.....	74
7.1.7 Status 'abgeschlossen'.....	75
7.1.8 Status 'gelöscht'.....	76

8 Datensätze.....77

9 Gültigkeiten und Löschregeln.....85

10 Handlungsbedarf für den Gesetzgeber.....86

11 Technisches Konzept (MVP).....92

11.1 Systemüberblick.....92

11.2 Nutzergruppen.....92

11.3 Workflow.....93

11.3.1 Workflow für die HKP Verordnung.....	94
11.3.1.1 Technisches Statusmodell.....	94
11.3.1.2 Fachliches Business-Statusmodell.....	95
11.3.1.3 Statusübergänge.....	97
11.3.2 Anfrage-Workflow.....	101
11.3.2.1 Konzept Anfrage-Workflow.....	101
11.3.2.1.1 Rollen.....	101
11.3.2.1.2 Initialisierung eines Anfrage-Workflows.....	102
11.3.2.1.3 Technisches Statusmodell.....	102
11.3.2.1.4 Fachliches Datenmodell.....	105
11.3.2.1.5 Zugriffsberechtigung Anfrage-Workflow.....	106
11.3.2.1.6 Speicherdauer des Anfrage-Workflows.....	106
11.3.2.1.7 Ablauf und Prozess.....	107
11.3.2.2 Datenmodelle des Anfrage-Workflow.....	114
11.3.2.2.1 FHIR-Questionnaire Ansatz.....	114
11.3.2.2.2 FHIR-Questionnaire Erweiterung.....	116
11.3.2.2.3 Veranschaulichung am Beispiel "Korrektur eines FHIR-Documents".....	117
11.3.2.2.4 Zusammenfassung FHIR-Questionnaire für Anfrage-Workflows.....	120
11.3.3 HKP-spezifische Anfrage-Workflows.....	120
11.3.3.1 HKP Antragsprüfung durch Versicherten bei Kostenerstattung nach §37 Abs. 4 SGB V oder persönlichem Budget.....	121
11.3.3.2 HKP Antragsprüfung durch Pflegedienst.....	122
11.3.3.3 HKP Korrektur-Anfrage einer Pflegedienst an den Verordnenden.....	122
11.3.3.4 HKP Korrektur-Anfrage eines Kostenträgers an den Verordnenden.....	123

172	11.3.3.5 HKP Korrektur-Anfrage eines Kostenträgers an den Pflegedienst.....	124
173	11.4 Datenmodelle.....	125
174	11.5 Verwendung von Dokumenten.....	126
175	11.5.1 Konzept zur Verwendung von Dokumenten.....	126
176	11.5.1.1 Serverseitige Metadatengenerierung.....	128
177	11.5.1.2 Dokumentenpublikation.....	128
178	11.5.1.3 Referenzierung von Dokumenten aus der ePA.....	129
179	11.5.1.4 Ablage und Referenzierung von Dokumenten.....	130
180	11.5.1.5 Anforderungen an die Dokumente.....	130
181	11.5.1.5.1 Unterstützte Dokumentenformate.....	130
182	11.5.1.5.2 Begrenzung der Dokumentengröße.....	130
183	11.5.1.6 Versionierung von Dokumenten.....	131
184	11.5.1.7 Workflowbezogener Dokumentenabruf.....	131
185	11.5.1.7.1 Abruf historischer Dokumentversionen.....	132
186	11.5.1.7.2 Abruf einzelner Dokumente.....	132
187	11.5.1.8 Lebenszyklus der Dokumente.....	133
188	11.5.2 Verwendung von Dokumenten im HKP Workflow.....	133
189	11.5.2.1 Führende Workflowdokumente.....	133
190	11.5.2.2 Workflowbegleitende Dokumente.....	134
191	11.5.2.3 Signaturanforderungen.....	134
192	11.5.2.4 Dokumente im HKP-Workflow.....	134
193	11.5.2.5 Speicherung workflowrelevanter Dokumente.....	136
194	11.6 Prozessparameter.....	136
195	11.6.1 Gültigkeit einer HKP-Verordnung.....	136
196	11.6.2 Löschrufen.....	136
197	11.7 Kommunikation der Prozessbeteiligten.....	137
198	11.8 Notifications.....	138
199	11.9 Übermittlung von Daten in die ePA.....	138
200	11.10 Umsetzung fachlicher Szenarien.....	138
201	11.10.1 Einlösewege.....	138
202	11.10.1.1 Verbindliches Einlösen bei einem Pflegedienst.....	138
203	11.10.1.2 Unverbindliche Anfrage bei Pflegediensten via FdV.....	138
204	11.10.2 Verordnungen zu Lasten einer gesetzlichen Krankenkasse.....	139
205	11.10.3 Verordnungen zu Lasten einer privaten Krankenversicherung.....	140
206	11.10.4 Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers.....	140
207	11.11 Use Cases.....	141
208	11.11.1 Use Cases des Verordnenden.....	141
209	11.11.1.1 HKP Verordnung erstellen.....	141
210	11.11.1.2 HKP Verordnung durch Verordnenden einstellen.....	142
211	11.11.1.3 HKP Verordnung durch Verordnenden abrufen.....	143
212	11.11.1.4 HKP Verordnung durch Verordnenden löschen.....	144
213	11.11.2 Use Cases des Versicherten.....	146
214	11.11.2.1 HKP Verordnungen durch Versicherten abrufen.....	146
215	11.11.2.2 HKP Verordnung durch Versicherten löschen.....	146
216	11.11.2.3 Nachrichten durch Versicherten empfangen.....	148
217	11.11.2.4 Nachricht durch Versicherten versenden.....	149
218	11.11.2.5 Nachricht durch Versicherten löschen.....	150
219	11.11.3 Use Cases des Pflegedienstes.....	151
220	11.11.3.1 HKP Verordnungen durch Pflegedienst abrufen (PoPP).....	151
221	11.11.3.2 HKP Verordnung durch Pflegedienst unverbindlich einsehen.....	153
222	11.11.3.3 HKP Verordnung durch Pflegedienst verbindlich abrufen.....	154

223	11.11.3.4 HKP Verordnung durch Pflegedienst zurückgeben.....	156
224	11.11.3.5 Nachrichten durch Pflegedienst empfangen.....	157
225	11.11.3.6 Nachricht durch Pflegedienst versenden.....	158
226	11.11.3.7 Nachricht durch Pflegedienst löschen.....	159
227	11.11.4 Use Cases des Kostenträgers.....	160
228	11.11.4.1 HKP Verordnung durch Kostenträger abrufen.....	160
229	11.11.4.2 Nachrichten durch Kostenträger empfangen.....	161
230	11.11.5 Use Cases zum Anfrage-Workflow.....	163
231	11.11.5.1 HKP Anfrage-Workflow starten.....	163
232	11.11.5.2 HKP Anfrage-Workflow zurückziehen.....	165
233	11.11.5.3 Alle HKP Anfrage-Workflows abrufen.....	166
234	11.11.5.4 Ein HKP Anfrage-Workflows abrufen.....	167
235	11.11.5.5 HKP Anfrage-Workflow zum Bearbeiten abrufen.....	168
236	11.11.5.6 HKP Anfrage-Workflow abschließen.....	169
237	11.11.5.7 HKP Anfrage-Workflow ablehnen.....	171
238	11.11.6 Use Cases zum Dokumentenmanagement.....	173
239	11.11.6.1 Workflow-begleitendes Dokument einstellen.....	173
240	11.11.6.2 Alle Dokumente zu einem Task abrufen.....	174
241	11.11.6.3 Ein Dokument abrufen.....	175
242	12 Datenschutz und Informationssicherheit.....	177
243	13 Anhang A - Verzeichnisse.....	179
244	13.1 Abkürzungen.....	179
245	13.2 Abbildungsverzeichnis.....	181
246	13.3 Tabellenverzeichnis.....	181
247	13.4 Referenzierte Dokumente.....	183
248	13.4.1 Dokumente der gematik.....	183
249	13.4.2 Weitere Dokumente.....	183
250	14 Anhang.....	185
251	14.1 Fachlicher Soll-Prozess.....	185
252	14.2 Demonstratoren.....	186
253	14.3 MVP - Release 1.0.....	188
254	14.3.1 Beteiligte Akteure.....	188
255	14.3.2 Funktionen / Anwendungsfälle.....	189
256		
257		

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 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 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 17.500 ambulanten Pflegediensten geleistet. Die Zahl der Pflegebedürftigen und damit verbunden auch die Kosten für deren Versorgung werden aufgrund des demographischen 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 medienbruchsfreie 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.:

- Kassenärztliche 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: Die Partner des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) beauftragen die gematik für die Beratung durch die Krankenkasse einen datenschutzrechtlich konformen Zugriff zu entwickeln, z. B. über einen Zugangscode. [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.

Im Zuge einer Verordnung häuslicher Krankenpflege werden bislang auch weitere fakultative Unterlagen an den Pflegedienst übermittelt. Die Übermittlung der fakultativen Begleitunterlagen (z. B. Insulinplan) soll volldigital erfolgen. *Es wird geprüft, ob die Übermittlung über die ePA erfolgen kann.*

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	Abkürzung	Beschreibung
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.
Fortgeschrittene Signatur	FES	Der Begriff wird in diesem Dokument verwendet für die nicht-qualifizierte, d.h. nicht-personenbezogene Signatur einer Organisation bzw. Leistungserbringerinstitution.
Frontend des Versicherten	FdV	Das Frontend des Versicherten ist eine Anwendung für den Versicherten, welche die für die Nutzung von Fachanwendungen notwendigen Funktionalitäten bündelt und dezentrale Fachlogik der Fachanwendung ausführt. Das FdV wird von der gematik und den in §360 Abs. 10 SGB V genannten Kostenträgern angeboten.
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.
Krankenversicherternummer		Eindeutige Identifikationsnummer eines Versicherten (gemäß 290 SGB V); erforderlich zur Zuordnung beim Kostenträger.
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.
Leistungserbringerinstitution	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. • 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.
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	Sachleistungsprinzip ist der Normalfall. Abweichend vom Sachleistungsprinzip gibt es folgende Ausnahmen (siehe Kapitel 6.4 Sonderfälle der Kostenerstattung): • Wahl der Kostenerstattung [§ 13 Abs. 2 SGB V] • Kostenerstattung nach [§ 37 Abs. 4 SGB V] und • persönliches Budget	• [§ 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	Sachleistungsprinzip ist der Normalfall, Kostenerstattung im Ausnahmefall siehe: Kostenerstattung nach [§ 32 Abs. 3 SGB VII]https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/_32.html	- 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	- 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	• 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	Verwaltungsvorschrift zur Bundespolizei Heilfürsorgeverordnung[]: • 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	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.	• 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. 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.

Die Postlaufzeiten von Verordnung und Entscheidungsschreiben erzeugen Zeitverzögerungen, was zu Wartezeiten bei und Rückfragen von den Versicherten 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.

Unterscheidung Erst- und Folgeverordnung: Die Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnungen ist oft schwierig, insbesondere wenn Informationen aus dem Krankenhaus zur HKP-Verordnung nicht rechtzeitig übermittelt werden.

Unterstützung bei der Pflegedienstsuche: MFAs sind bei Erstverordnungen 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 und Plausibilität 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.

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: 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. Hinweis: Mit Verweis auf datenschutzrechtliche Gründe können die Krankenkassen den Pflegediensten nicht alle Ablehnungsgründe mitteilen.

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 Verordnen 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 Unfalltages 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.

Auf Wunsch der PKV soll die Harmonisierung von elektronischer Verordnung und digitaler Patientenrechnung als ganzheitliches Konzept betrachtet werden und erfordert daher ein übergreifendes Fachkonzept. Für alle Verordnungstypen, einschließlich Arzneimittel, ist eine nahtlose Verbindung zwischen Verordnung und anschließender Abrechnung anzustreben, um eine optimale Nutzererfahrung zu gewährleisten.

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)
 - Wundversorgung: chronische und schwer heilende Wunden (Behandlungspflege Ziffer 31a)
 - Somatische häusliche Krankenpflege

Hinweise:

- 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 (KVNR) bei der Leistungsentscheidung bewerten.
3. Die Leistungspositionen einer Verordnung können nur gesamtheitlich durch einen Leistungserbringer erbracht werden.

4. Abgerechnet werden Leistungen dennoch entsprechend Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V und den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V.

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. Die Partner des BMV-Ä prüfen, inwieweit diese Unterlagen zukünftig in Form strukturierter Daten digital übermittelt werden können.

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 auch Kapitel 8 Datensätze) definiert.
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 (z. B. Arzt verordnet 3x täglich, PD ändert auf 2x täglich). 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 informiert
- 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	- 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	- Beratung des Versicherten aus verschiedenen Gründen vor der Einlösung	<u>6.4- Sonderfälle der Kostenerstattung</u>
Versicherter	- 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>6.5.3- Beratung durch die Kostenträger</u> <u>6.3- Verordnungen löschen</u>
Pflegedienst	- 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: - 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 [14.1- 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 grundsätzlich mit dem Heilberufsausweis oder, in im BMV-Ä definierten Ausnahmefällen der Vertragspartner, mit der SMC-B der Arztpraxis oder des Krankenhauses signiert. Näheres dazu regeln die Vertragspartner in Verträgen. Die Vertragspartner Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. prüfen Regelungen auch für den Rahmenvertrag Entlassmanagement.

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 Krankenversichertennummer (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.

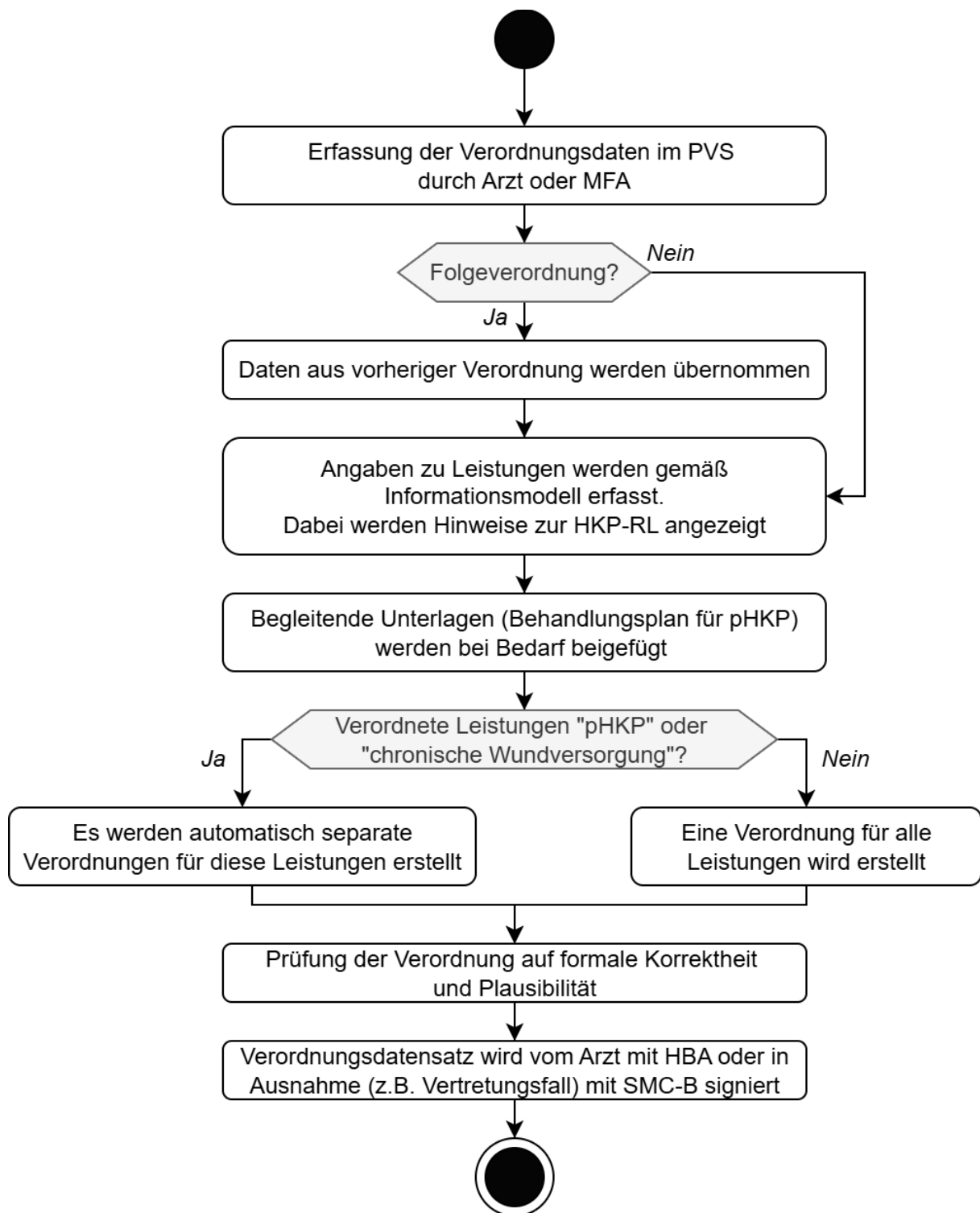


Abbildung 2: Übersicht über den Verordnungsprozess

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 durch die Fachanwendung elektronische Verordnung HKP 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

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

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:

- 1094 • **ML1** initialisierte und noch nicht signierte Verordnung kann durch Arzt oder
1095 Praxismitarbeiter gelöscht werden
- 1096 • **ML2** bereits signierte aber noch nicht (oder nicht mehr) zugewiesene Verordnung
1097 kann durch Arzt in Rücksprache mit dem Versicherten gelöscht werden
- 1098 • Verordnungen dürfen vom Versicherten solange gelöscht werden, bis er sie einem
1099 Pflegedienst zugewiesen hat oder nachdem die Leistung erbracht wurde und der
1100 Verordnungszeitraum abgeschlossen ist.
- 1101 • **ML2** bereits signierte, aber noch nicht (oder nicht mehr) zugewiesene Verordnung
1102 kann durch den Versicherten selbst gelöscht werden
- 1103 • **ML3** die Verordnung kann vom Versicherten gelöscht werden, nachdem die
1104 Leistung erbracht wurde und der Verordnungszeitraum abgeschlossen ist.
- 1105 Der Pflegedienst und der Kostenträger dürfen die Verordnung hingegen nicht löschen.

1106 **6.3.2 Blankoverordnung löschen**

1107 In folgenden Fällen ist das Löschen eines Blankoverordnungsdatensatzes vorgesehen:

- 1108 • Der Datensatz kann vom Pflegedienst nur lokal im Pflegeprimärsystem gelöscht
1109 werden, solange die Verordnung, der Blankoverordnungsdatensatz und die Angaben
1110 des Pflegedienstes noch nicht an den Kostenträger zur Prüfung übergeben wurde.
1111 (Annahme: Blankoverordnungsdatensatz und die Angaben des Pflegedienstes werden
1112 zeitgleich erfasst und in einem Schritt zusammen mit der Verordnung dem
1113 Kostenträger zur Prüfung übergeben)
- 1114 • Der Datensatz darf vom Versicherten erst gelöscht werden, nachdem die Leistung
1115 erbracht wurde und der Verordnungszeitraum abgeschlossen ist.
- 1116 • **ML3** Die Verordnung kann vom Versicherten über das FdV gelöscht werden.

1117 Der Arzt, der Kostenträger und auch der Pflegedienst dürfen den
1118 Blankoverordnungsdatensatz hingegen nicht vom Fachdienst löschen.

1119 **6.3.3 Angaben zur Leistungserbringung des PD löschen**

1120 In folgenden Fällen ist das Löschen eines Datensatzes "Angaben zur Leistungserbringung
1121 des PD" vorgesehen:

- 1122 • Der Datensatz darf vom Pflegedienst nur lokal im Pflegeprimärsystem gelöscht
1123 werden, solange die Verordnung, ggf. Blankoverordnung bzw. die Angaben des
1124 Pflegedienstes nicht an den Kostenträger zur Prüfung übergeben wurden.
- 1125 • Der Datensatz darf vom Versicherten erst gelöscht werden, nachdem die Leistung
1126 erbracht wurde und der Verordnungszeitraum abgeschlossen ist.
- 1127 • **ML3** Die Verordnung kann vom Versicherten über das FdV gelöscht werden.

1128 Der Arzt, der Kostenträger und auch der Pflegedienst dürfen die Angaben zur
1129 Leistungserbringung hingegen nicht vom Fachdienst löschen.

1130 **6.3.4 Datensätze zur Korrekturanfrage löschen**

1131 Das Löschen von Korrekturanfragen wird in der Spezifikation ausgearbeitet und daher an
1132 dieser Stelle nicht weiter beschrieben.

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 ein im Rahmen von PoPP zulässiges 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.

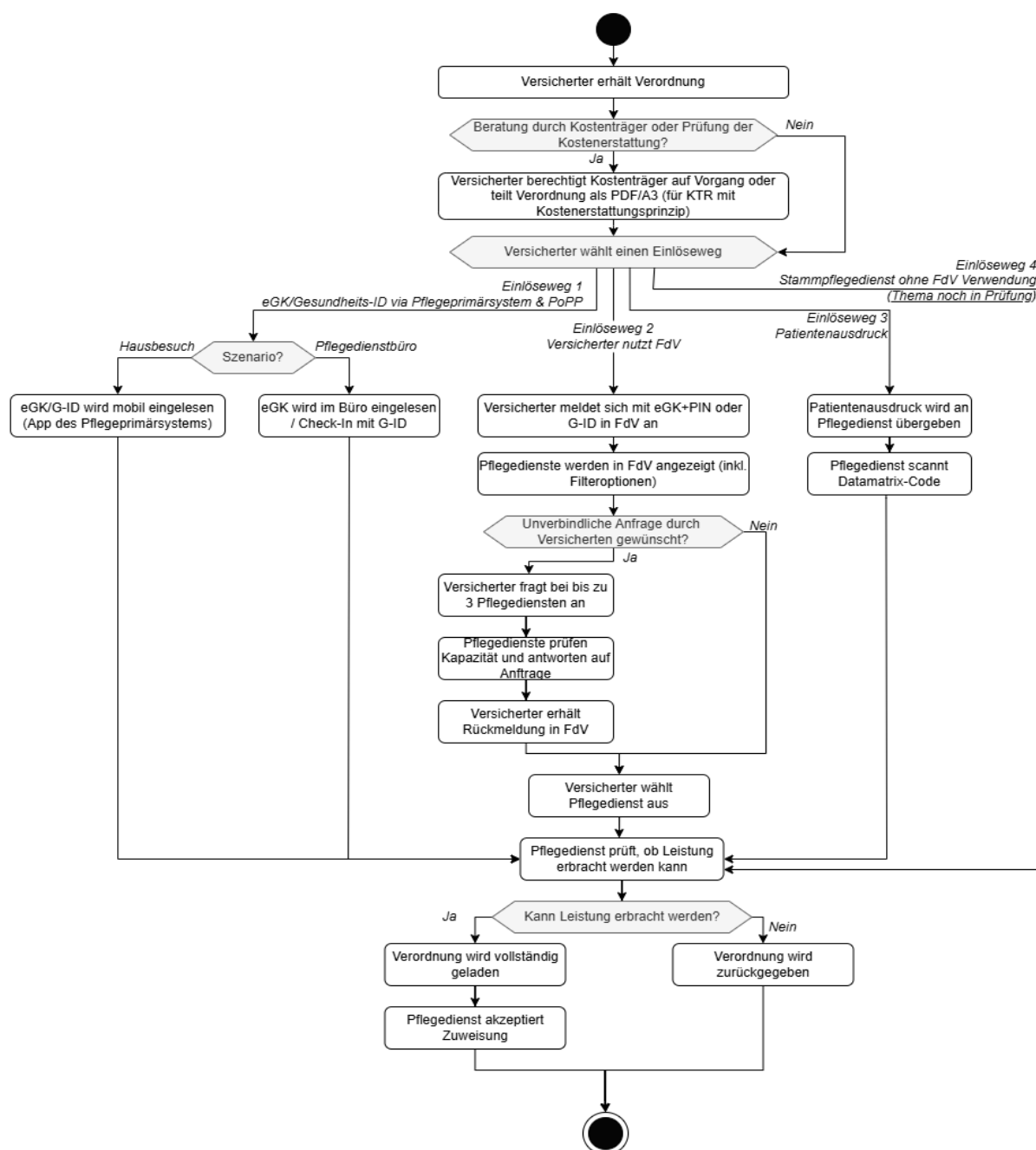


Abbildung 4: Übersicht über den Einlöseprozess

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

- 1359 oder Pflegesachleistungen) zu ergänzen, sodass ich einen geeigneten Pflegedienst
1360 finde.
- 1361 4. bei der Suche nach einem passenden Pflegedienst in dem FdV nur die Pflegedienste
1362 angezeigt bekommen, die für meine verordneten Leistungen qualifiziert sind.
- 1363 5. nach den Rückmeldungen der verschiedenen Pflegedienste entscheiden können,
1364 welcher der Pflegedienste die Verordnung final einlösen können soll.
- 1365 6. informiert werden, sobald Pflegedienste eine Rückmeldung auf eine unverbindliche
1366 Anfrage gegeben haben, ob sie die Leistungen übernehmen können oder nicht, damit
1367 ich mich selbst schnell verbindlich entscheiden kann.
- 1368 7. einzelne Verordnungen bei unterschiedlichen Pflegediensten einlösen können.
- 1369 8. in dem FdV nachvollziehen können, wenn ein Pflegedienst meine Zuweisung der
1370 Verordnung angenommen (oder abgelehnt) hat und in welchem Status sich die
1371 Verordnung danach befindet.
- 1372 9. in dem FdV einstellen können, dass mein Stammpflegedienst immer automatisch
1373 Folgeverordnungen erhalten soll, sodass ich nicht jedes Mal aktiv werden muss.
- 1374 10. in dem FdV meine Favoriten-Pflegedienste markieren, damit ich diese bei der
1375 Einlösung einer neuen Verordnung schneller finde und nicht jedes Mal manuell
1376 suchen muss.
- 1377 11. meinen Anspruch auf einen Ausdruck zur Verordnung in Anspruch nehmen können,
1378 insbesondere bei Erst-Verordnungen und wenn ich kein FdV nutze, damit ich bei der
1379 Suche nach einem Pflegedienst lesen kann, was mir verordnet wurde.
- 1380 12. meinem Kostenträger die Verordnung vor der Einlösung bei einem Pflegedienst
1381 bereitstellen, um bspw. eine Beratung zu einem geeigneten Leistungserbringer zu
1382 erhalten oder einen vorläufige Kostenzusage zu erhalten.
- 1383 13. meinem Kostenträger die Verordnung als Beleg einreichen, um z. B. ein persönliches
1384 Budget, eine Kostenerstattung oder Vorabgenehmigung (PKV) zu beantragen.
- 1385 14. meine Kontaktdaten für den Pflegedienst hinterlegen können, wenn ich eine
1386 unverbindliche Anfrage oder eine Zuweisung durchführe.

Als MA in einem Pflegedienst möchte ich ...

- 1387
- 1388 1. Verfügbarkeitsanfragen von Versicherten in meinem PPS übersichtlich angezeigt
1389 bekommen, um schnell zu prüfen, ob ich die angefragte Leistung erbringen kann,
1390 damit ich meine Kapazitäten besser planen kann.
- 1391 2. bei einer Verfügbarkeitsanfrage alle Informationen aus der Verordnung (z. B.
1392 Diagnosen, Leistungen, etc.) und der Anfrage (z. B. Wunschzeiträume oder weitere
1393 Angaben des Versicherten) einsehen, um prüfen können, ob unser Pflegedienst die
1394 notwendigen Kapazitäten hat, um die Leistung erbringen zu können.
- 1395 3. Kontaktdaten des Anfragenden sehen können, um ggf. Kontakt mit ihm über einem
1396 anderen Kanal aufnehmen zu können.
- 1397 4. zeitnah eine Rückmeldung geben können, ob die Leistungen zum aktuellen Zeitpunkt
1398 übernommen werden können, um den Versicherten eine schnelle Entscheidung zu
1399 ermöglichen.
- 1400 5. zur verbindlichen Einlösung alle verfügbaren Einlösewege unterstützen können,
1401 sodass ich keinen Versicherten abweisen muss (z. B. Scan des Patientenausdrucks,
1402 mobiler Abruf via PoPP und eGK, Empfang der Verordnung via FdV).
- 1403 6. vor der verbindlichen Einlösung alle Informationen aus der Verordnung (z. B.
1404 Diagnosen, Leistungen, etc.) einsehen, um zu prüfen und die Zusage geben zu
1405 können, dass unser Pflegedienst die notwendigen Kapazitäten hat, um die Leistung zu
1406 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 und leistungsgerecht beurteilen zu können.
3. dass die Verordnung und z. B. ein Behandlungsplan für pHPK 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

1498 Pflegedienstes informiert werden möchte, oder ob ich diese nur bei Bedarf einsehen
1499 können möchte.

1500 **Als MA einer Pflegeeinrichtung möchte ich ...**

- 1501 1. , dass mir ein aktuelles Verzeichnis der abrechenbaren Leistungen zur Verfügung
1502 steht (Die Vergütungsvereinbarung muss - wie jetzt - im Pflegeprimärsystem erhalten
1503 bleiben).
- 1504 2. , dass meine Stammdaten automatisch in die Blankoverordnung sowie den Angaben
1505 des Pflegedienstes für den Entscheidungsprozess übertragen werden, sodass ich
1506 keine manuellen Aufwände habe.
- 1507 3. Angaben zu verordneten Leistungen aus der Verordnung des Arztes (automatisch) in
1508 die Angaben des Pflegedienstes übernehmen können. Dabei soll sichergestellt
1509 werden, dass die Informationen zur Leistungserbringung auf Basis der verordneten
1510 Leistungen vollständig sind.
- 1511 4. , dass ich auf Unstimmigkeiten zwischen der Verordnung und den vertraglichen
1512 Vereinbarungen oder gar Unstimmigkeiten zur HKP-RL hingewiesen werde, um
1513 rechtzeitig Korrekturen vornehmen oder mit dem Arzt Rücksprache halten zu können.
- 1514 5. erfasste Angaben digital signieren können.
- 1515 6. die erfassten und signierten Angaben elektronisch übertragen können, sodass keine
1516 Papiausdrucke und kein Versand per Post erforderlich sind.
- 1517 7. beim Ergänzen der Dauer und Häufigkeit bei Blankoverordnungen nur gemäß der
1518 HKP-RL zulässige Werte eintragen können, sodass keine Korrekturschleifen benötigt
1519 werden.
- 1520 8. , dass der verordnende Arzt meine gewählte Dauer und Häufigkeit bei
1521 Blankoverordnungen in seinem PVS einsehen kann, sodass ich ihn nicht separat
1522 informieren muss.

1523 **Als Mitarbeiter eines Kostenträgers im Sachleistungsprinzip und auch als**
1524 **Mitarbeiter eines Kostenträgers im Kostenerstattungsprinzip möchte ich ...**

- 1525 1. , dass nur qualifizierte Pflegefachpersonen die Dauer und Häufigkeit einer Leistung
1526 erfassen können.
- 1527 2. durch eine Plausibilitätsprüfung beim Erfassen der Dauer und Häufigkeit eine
1528 gesteigerte Ausfüllqualität erhalten, um eine effiziente Prüfung zu ermöglichen.
- 1529 3. , dass Pflegedienste vorab prüfen können, ob die verordnete Leistung nach dem
1530 Vertrag mit dem Kostenträger des Versicherten und gemäß HKP-Richtlinie plausibel
1531 ist.

1532 **Als Versicherter möchte ich ...**

- 1533 1. die gewählte Häufigkeit und Dauer von der Pflegefachperson in meinem FdV einsehen
1534 können.

1535 **6.7 Prozess zur Leistungsentscheidung /**
1536 **Kostenerstattungsanfrage**

1537 **6.7.1 Für Versicherte mit einem Kostenträger nach dem**
1538 **Sachleistungsprinzip**

1539 Für gesetzlich Versicherte muss ein Prozess zur Leistungsentscheidung zwingend
1540 durchlaufen werden. Der Prozess zur Leistungsentscheidung wird vom Pflegedienst über
1541 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. Die Regelungen zur vorläufigen Kostenübernahme entsprechend § 6 Abs. 5 HKP-RL sind zu beachten.

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. möglichst einfach die Angaben der Verordnung, der Blankoverordnung und der Angaben des Pflegedienstes dem Kostenträger (Sachleistungsprinzip) bereitstellen können.
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

1637 (Sachleistungsprinzip) für mich erfasst wurden, bzw. die (Teil-) Genehmigung einer
1638 Verordnung erhalten.

1639 6. die Gültigkeit der QES des Arztes prüfen können.

1640 **Als Versicherter möchte ich ...**

1641 1. den Pflegedienst bitten können, die Verordnung zwecks Leistungsentscheidung an
1642 meinen Kostenträger weiterzuleiten (Sachleistungsprinzip).

1643 2. die (Blanko)Verordnung zwecks (Vorab-)Leistungsentscheidung an meinen
1644 Kostenträger eigenständig weiterleiten können (Kostenerstattungsprinzip).

1645 3. sehen können, dass die Verordnung zur Genehmigung beim Kostenträger vorliegt.

1646 4. über das Ergebnis der Leistungsentscheidung informiert werden.

1647 5. , dass auch mein Arzt sowie der Pflegedienst über den Status und das Ergebnis
1648 der Leistungsentscheidung automatisch und zeitnah informiert werden
1649 (Sachleistungsprinzip).

1650 **Als Mitarbeiter eines Kostenträgers im Sachleistungsprinzip möchte ich ...**

1651 1. dass die Angaben des Pflegedienstes automatisch innerhalb des KTRS mit den
1652 vertraglichen Bedingungen abgeglichen werden, um sicherzustellen, dass alle
1653 Leistungen den aktuell vereinbarten Verträgen entsprechen.

1654 2. die Möglichkeit haben Verordnungen inkl. ggf. bereitgestelltem Behandlungsplan für
1655 pHKP digital zu empfangen, um sie entsprechend dem gesetzlichen Auftrag zu prüfen
1656 und dabei den Verwaltungsaufwand zu reduzieren und Prozesse effizient zu gestalten.

1657 3. , dass nur Verordnungen bei mir ankommen, für die ich zuständig bin (bspw. anhand
1658 der IK, TID), um unnötige Rücksprachen oder Zurückweisungen aufgrund von
1659 Unzuständigkeit zu vermeiden.

1660 4. nur einen Teil der verordneten Leistungen genehmigen können; möchte dem
1661 Versicherten aber ermöglichen die genehmigungsfähige Teilleistung zu erhalten.

1662 5. in der Lage sein, Verordnungen schnell und sicher zu überprüfen, ob die Verordnung
1663 den geltenden Richtlinien und Vorschriften entspricht bzw. bestenfalls eine
1664 Dunkelverarbeitung durchführen.

1665 6. , dass der Status des Entscheidungsprozesses allen Beteiligten jederzeit transparent
1666 ist und die Entscheidung automatisch mitgeteilt wird, damit unnötige Rückfragen
1667 entfallen.

1668 7. über eine Schnittstelle die Daten aus den Verordnungen in andere Systeme
1669 übernehmen können (z. B. Genehmigungsschreiben auch in die ePA oder
1670 Kostenträger-Service-App stellen können).

1671 8. die Entscheidung über die Genehmigung/Ablehnung/Teilgenehmigung allen
1672 Beteiligten (Arzt, PD, gesetzl. Vertreter, Versicherter) medienbruchsfrei zur Verfügung
1673 stellen.

1674 9. die Gültigkeit der QES des Arztes prüfen können.

1675 **Als Mitarbeiter eines Kostenträgers im Kostenerstattungsprinzip möchte ich ...**

1676 1. , dass Versicherte (Blanko)-Verordnungen optional zur Vorabgenehmigung vorlegen
1677 können.

1678 2. , dass Versicherte im Basistarif (Blanko)-Verordnungen inkl. Angaben zum
1679 Pflegedienst zwingend zur Genehmigung vorlegen müssen.

1680 3. von Versicherten die Informationen für die Genehmigung als PDF mit eingebetteten
1681 strukturierten Daten erhalten, sodass die Daten in meinem KTRVS automatisch

- 1682 verarbeitet werden können (Abgleich mit HKP-Richtlinie und Vertragsbedingungen in
1683 Dunkelverarbeitung).
- 1684 4. Versicherten auf elektronischem Weg (Service App des Kostenträgers) Rückmeldung
1685 zum Genehmigungsverfahren geben können.
- 1686 5. nur (Blanko-)Verordnungen erhalten, für die ich zuständig bin.
- 1687 6. , dass die Gültigkeit der QES des Arztes durch die Signatur des Fachdienstes
1688 bestätigt, im generierten PDF eingebettet und anschließend beim Kostenträger
1689 überprüft werden kann.

1690 **6.8 Korrekturprozesse**

1691 **Disclaimer: Die Partner des BMV-Ä vereinbaren ein Korrekturverfahren. Die**
1692 **Details werden im Rahmen der Spezifikation erarbeitet.**

1693

1694 Im Rahmen der Verordnung häuslicher Krankenpflege kann es nach der Ausstellung einer
1695 Verordnung erforderlich werden, inhaltliche Korrekturen oder Ergänzungen
1696 vorzunehmen. Der Korrekturprozess stellt sicher, dass alle beteiligten Akteure –
1697 insbesondere Ärzte, Pflegedienste und Kostenträger, aber auch der Versicherte selbst –
1698 stets Zugriff auf die aktuellste und gültige Version der Verordnung haben. Zudem wird
1699 gewährleistet, dass die Historie der Änderungen transparent und nachvollziehbar bleibt
1700 und die Korrekturen in einem strukturierten und einheitlichen Vorgehen erfolgen.

1701

1702

1703 **6.8.1 Grundsätzliche Anforderungen, die an die** 1704 **Korrekturprozesse gestellt werden**

1705 **Klarheit zu (Un-)Gültigkeit der (Blanko-)Verordnung bzw. Korrekturanfrage**

- 1706 1. eine neu signierte Version einer (Blanko-)Verordnung ist immer die aktuell gültige
1707 Version
- 1708 2. eine neu signierte Version macht vorhergehende Versionen einer
1709 (Blanko-)Verordnung ungültig
- 1710 3. Die Versionen einer Verordnung müssen nachvollziehbar sein, d.h. sie sind immer
1711 dem ursprünglichen Vorgang zuzuordnen
- 1712 4. Die Korrekturanfrage wird automatisch ungültig, sobald eine neue Version der
1713 Verordnung ausgestellt oder die Anfrage abgelehnt wurde.

1714 **Schnelle und enge Zusammenarbeit der Akteure wird ermöglicht**

- 1715 1. Es kann beliebig viele Versionen einer Verordnung geben, aber nur die neueste
1716 Version ist gültig.
- 1717 2. Es kann daher bei Bedarf mehr als eine Korrekturschleife durchlaufen werden. Die
1718 einzelnen Korrekturanfragen müssen immer auf der zuletzt gültigen bzw. aktuellen
1719 Version (VO oder VO-nV) aufbauen.

1720 **Transparenz für alle Akteure, sobald diese erstmalig in den Vorgang involviert** 1721 **werden**

- 1722 1. Alle Versionen einer (Blanko-)Verordnung können von dem Pflegedienst und dem
1723 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, kann 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 (z. B. 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.

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.

6.8.2 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-

1770 Anwendung) und dieser löscht die Verordnung bei Bedarf und stellt eine neue
1771 Verordnung aus. Hier muss berücksichtigt werden, dass dies nur möglich ist, solange die
1772 Verordnung nicht von einem Pflegedienst abgerufen und die Zuweisung bestätigt wurde.
1773 Hat ein Pflegedienst die Zuweisung bereits angenommen, kann der Pflegedienst auch in
1774 diesen Fällen die Korrekturanfrage an den verordnenden Arzt übermitteln.

1775 **6.8.3 Benachrichtigungen über Änderungen innerhalb des** 1776 **Korrekturprozesses an verschiedene Akteure**

1777 Nur der Akteur, der als nächstes im Korrekturprozess handeln muss, sollte auch aktiv
1778 benachrichtigt werden. Alle am Prozess beteiligten können den Status des
1779 Korrekturverfahren einsehen. Sofern Art und/oder Umfang der verordneten Leistungen
1780 angepasst wurden, soll die Pflegesoftware einen Hinweis ausgeben.

1781 **6.8.4 User Stories**

1782 **Als Arzt möchte ich**

- 1783 1. nach der Ausstellung einer Verordnung die Möglichkeit haben, Fehler oder
1784 unvollständige Angaben selbst zu korrigieren, damit die Verordnung den
1785 medizinischen Anforderungen entspricht und korrekt ist.
- 1786 2. nachvollziehen können, ob eine Korrekturanfrage von einem Pflegedienst oder einem
1787 Kostenträger gestellt wurde, damit ich die Anfrage gezielt bearbeiten kann. Ich
1788 möchte erkennen können, welcher Pflegedienst bzw. welcher Kostenträger die
1789 Anfrage gestellt hat, damit ich im Zweifel über andere Kanäle Rücksprache halten
1790 kann.
- 1791 3. Korrekturanfragen von Pflegediensten oder Kostenträgern meinem PVS angezeigt
1792 bekommen, damit ich die notwendigen Änderungen vornehmen kann.
- 1793 4. die Möglichkeit haben, eine Korrekturanfrage abzulehnen und eine Begründung dafür
1794 anzugeben, um die ursprüngliche Verordnung beizubehalten und Rückfragen zu
1795 vermeiden.
- 1796 5. eine neue Version der Verordnung erstellen können, die entweder den
1797 Korrekturvorschlägen entspricht oder von diesen abweicht, um medizinische
1798 Entscheidungen flexibel treffen zu können.
- 1799 6. dass die neue, korrigierte Verordnung bzw. die Ablehnung einer Anfrage automatisch
1800 an den Anfragenden übermittelt wird, damit ich hier keine manuellen Aufwände habe.
- 1801 7. dass eine MFA in meiner Praxis die Anfragen ebenfalls einsehen und vollständig
1802 bearbeiten kann.
- 1803 8. immer über neu eingetroffene Anfragen vom Pflegedienst oder Kostenträger in
1804 meinem PVS informiert werden, damit ich eine schnelle Rückmeldung geben kann.
- 1805 9. im Einzelfall auch korrigierte Verordnungen von Kollegen aus meiner Praxis mit der
1806 Institutionskarte signieren können, wenn diese die neue Verordnung nicht selbst
1807 unterschreiben können (z. B. Urlaub, Wochenende), damit die Versorgung der
1808 Versicherten sichergestellt ist.
- 1809 10. gelöschte bzw. zurückgezogene Korrekturanfragen von Pflegediensten oder
1810 Kostenträgern nicht angezeigt bekommen, sodass ich mir damit keine Arbeit mache.
- 1811 11. immer die originale und neuste Version des Verordnungsdatensatzes einsehen
1812 können.

1813 **Als Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung möchte ich ...**

- 1814 1. eine Korrekturanfrage an den Arzt stellen können, wenn ich der Ansicht bin, dass die
1815 Verordnung unklare oder unvollständige Angaben enthält, damit die Versorgung des
1816 Patienten korrekt durchgeführt werden kann.
- 1817 2. in der Korrekturanfrage konkrete Vorschläge für Änderungen machen können, um
1818 den Arzt bei der Bearbeitung zu unterstützen.
- 1819 3. in der Korrekturanfrage Begründungen für meine vorgeschlagenen Änderungen
1820 senden können, um Rückfragen zu vermeiden.
- 1821 4. dass mein PPS die Anfrage automatisch an den richtigen Arzt bzw. seine Praxis
1822 sendet, damit ich keine manuellen Aufwände in der Auswahl des Adressaten habe.
- 1823 5. über Korrekturanfragen des Kostenträgers informiert werden, wenn diese sich auf
1824 eine von mir erstellte Blankoverordnung beziehen, damit ich die notwendigen
1825 Änderungen vornehmen kann, oder die Möglichkeit haben, eine Korrekturanfrage
1826 abzulehnen und eine Begründung dafür anzugeben.
- 1827 6. eine neue Version der Blankoverordnung erstellen können, die entweder den
1828 Vorschlägen des Kostenträgers entspricht oder von diesen abweicht, um die
1829 Versorgung weiterhin sicherzustellen
- 1830 7. automatisch Zugriff auf die neueste Version der Verordnung erhalten, sobald der Arzt
1831 eine Korrektur vorgenommen hat, damit ich die Versorgung auf Basis der aktuellen
1832 Verordnung durchführen kann.
- 1833 8. einen Hinweis bei Änderungen im Datensatz durch Korrekturen erhalten, die vom
1834 Kostenträger beim Arzt angeregt wurden, mindestens dann, wenn sich Art und/oder
1835 Umfang verändert haben.
- 1836 9. gelöschte bzw. zurückgezogene Korrekturanfragen von Kostenträgern nicht angezeigt
1837 bekommen, sodass ich mir damit keine Arbeit mache.
- 1838 10. Korrekturanfragen bei Ärzten zurückziehen oder aktualisieren können, wenn sich der
1839 Bedarf geändert hat oder ich innerhalb der Frist den Vorgang zur
1840 Leistungsentscheidung einreichen möchte.
- 1841 11. immer die originale und neuste Version des Verordnungsdatensatzes einsehen
1842 können.

Als MA eines Kostenträgers möchte ich ...

- 1844 1. eine Korrekturanfrage an den Arzt stellen können, wenn ich der Ansicht bin, dass die
1845 Verordnung fehlerhaft ist, um die Leistungsentscheidung korrekt prüfen zu können.
- 1846 2. eine Korrekturanfrage an den Pflegedienst stellen können, wenn ich der Ansicht bin,
1847 dass eine Blankoverordnung fehlerhaft ist, damit der Pflegedienst die notwendigen
1848 Änderungen vornehmen kann.
- 1849 3. Zugriff auf die neue Version der Blankoverordnung erhalten, sobald der Pflegedienst
1850 diese erstellt hat, um die Leistungsentscheidung erneut prüfen zu können.
- 1851 4. immer die originale und neuste Version des
1852 (Blanko-)Verordnungsdatensatzes einsehen können, um die Historie der Änderungen
1853 nachvollziehen zu können.
- 1854 5. Korrekturanfragen bei Ärzten oder Pflegediensten zurückziehen oder aktualisieren
1855 können, wenn sich der Bedarf geändert hat.

Als Versicherter möchte ich ...

- 1857 1. über Änderungen an meiner Verordnung informiert werden, wenn diese durch den
1858 Arzt, den Pflegedienst oder den Kostenträger vorgenommen wurden, damit ich den
1859 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 DGV), oder die Verordnung an den zuständigen Kostenträger (innerhalb der GKV oder innerhalb der DGV) 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 ...

- 1904 1. wissen, wie es weitergeht, wenn meine Verordnung aufgrund der Angabe eines
1905 falschen Kostenträgers nicht genehmigt oder beliefert werden kann.

1906 **6.10 Leistungsnachweise**

1907 Es ist vertraglich geregelt, dass Pflegedienste regelmäßig Leistungsnachweise über die
1908 erbrachten Leistungen in der Abrechnung an die Kasse übermittelt werden. Die Regelung
1909 dessen obliegt dem GKV-SV, weshalb im vorliegenden Fachkonzept keine Vorgaben zu
1910 diesem Verfahren gemacht werden.

1911 Besonderheiten für das Kostenerstattungsprinzip: Für Privatversicherte sind
1912 Leistungsnachweise des Pflegedienstes eine Anlage der Rechnung, die beim Einreichen
1913 zur Kostenerstattung vom Versicherten bestätigt werden können oder gemäß AGB nur
1914 korrekt eingereicht werden dürfen. Sobald über die Anwendung "Digitale
1915 Patientenrechnung" auch verordnete Leistungen der Pflege abgerechnet werden können,
1916 ist eine Bereitstellung der elektronischen Verordnung, des elektronischen
1917 Leistungsnachweises (bestehend aus dem Datensatz der Leistungsdokumentation) und
1918 der elektronischen Rechnung als Teil der Anwendung "Digitale Patientenrechnung" zu
1919 betrachten. Bis dahin soll ausschließlich die (Blanko-)Verordnung als exportierbares
1920 PDF/A3 bereitgestellt werden, denn eine Bereitstellung des E-Leistungsnachweises
1921 unabhängig von der Digitalen Patientenrechnung erfolgt nicht. Leistungsnachweis und
1922 Rechnungen werden daher in Stufe 1 wie bislang genutzt (Papierrechnung mit
1923 Leistungsnachweis auf Papier als Anhang) und können in der App der PKV gescannt und
1924 dem PDF/A3 der (Blanko-)Verordnung zugeordnet werden.

1925 Grundsätzlich ist es denkbar in weiteren Ausbaustufen der elektronischen Verordnung
1926 häuslicher Krankenpflege die Leistungsnachweise durch Mittel der Telematikinfrastruktur
1927 vom Versicherten bestätigen zu lassen (z. B. über das FdV oder das Erzeugen eines PoPP-
1928 Token auf dem Smartphone der Pflegefachperson). Eine hierfür notwendige Anpassung
1929 des PoPP-Token zur Sicherstellung der Fälschungssicherheit der Nachweise, wird im
1930 Rahmen der Weiterentwicklung des PoPP-Dienstes bewertet.

1931 **6.11 Leistungserbringerwechsel**

1932 Bei verordneter chronischer Wundversorgung kann der Fall eintreten, dass ein nicht-
1933 spezialisierter Pflegedienst die Verordnung vom Versicherten erhält, mit der
1934 Leistungserbringung beginnt und die Verordnung zur Leistungsentscheidung einreicht.
1935 Auch wenn bereits eine Genehmigung ausgesprochen wurde, kann der Kostenträger
1936 innerhalb des laufenden Genehmigungszeitraums mit einem Vorlauf von mindestens
1937 einer Woche dem Versicherten einen spezialisierten Leistungserbringer benennen, der
1938 die Versorgung übernehmen soll. (siehe § 6 Abs. 17 der Rahmenempfehlung zur
1939 häuslichen Krankenpflege)

1940 Dieser Sonderfall wird in der ersten Ausbaustufe der elektronischen Verordnung
1941 häuslicher Krankenpflege aufgrund der geringen Fallzahlen nicht gesondert abgebildet.
1942 Kostenträger, Pflegedienste und Versicherter müssen sich im Einzelfall einigen und eine
1943 Lösung finden.

1944 Besonderheiten für das Kostenerstattungsprinzip: Wenn der z. B. Privatversicherte den
1945 Pflegedienst innerhalb des Ordnungszeitraums wechseln möchte, muss die
1946 Verordnung vom Pflegedienst an den Versicherten zurückgegeben werden. Danach kann
1947 die Verordnung vom Versicherten bei einem anderen Pflegedienst eingelöst werden.
1948 Alternativ kann eine neue Verordnung vom Arzt ausgestellt werden.

1949 **6.12 Abrechnungsverfahren**

1950 **6.12.1 Abrechnung von Verordnungen für Versicherte mit einem**
1951 **Kostenträger nach dem Sachleistungsprinzip**

1952 Die Abrechnung erfolgt außerhalb der Fachanwendung. Die Abrechnung erfolgt zwischen
1953 Pflegedienst und Kostenträger, ggf. unter Einbindung eines Abrechnungsdienstleisters.
1954 Durch das Ergebnis der Antragsprüfung hat der Pflegedienst bereits eine Rückmeldung
1955 über den Umfang der erstattbaren Leistung und ggf. Genehmigungskennziffern, die zu
1956 nutzen sind, enthalten. Verordnung, Blankoverordnung, Leistungsnachweise und
1957 notwendige Rechnungsdaten nach Vorgabe der Richtlinien gemäß § 302 SGB V liegen
1958 somit vor.

1959 **6.12.2 Abrechnung von Verordnungen für Versicherte mit einem**
1960 **Kostenträger nach dem Kostenerstattungsprinzip**

1961 Die Abrechnung erfolgt für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte außerhalb der
1962 Fachanwendung.

1963 Der Pflegedienst stellt in einer ersten Stufe eine Rechnung inkl. Anlage zum
1964 Leistungsnachweis an den Versicherten und dieser verauslagt die Kosten. Zwecks
1965 Kostenerstattung stellt der Versicherte die Rechnung samt Anlage (beides in Papierform)
1966 zusammen mit den Zugriffsinformationen zum Vorgang oder einem exportierten PDF/A3
1967 dem oder den eigenen Kostenträger(n) bereit, sofern nicht im Rahmen der
1968 Vorabgenehmigung der Zugriff auf den Vorgang oder das PDF/A3 bereits gewährt wurde.
1969 Da Papierform und elektronische Zugriffsinformation/PDF/A3 einen Medienbruch
1970 bedeuten und eine Zuordnung durch den Versicherten erfordern, ist dies eine temporäre
1971 Lösung.

1972 Sobald die Fachanwendung "Digitale Patientenrechnung" in einer zukünftigen
1973 Ausbaustufe der Spezifikation die Möglichkeit geschaffen haben wird elektronische
1974 Rechnungen der Pflegedienste entgegenzunehmen, soll auch die Bereitstellung der
1975 Daten der Verordnung, der Blankoverordnung sowie der Leistungsnachweise ermöglicht
1976 werden und Teil ebendieser Digitalen Patientenrechnung sein. Dies erfordert Zugriffe der
1977 Fachanwendung Digitale Patientenrechnung auf den Fachdienst E-Rezept sowie
1978 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 [14.1- Fachlicher Soll-Prozess] wieder.

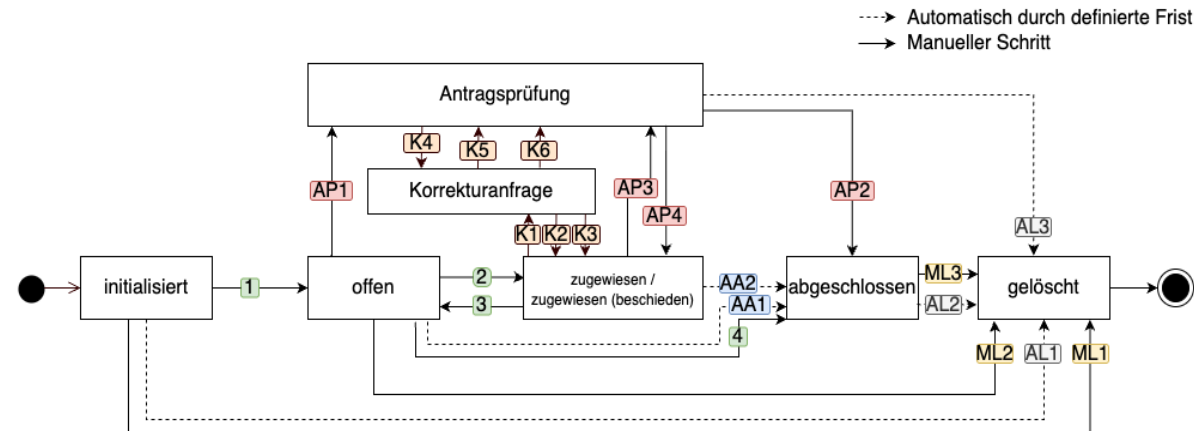


Abbildung 5: Fachliches Statusmodell

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	Zum Anlegen einer Verordnung wird initial eine Verordnungs-ID vom Fachdienst abgerufen, sodass diese im Datensatz der Verordnung mit signiert werden kann. 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. 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. Anwendungsbeispiel 1: Im Behandlungsgespräch erstellt der Arzt eine Verordnung, prüft und signiert diese, sodass eine Übertragung an den Fachdienst erfolgen kann. 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.
Vorbedingung	Die Arztpraxis ist mit der Telematikinfrastruktur verbunden. Die Berechtigung der Praxis zum Zugriff wurde anhand einer der folgenden Object Identifier (OID) geprüft: - oid_praxis_arzt - oid_krankenhaus - oid_psychotherapeut - oid_ps_psychotherapeut - oid_kuj_psychotherapeut Übersicht OIDs für Institutionstypen siehe Festlegung von OIDs [gemSpec_OID].

Nachfolge	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". ML1 Aktiv LÖSCHEN: Wird eine initialisierte Verordnung von Mitarbeitenden der Praxis gelöscht, so ändert sich am Fachdienst der Status in "gelöscht". 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".
Zugriffs- berechtigung	Nur Mitarbeiter der Arztpraxis haben Zugriff auf die Verordnung am Fachdienst.

1991

1992

7.1.2 Status 'offen'

1993

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).

1994

1995

1996

1997

Privatversicherte können eine Kostenübernahme beim Kostenträger anfragen.

1998

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

Status	offen
Definition	Die Verordnung kann vom Versicherten per FdV abgerufen werden. 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. 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). 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. [6.4- Sonderfälle der Kostenerstattung]: https://wiki.gematik.de/spaces/ERPCHANGES/pages/650428953/Sonderf%C3%A4lle+der+Kostenerstattung 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. 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. 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. 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". Die Verordnung kann von Mitarbeitern der verordnenden Arztpraxis korrigiert werden. Dabei wird eine neue Version erzeugt. Die Verordnung verbleibt im Status "offen".

Vorbedingung	1 Nach Befüllen, Signieren und erfolgreichem Hochladen der Verordnung auf den Fachdienst wird die Verordnung am Fachdienst aktiviert und erhält den Status "offen". 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.
Nachfolge	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". ML2 LÖSCHEN durch die verordnende Arztpraxis z. B. aufgrund Irrtum und in Rücksprache mit dem Versicherten → Status "gelöscht". ML2 LÖSCHEN durch den Versicherten → Status "gelöscht". 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). 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". AA1 Findet keine Zuweisung bzw. kein Wechsel des Status in "zugewiesen" statt, wird der Vorgang nach Ablauf des Verordnungszeitraums automatisch vom Fachdienst in den Status "abgeschlossen" versetzt. 4 Im Zuge der Bearbeitung der <u>[6.4- Sonderfälle der Kostenerstattung]</u> durch Mitarbeiter des Kostenträgers kann der Vorgang auf "abgeschlossen" gesetzt werden.
Zugriffsberechtigung	Versicherte haben Zugriff auf die Verordnung am Fachdienst. Nach Bereitstellung der Zugriffsinformationen auf die Verordnung kann auch der Kostenträger die Inhalte des Vorgangs einsehen → Beratung, persönliches Budget, Wahl der Kostenerstattung. Nach Bereitstellung der Zugriffsinformationen auf die Verordnung können Pflegedienste die Inhalte der Verordnung einsehen. Verordnende können den Status einsehen.

1999

2000

7.1.3 Status 'zugewiesen'

2001

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

2002

2003

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

2004

2005

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

Status	zugewiesen
Definition	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. 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. Die Verordnung kann vom Pflegedienst zurück in den Status "offen" gestellt werden, sofern die Versorgung des Versicherten nicht übernommen wird. Die Besonderheit für Privatversicherte zur Bereitstellung der Verordnungsinformationen ohne Signatur zwecks Anfrage der Kostenübernahme als PDF/A3 besteht ebenso wie im Status "offen". Die Leistungserbringerdaten (Telematik-ID) müssen dem Vorgang zugeordnet sein und lassen sich mit dem Verzeichnisdienst auflösen. Die Verordnung kann vom Pflegedienst zwecks Korrektur an die verordnende Arztpraxis übergeben werden, dabei bleibt der Pflegedienst selbst aber zugeordnet. 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.
Vorbedingung	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. K2 Nach einer Korrekturanfrage an den Verordnenden wurde die Anfrage beantwortet und der Status in "zugewiesen" geändert. K3 Der anfragende Pflegedienst kann die Korrekturanfrage zurückziehen.
Nachfolge	AP3 Nach Erfassung der Angaben zur Leistungserbringung des PD und ggf. Erfassung der Blankoverordnungsinformationen wird der Vorgang dem

	Kostenträger (im Sachleistungsprinzip) zur Leistungsentscheidung übergeben → Status "Antragsprüfung". <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. 3 Die Verordnung kann vom Pflegedienst zurück in den Status "offen" gestellt werden. K1 Die Verordnung kann vom Pflegedienst zwecks Korrekturanfrage mit einem Korrekturvorschlag an die verordnende Praxis übergeben werden → "Korrekturanfrage". AA2 Findet keine weitere Verarbeitung nach der Zuweisung statt, wird nach Ende des Verordnungszeitraums der Vorgang automatisch in den Status "abgeschlossen" versetzt.
Zugriffs- berechtigung	Versicherte haben Zugriff auf die Verordnung am Fachdienst und können den Status einsehen, jedoch selbst keine Änderung der Zuweisung vornehmen. Der zugewiesene Pflegedienst kann die Inhalte der Verordnung einsehen. Der Kostenträger (Sachleistungsprinzip und auch Kostenerstattungsprinzip) hat keinen Zugriff.

2006

2007

7.1.4 Status 'Antragsprüfung'

2008

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

2009

2010

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

Status	Antragsprüfung
Definition	Die Zugriffsinformationen auf die Datensätze mit den Verordnungsdaten, den Angaben des Pflegedienstes sowie ggf. die Daten der Blankoverordnung liegen dem Kostenträger vor. Der Status der Verordnung bzw. der Leistungsentscheidung kann von dem Pflegedienst, dem Verordnenden und Versicherten abgerufen werden. Die Verordnung kann vom Kostenträger nicht gelöscht werden. 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“. <u>nicht</u> relevant für PKV bzw. Kostenträger im Kostenerstattungsprinzip.
Vorbedingung	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" 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". 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. K6 Der Anfragende (Kostenträger im Sachleistungsprinzip) kann die Korrekturanfrage zurückziehen.

Nachfolge	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. AP2 Nach Dokumentation der Entscheidung der Antragsprüfung eines Antrags auf Kostenerstattung nach § 37 Abs. 4 SGB V oder persönlichem Budget wird der Status auf "abgeschlossen" geändert AP4 Nach Übertragung des Ergebnisses der Antragsprüfung wird der Status auf "zugewiesen (beschieden)" geändert. AP4 Der Vorgang der Prüfung kann vom Kostenträger abgebrochen werden aufgrund von "Unzuständigkeit" → Fortführung zu Status "zugewiesen (beschieden)". 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".
Zugriffs- berechtigung	Der Status der Verordnung (des Vorgangs) kann vom zugewiesenen Pflegedienst, dem Verordnenden und dem Versicherten abgerufen werden. Es wird Ihnen der Status "Antragsprüfung" angezeigt. Der Kostenträger (Kostenerstattungsprinzip) hat keinen Zugriff. Der Kostenträger (Sachleistungsprinzip) kann die Verordnung und die Angaben des Pflegedienstes sowie ggf. die Blankoverordnung einsehen.

2011

2012

7.1.5 Status 'Korrekturanfrage'

2013

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

Status	Korrekturanfrage
Definition	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. Während der Status gesetzt ist, sind Arzt, Pflegedienst und Kostenträger (sofern schon über Prozess der Leistungsentscheidung oder Beratung eingebunden) über den Status informiert. 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. 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 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.
Vorbedingung	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. 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.

Nachfolge	Nach erfolgter Korrektur wird der zuvor geltende Status wieder übernommen: K2 "zugewiesen" K5 „Antragsprüfung“ 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“ Eine zuvor erfolgte Zuordnung des Pflegedienstes vor der Korrektur besteht auch während und nach Abschluss der Korrektur.
Zugriffs- berechtigung	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. Der zugewiesene Pflegedienst kann die Inhalte der Verordnung einsehen.

2014

2015

7.1.6 Status 'zugewiesen (beschieden)'

2016

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

2017

Status	zugewiesen (beschieden)
Definition	Die Entscheidung zur Antragsprüfung ist im Entscheidungsdatensatz dokumentiert und in dem Fachdienst gespeichert. Es gelten die gleichen Regelungen wie für "zugewiesen": - 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 nicht zurück in den Status "offen" gestellt werden, sofern die Versorgung des Versicherten nicht übernommen wird. <u>Nicht</u> relevant für PKV.
Vorbedingung	AP4 Bei Übertragung des Ergebnisses der Antragsprüfung wird der Status auf "zugewiesen (beschieden)" gesetzt. AP4 Der Vorgang der Antragsprüfung wurde vom Kostenträger abgebrochen aufgrund "Unzuständigkeit" → Fortführung zu Status "zugewiesen (beschieden)". Der Inhalt der Entscheidung des Antragsverfahrens ist als Entscheidungsdatensatz (siehe Kapitel [8- Datensätze]) im Fachdienst gespeichert.
Nachfolge	Die Verordnung kann vom Pflegedienst nach Abschluss des Leistungsentscheidungs-prozesses (vorliegender Entscheidungsdatensatz) nicht zurück in den Status "offen" gestellt werden. AA2 Nach Ende des Leistungszeitraums wird der Vorgang automatisch in den Status "abgeschlossen" versetzt.
Zugriffs-berechtigung	Der Status des Vorgangs kann von dem Pflegedienst, dem Verordnenden und dem Versicherten abgerufen werden. 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.

2018

2019

7.1.7 Status 'abgeschlossen'

2020

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

2021

2022

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

Status	abgeschlossen
Definition	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. 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.
Vorbedingung	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 . AA2 Aus dem Status "zugewiesen" oder "zugewiesen (beschieden)" wird der Vorgang nach Ablauf des Verordnungszeitraums automatisch vom Fachdienst in den Status "abgeschlossen" versetzt. 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. AP2 Nach Dokumentation der Entscheidung der Antragsprüfung eines Antrags auf Kostenerstattung nach <u>§37 Abs. 4 SGB V</u> oder persönlichem Budget (beides Ausnahmen vom Sachleistungsprinzip) wird der Status von "Antragsstellung" auf "abgeschlossen" geändert
Nachfolge	ML3 Löschen durch den Versicherten ermöglicht diesem Daten die nicht mehr für die Versorgung durch die Pflege benötigt werden selbst zu löschen. AL2 Die Verordnung wird wie in Kapitel [<u>9- Gültigkeiten und Löschregeln</u>] beschrieben, automatisch gelöscht. 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.
Zugriffs-berechtigung	Der Status des Vorgangs kann von dem Pflegedienst, dem Verordnenden und dem Versicherten abgerufen werden.

2023

2024

7.1.8 Status 'gelöscht'

2025

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.

2026

2027

2028

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

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

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>	- 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; Die Bezugnahme auf die erste Version des Verordnungsdatensatz ist über gemeinsame Verordnungs-ID möglich.	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	schreibend löschen für eigene VO-k
--	---	----------------	------------	-------------------------------	---	---	---

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
---	---	----------------	------------	---------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------------------------

Angaben zur Leistungserbringung des PD <i>(wird festgelegt durch GKV mit Pflegeverbänden — voraussichtlich auf Basis der Rahmenempfehlung)</i>	Angaben zu LEI: ergänzende Angaben zum LE (IK, Adresse, Ansprechpartner, Angaben zum Leistungsort, ...) Die Absenderorganisation (Telematik-ID) ist erkennbar. optional AC/TK Kennzeichen und GPOS-Nummern <i>Hinweis: Zu diesem Datensatz gibt es keinen Korrekturdatensatz. Bei Bedarf wird ein neuer Datensatz von der Pflege ausgestellt.</i>	Fortgeschrittene Signatur	Fachdienst	lesend Kein Löschrecht	lesend löschen im Status "abgeschlossen"	schreibend Kein Löschrecht	lesend Kein Löschrecht
Entscheidungsdatensatz <i>(wird festgelegt durch GKV)</i>	Entscheidung zum Vorgang: Angaben je Maßnahme ob genehmigt, teilgenehmigt oder abgelehnt Zeitraum für den die Zusage gilt Datum der Entscheidung optional AC/TK, Auflistung der GPOS-Nummern der Kostenübernahme (ganz / teilweise / Frequenz / Anzahl) Eine übergeordnete Begründung der	keine Signatur	Fachdienst	lesend (siehe Begründung der Entscheidung für Arzt) Kein Löschrecht	lesend (siehe Begründung der Entscheidung für Versicherten) löschen im Status "abgeschlossen"	lesend (siehe Begründung der Entscheidung für Pflegedienst) Kein Löschrecht	schreibend löschen im Status "abgeschlossen"

	Entscheidung jeweils für Arzt, für PD, für Versicherten. Hinweis: Der Fachdienst bietet die Möglichkeit aktualisierte Versionen des Entscheidungsdatensatzes einzustellen. Es wird ersichtlich, welcher der Datensätze aktuell gilt.						
Leistungsnachweis-datensatz <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 Verordnenden 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.

2047

10 Handlungsbedarf für den Gesetzgeber

2048 Um das vorliegende Fachkonzept umzusetzen, müssen aus Sicht der gematik folgende Anpassungen der gesetzlichen
2049 Rahmenbedingungen getroffen werden. Diese sind als Vorschläge für ein kommendes Gesetzgebungsverfahren anzusehen und richten
2050 sich an das Bundesministerium für Gesundheit.

2051 **Tabelle 14: Übersicht über die Anpassungsbedarfe der gesetzlichen Rahmenbedingungen**

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

keine	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: • gesetzliche Krankenkassen • gesetzliche Unfallversicherung • Beihilfe • Kostenträger der Versicherten gemäß §362 Abs. 1 SGB V • 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)	Neu § 361c SGB V: Zugriff auf ärztliche Verordnungen häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege und Soziotherapie in der Telematikinfrastruktur (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. (2) Im Rahmen des Zugriffs nach Absatz 1 darf nicht in die ärztliche Therapiefreiheit eingegriffen oder die Wahlfreiheit der Versicherten beschränkt werden.
-------	--	---

[§ 27a SGB VII - Nutzung der Telematikinfrastruktur] § 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.	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: • Häuslicher Krankenpflege • Außerklinischer Intensivpflege • Soziotherapie nicht berücksichtigt.	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: [§ 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." [§ 27 Abs. 1 Nr. 5 SGB VII] wird wie folgt ergänzt: "häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege und Soziotherapie,"
---	---	--

Anbieter einer Komponente der TI zum Zugriff auf Verordnungen (FdV) nach §360 Abs. 10 Satz 1 und Satz 8 SGB V	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: • Kostenträger für sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte (z. B. Bundespolizei) • Postbeamtenkrankenkasse • der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten • Polizeivollzugsbeamte • Soldaten der Bundeswehr 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: • Gesetzliche Unfallversicherung (wird über das FdV der gesetzlichen Kasse dargestellt) • Beihilfe (wird über die App der privaten Krankenversicherung dargestellt)	[§ 360 Abs. 10 Satz 8 SGB V] könnte wie folgt gefasst werden: "Komponenten nach diesem Absatz, für die ein externes Sicherheitsgutachten vorliegt, das gemäß Satz 6 durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestätigt wurde, dürfen den Versicherten abweichend von Satz 7 auch durch die Krankenkassen und durch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie Kostenträger der Versicherten gemäß §362 Abs. 1 SGB V über die Benutzeroberfläche gemäß § 342 zur Verfügung gestellt werden."
--	--	--

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."	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: • Angaben zur Leistungserbringung des PD • Entscheidungsdatensatz	SGB V §360 Abs. 11 könnte wie folgt gefasst werden: "Mit Ablauf von 100 Tagen sind: 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 zu löschen."

2052

11 Technisches Konzept (MVP)

Dieses Kapitel beschreibt das technische Konzept für Umsetzung der Funktionalität für die Ausbaustufe Minimal Viable Product (Version 1).

11.1 Systemüberblick

Die Einführung der elektronischen Verordnung für HKP setzt auf die bestehende Infrastruktur der Anwendung E-Rezept auf.

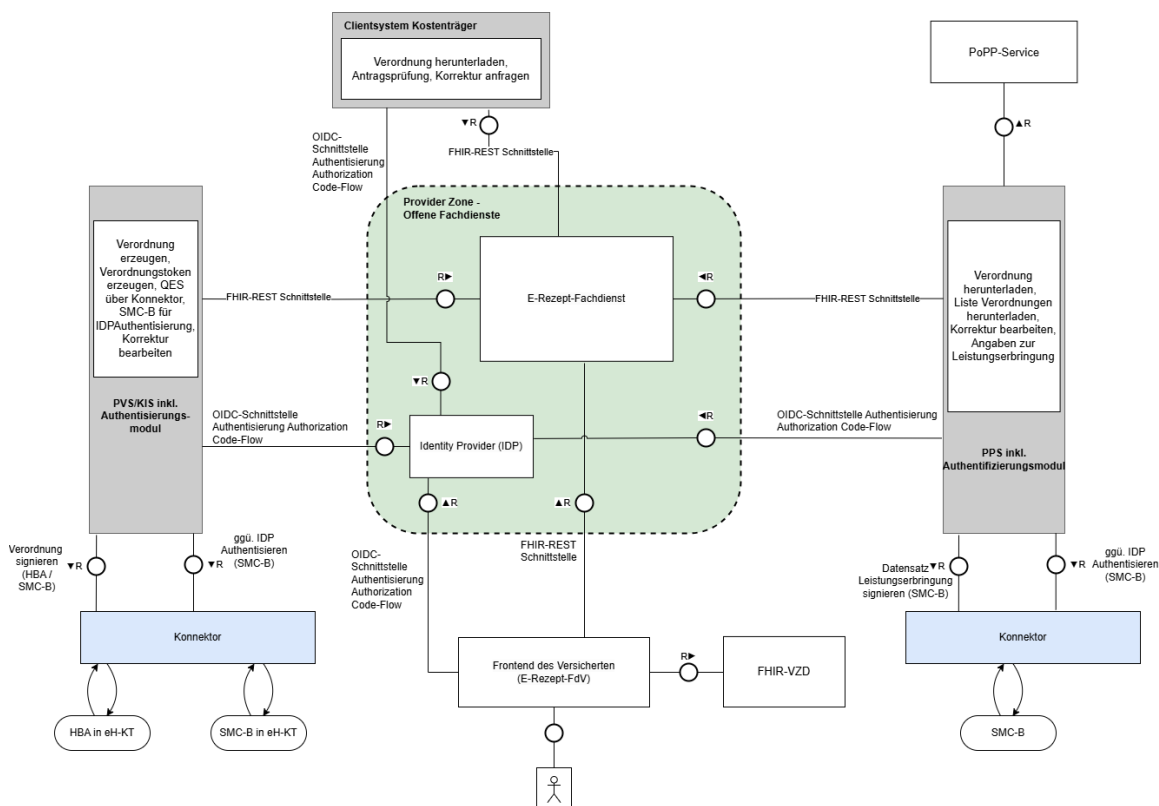


Abbildung 6 : Systemüberblick HKP

11.2 Nutzergruppen

Prozessbeteiligte für die elektronische Verordnung HKP sind Verordnende, Versicherte, Pflegedienste und Kostenträger.

Verordnende nutzen ein PVS/KIS, welches sich über das zentrale Netz der TI mit dem E-Rezept-Fachdienst verbindet. Das Primärsystem nutzt eine SM(C)-B, um sich gegenüber dem E-Rezept-Fachdienst zu authentifizieren. SM(C)-Bs mit folgenden ProfessionOIDs für Institutionen sind zulässig:

- oid_praxis_arzt

- 2069 • oid_krankenhaus
- 2070 • oid_praxis_psychotherapeut
- 2071 • oid_institution-vorsorge-reha

2072 Für die Signatur eines Verordnungsdatensatzes verwendet der Verordnende einen HBA
2073 mit der ProfessionOID oid_arzt oder oid_ps_psychotherapeut. In Ausnahmefällen ist eine
2074 nonQES Signatur des Verordnungsdatensatzes mit einer SM(C)-B mit folgenden
2075 ProfessionOIDs für Institutionen zulässig:

- 2076 • oid_praxis_arzt
- 2077 • oid_krankenhaus
- 2078 • oid_praxis_psychotherapeut
- 2079 • oid_institution-vorsorge-reha

2080 **Versicherte** nutzen ein Frontend des Versicherten, welches durch die gematik und die
2081 Kostenträger bereitgestellt wird. Das FdV verbindet sich über das Internet mit dem E-
2082 Rezept-Fachdienst. Versicherte authentifizieren sich mittels eGK oder Gesundheits-ID
2083 gegenüber dem E-Rezept-Fachdienst.

2084 **Pflegedienste** nutzen ein PPS, welches sich über das zentrale Netz der TI mit dem E-
2085 Rezept-Fachdienst verbindet. Es sind keine mobilen Szenarien vorgesehen, bei dem sich
2086 das PPS über das Internet mit dem E-Rezept-Fachdienst verbindet. Das PPS nutzt eine
2087 SM(C)-B mit ProfessionOID oid_institution-pflege, um sich gegenüber dem E-Rezept-
2088 Fachdienst zu authentifizieren.

2089 Für die Signatur eines Datensatzes verwendet der Pflegedienst eine SM(C)-B mit
2090 ProfessionOID oid_institution-pflege.

2091 **Kostenträger** nutzen ein Clientsystem des Kostenträgers, welches sich über das
2092 zentrale Netz der TI mit dem E-Rezept-Fachdienst verbindet. Das Primärsystem nutzt eine
2093 SM(C)-B mit ProfessionOID oid_kostentraeger, um sich gegenüber dem E-Rezept-
2094 Fachdienst zu authentifizieren.

2095 **11.3 Workflow**

2096 Der Workflow einer Verordnung wird durch ein zweistufiges Statusmodell beschrieben,
2097 das aus einem technischen Statusmodell und einem fachlichen Business-Statusmodell
2098 besteht. Das Statusmodell basiert auf den in der FHIR Task-Ressource vorgesehenen
2099 Elementen `Task.status` und `Task.businessStatus`.

2100 Der technische Status (`Task.status`) dient der Steuerung des Workflow-Lebenszyklus
2101 und beschreibt den technischen Bearbeitungszustand einer Verordnung. Das fachliche
2102 Business-Statusmodell (`Task.businessStatus`) beschreibt dagegen die jeweiligen
2103 fachlichen Prozessschritte innerhalb des HKP-Verfahrens.

2104 Im Rahmen des Verordnungs-Workflows können eigenständige Teilprozesse als Anfrage-
2105 Workflows ausgeführt werden. Ein Anfrage-Workflow stellt einen fachlich abgegrenzten
2106 Bearbeitungsschritt dar, der durch eine eigene Task-Instanz repräsentiert wird und
2107 unabhängig vom übergeordneten Verordnungs-Workflow bearbeitet werden kann. Für
2108 den HKP-Workflow werden insbesondere die Anfrage-Workflows **Antragsprüfung** und
2109 **Korrektur-/Anfrage** verwendet.

2110 Während ein Anfrage-Workflow bearbeitet wird, wird der übergeordnete Verordnungs-
2111 Workflow technisch pausiert. Nach Abschluss des Anfrage-Workflows wird die Bearbeitung
2112 des Verordnungs-Workflows fortgesetzt. Hierdurch können fachliche Teilprozesse

2113 unabhängig voneinander ausgeführt werden, ohne den Kontext des übergeordneten
2114 Workflows zu verlieren.

2115 Durch die Trennung von technischem Status und Business-Status kann der fachliche
2116 Bearbeitungsstand unabhängig von der technischen Workflow-Steuerung abgebildet
2117 werden. Dies ist insbesondere für die Ausführung von Anfrage-Workflows relevant.
2118 Während ein Anfrage-Workflow bearbeitet wird, kann der übergeordnete Workflow
2119 technisch pausiert werden, ohne dass Informationen über den fachlichen Prozessschritt
2120 verloren gehen. Der Business-Status beschreibt hierbei den fachlichen Kontext des
2121 Vorgangs, während der technische Status die Ausführung und den Lebenszyklus des
2122 Workflows steuert.

2123 **11.3.1 Workflow für die HKP Verordnung**

2124 **11.3.1.1 Technisches Statusmodell**

2125 Die technischen Zustände des Verordnungs-Workflows sind in der folgenden Tabelle
2126 beschrieben:

2127 **Tabelle 15 : Technisches Statusmodell - Status**

Technischer Status	Beschreibung
draft	Der Vorgang wurde angelegt, ist jedoch noch nicht zur Bearbeitung freigegeben.
ready	Der Vorgang kann bearbeitet werden.
in-progress	Der Vorgang befindet sich in Bearbeitung.
on-hold	Die Bearbeitung des Vorgangs ist vorübergehend pausiert, beispielsweise während ein Anfrage-Workflow ausgeführt wird.
completed	Der Vorgang wurde abgeschlossen.
cancelled	Der Vorgang wurde zur Löschung markiert und wird gemäß den definierten Löschregeln entfernt.

2128
2129 Die möglichen technischen Zustandsübergänge sind in der folgenden Abbildung
2130 dargestellt.

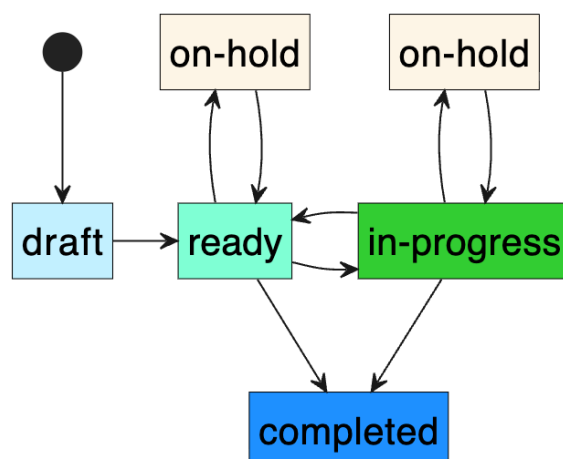


Abbildung 7 : Technisches Statusmodell des Verordnungs-Workflows

Die technischen Zustände **ready** und **in-progress** können zur Ausführung eines Anfrage-Workflows in den Zustand **on-hold** überführt werden. Währenddessen wird die Bearbeitung des Verordnungs-Workflows pausiert. Nach Abschluss des Anfrage-Workflows wird die Bearbeitung des Verordnungs-Workflows fortgesetzt.

Zusätzlich können Vorgänge zum Löschen markiert werden. Hierzu wird analog zu den Workflows für Arzneimittel der technische Status **cancelled** verwendet. Die zulässigen Übergänge in den Zustand **cancelled** sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

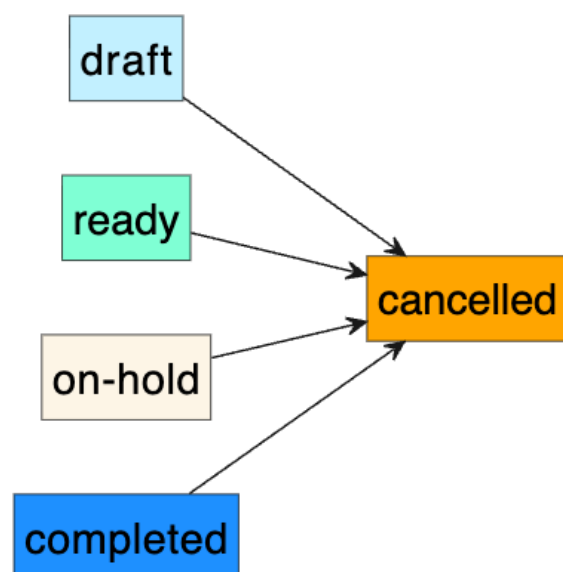


Abbildung 8 : Zulässige Übergänge in den technischen Status cancelled

Ein Übergang in den Zustand **cancelled** ist aus den technischen Zuständen **draft**, **ready**, **on-hold** und **completed** zulässig.

11.3.1.2 Fachliches Business-Statusmodell

Der fachliche Bearbeitungsstand wird über den Business-Status (Task.businessStatus) abgebildet. Hierdurch bleibt erkennbar, aus welchem fachlichen Prozessschritt heraus ein Anfrage-Workflow gestartet wurde. Nach Abschluss eines Anfrage-Workflows kann anhand des vorherigen Business-Status ein gezielter fachlicher Zustandsübergang ausgelöst werden.

2150 Die fachlichen Zustände des Verordnungs-Workflows werden durch die folgenden
2151 Business-Statuswerte beschrieben:

2152 **Tabelle 16 : Business Statusmodell**

Business-Status	Technische r Status	Beschreibung
initialized	<i>draft</i>	Der Vorgang wurde initial angelegt und befindet sich noch vor der eigentlichen fachlichen Bearbeitung.
open	<i>ready</i>	Die Verordnung liegt vor und ist bereit für die Zuweisung eines Pflegedienstes.
open	<i>on-hold</i>	Die Verordnung ist bereit für die Zuweisung eines Pflegedienstes. Die Bearbeitung ist jedoch pausiert, da ein Anfrage-Workflow ausgeführt wird.
open-reviewed	<i>ready</i>	Die Antragsprüfung wurde abgeschlossen. Die Verordnung befindet sich weiterhin im offenen Bearbeitungszustand.
assigned	<i>in-progress</i>	Der Verordnung wurde einem Pflegedienst zugewiesen.
assigned	<i>on-hold</i>	Der Verordnung wurde ein Pflegedienst zugewiesen. Die Bearbeitung ist jedoch pausiert, da ein Anfrage-Workflow ausgeführt wird.
assigned-reviewed	<i>in-progress</i>	Der Verordnung wurde ein Pflegedienst zugewiesen und die Antragsprüfung wurde abgeschlossen.
completed	<i>completed</i>	Der fachliche Prozess wurde erfolgreich abgeschlossen.
deleted	<i>cancelled</i>	Der Löschmodul wurde abgeschlossen. Der Vorgang gilt fachlich als gelöscht und steht nicht mehr zur Bearbeitung zur Verfügung.

2153 Die Zustände **open-reviewed** und **assigned-reviewed** kennzeichnen Vorgänge, bei
2154 denen eine Antragsprüfung bereits abgeschlossen wurde. Dadurch bleibt das Ergebnis
2155 der Antragsprüfung auch nach der Rückkehr in den regulären Verordnungs-Workflow
2156 erhalten und kann bei nachfolgenden Prozessschritten berücksichtigt werden.

2157 Eine Antragsprüfung kann ausschließlich aus den fachlichen Zuständen **open** und
2158 **assigned** initiiert werden. Die Zustände **open-reviewed** und **assigned-reviewed**
2159 dokumentieren den Abschluss der Antragsprüfung und verhindern, dass der Anfrage-
2160 Workflow erneut gestartet wird. Hierdurch wird sichergestellt, dass eine bereits
2161 abgeschlossene Antragsprüfung innerhalb derselben Bearbeitungsphase nicht erneut
2162 durchgeführt werden kann.

2163 Der Business-Status dient darüber hinaus dazu, den fachlichen Kontext eines pausierten
2164 Verordnungs-Workflows zu erhalten. Wird ein Anfrage-Workflow gestartet, verbleibt der
2165 Verordnungs-Workflow technisch im Zustand **on-hold**. Der zugehörige Business-Status
2166 ermöglicht es dabei, nach Abschluss des Anfrage-Workflows den fachlich korrekten
2167 Zustandsübergang auszulösen.

11.3.1.3 Statusübergänge

Die Statusübergänge des Verordnungs-Workflows werden durch die Kombination aus technischem Status und fachlichem Business-Status beschrieben. Die nachfolgende Abbildung zeigt die technische Abbildung des Verordnungs-Workflows einschließlich der Interaktion mit den Anfrage-Workflows zur Antragsprüfung und zur Korrektur-/Anfrage.

Die **Antragsprüfung** und die **Korrektur/Anfrage** werden dabei nicht als eigene Zustände der Verordnungs-Task modelliert, sondern als eigenständige Anfrage-Workflows mit eigenen Task-Instanzen. Während ein Anfrage-Workflow ausgeführt wird, wird die Verordnungs-Task technisch in den Zustand on-hold überführt. Der fachliche Kontext bleibt über den Business-Status erhalten und ermöglicht nach Abschluss des Anfrage-Workflows die Rückkehr in den fachlich korrekten Zustand.

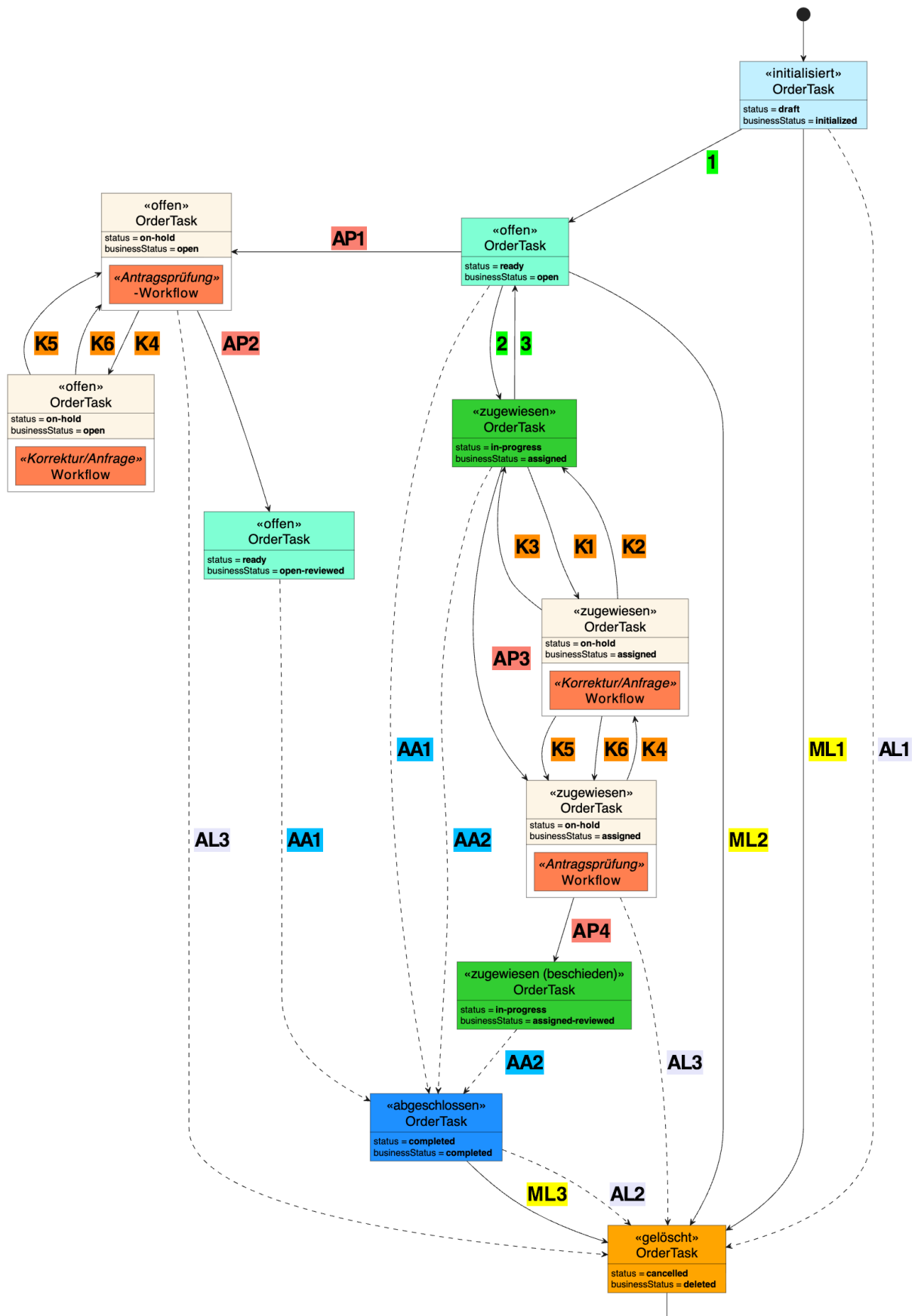


Abbildung 9 : Statusübergänge des Verordnungs-Workflows

Die fachliche Bedeutung, die Voraussetzungen sowie die auslösenden Ereignisse der einzelnen Übergänge werden in Kapitel 7 des Fachkonzepts beschrieben. Die Tabelle dient der technischen Abbildung dieser Übergänge auf die FHIR Task-Ressource.

Tabelle 17 : Statusübergänge

Übergang	Auslösender Akteur	Beschreibung	Von businessStatus (status)	Nach businessStatus (status)
	Verordnender	Erzeugen des Tasks		initialized (<i>draft</i>)
1	Verordnender	Bereitstellung der Verordnung am Fachdienst	initialized (<i>draft</i>)	open (<i>ready</i>)
	Pflegedienst Kostenträger	Lesender Zugriff	open (<i>ready</i>)	open (<i>ready</i>)
2	Pflegedienst	Übernahme der Verordnung durch einen Pflegedienst.	open (<i>ready</i>)	assigned (<i>in-progress</i>)
3	Pflegedienst	Rückgabe der Verordnung, z. B. wenn die Versorgung nicht übernommen werden kann.	assigned (<i>in-progress</i>)	open (<i>ready</i>)
AP1	Versicherter (FdV) Kostenträger (stellvertretend)	Start einer Antragsprüfung für einen offenen Vorgang	open (<i>ready</i>)	open (<i>on-hold</i>)
	Kostenträger	Ablehnen einer Antragsprüfung	open (<i>on-hold</i>)	open (<i>ready</i>)
AP2	Kostenträger	Abschluss der Antragsprüfung eines offenen Vorgangs	open (<i>on-hold</i>)	open-reviewed (<i>ready</i>)
AP3	Pflegedienst	Start einer Antragsprüfung für einen bereits zugewiesenen Vorgang	assigned (<i>in-progress</i>)	assigned (<i>on-hold</i>)
AP4	Kostenträger	Abschluss der Antragsprüfung eines	assigned (<i>on-hold</i>)	assigned-reviewed (<i>in-</i>

		zugewiesenen Vorgangs		<i>progress)</i>
K1	Pflegedienst	Start einer Korrekturanfrage an den Verordnenden	assigned (<i>in-progress</i>)	assigned (<i>on-hold</i>)
K2	Verordnender	Beantwortung einer Korrekturanfrage	assigned (<i>on-hold</i>)	assigned (<i>in-progress</i>)
K3	Pflegedienst	Rücknahme einer Korrekturanfrage	assigned (<i>on-hold</i>)	assigned (<i>in-progress</i>)
K3	Verordnender	Ablehnung einer Korrekturanfrage	assigned (<i>on-hold</i>)	assigned (<i>in-progress</i>)
K4	Kostenträger	Start einer Korrekturanfrage während einer laufenden Antragsprüfung	assigned (<i>on-hold</i>) oder open (<i>on-hold</i>)	assigned (<i>on-hold</i>) oder open (<i>on-hold</i>)
K5	Verordnender / Pflegedienst	Beantwortung einer Korrekturanfrage und Rückkehr zur Antragsprüfung	assigned (<i>on-hold</i>) oder open (<i>on-hold</i>)	assigned (<i>on-hold</i>) oder open (<i>on-hold</i>)
K6	Kostenträger	Rücknahme einer Korrekturanfrage und Rückkehr zur Antragsprüfung	assigned (<i>on-hold</i>) oder open (<i>on-hold</i>)	assigned (<i>on-hold</i>) oder open (<i>on-hold</i>)
K6	Verordnender / Pflegedienst	Ablehnung einer Korrekturanfrage und Rückkehr zur Antragsprüfung	assigned (<i>on-hold</i>) oder open (<i>on-hold</i>)	assigned (<i>on-hold</i>) oder open (<i>on-hold</i>)
AA1	Fachdienst	Automatischer Abschluss nach Ablauf des Verordnungszeitraums ohne Zuweisung	open (<i>ready</i>) oder open-reviewed (<i>ready</i>)	completed (<i>completed</i>)
AA2	Fachdienst	Automatischer Abschluss eines zugewiesenen Vorgangs gemäß den definierten Fachregeln	assigned (<i>in-progress</i>) oder assigned-reviewed (<i>in-progress</i>)	completed (<i>completed</i>)
AL1	Fachdienst	Automatische Löschung eines initial angelegten Vorgangs gemäß Löschregeln	initialized (<i>draft</i>)	deleted (<i>cancelled</i>)

AL2	Fachdienst	Automatische Löschung eines abgeschlossenen Vorgangs gemäß Löschregeln	completed (<i>completed</i>)	deleted (<i>cancelled</i>)
AL3	Fachdienst	Automatische Löschung während einer laufenden Antragsprüfung gemäß Löschregeln	assigned (<i>on-hold</i>) oder open (<i>on-hold</i>)	deleted (<i>cancelled</i>)
ML1	Verordnender	Manuelle Löschung eines noch nicht bereitgestellten Vorgangs	initialized (<i>draft</i>)	deleted (<i>cancelled</i>)
ML2	Verordnender oder Versicherter	Manuelle Löschung eines offenen Vorgangs	open (<i>ready</i>) oder open-reviewed (<i>ready</i>)	deleted (<i>cancelled</i>)
ML3	Versicherter	Manuelle Löschung eines abgeschlossenen Vorgangs	completed (<i>completed</i>)	deleted (<i>cancelled</i>)

Die Übergänge **AP1** bis **AP4** beschreiben die Interaktion mit dem Anfrage-Workflow zur Antragsprüfung. Während der Ausführung des Anfrage-Workflows verbleibt die Verordnungs-Task technisch im Zustand *on-hold*. Der fachliche Kontext bleibt über den Business-Status erhalten.

Die Übergänge **K1** bis **K6** beschreiben die Interaktion mit dem Anfrage-Workflow für Korrekturen und Anfragen. Da diese Vorgänge innerhalb eines eigenständigen Anfrage-Workflows bearbeitet werden, bleibt die Verordnungs-Task auch hierbei technisch im Zustand *on-hold*.

Die Übergänge **AA1** und **AA2** beschreiben automatische Abschlussvorgänge. Die Übergänge **AL1** bis **AL3** sowie **ML1** bis **ML3** beschreiben automatische beziehungsweise manuelle Löschvorgänge. Die fachliche Löschung eines Vorgangs wird durch den Business-Status **deleted** dargestellt, während die technische Markierung zur Löschung über den technischen Status *cancelled* erfolgt.

11.3.2 Anfrage-Workflow

11.3.2.1 Konzept Anfrage-Workflow

In diesem Kapitel wird ein allgemeines Konzept zu einem Anfrage-Workflow beschrieben. Der Anfrage-Workflow wird für HKP-Verordnungen für Korrekturanfragen und Antragsprüfungen verwendet.

11.3.2.1.1 Rollen

Folgende Rollen sind am Anfrage-Workflow beteiligt.

Tabelle 18 : Anfrage-Workflow Rollen

Rolle	Beschreibung
-------	--------------

Anfragender	Die Organisation oder Person, die eine Anfrage initiiert – z.B. zur Korrektur eines bestehenden Fachdokumentes.
Bearbeitender	Die Organisation oder Person, die eine eingehende Anfrage prüft und darauf reagiert – z.B. durch Annahme, Ablehnung oder Rückmeldung. Der Bearbeitende ist für die fachliche Bewertung und mögliche Umsetzung der vorgeschlagenen Änderungen zuständig.
Vorgangsbeteiligte	Die Organisation oder Person, die eine eingehende Anfrage prüft und darauf reagiert – z.B. durch Annahme, Ablehnung oder Rückmeldung. Der Bearbeitende ist für die fachliche Bewertung und mögliche Umsetzung der vorgeschlagenen Änderungen zuständig.

2208

2209 *11.3.2.1.2 Initialisierung eines Anfrage-Workflows*

2210 Ein Anfrage-Workflow bezieht sich auf einen Dokumenten-Workflow. Im Rahmen der
2211 Konzeption des Dokumenten-Workflow wird festgelegt, in welchem Status des
2212 Dokumenten-Workflows welcher Typ eines Anfrage-Workflows gestartet werden kann.

2213 Es ist sicherzustellen, dass es für einen Dokumenten-Workflow nur einen aktiven Anfrage-
2214 Workflow gibt. Dies wird sichergestellt, indem der zugrunde liegende Workflow in den
2215 Status on-hold wechselt.

2216 *11.3.2.1.3 Technisches Statusmodell*

2217 Die technischen Zustände des Anfrage-Workflows sind in der folgenden Tabelle
2218 beschrieben:

2219 **Tabelle 19 : Anfrage-Workflow - Statusmodell**

Technischer Status	Business Status	Beschreibung
requested	review-requested	Die Anfrage kann bearbeitet werden.
in-progress	review-in-progress	Die Anfrage befindet sich in Bearbeitung.
on-hold	review-in-progress	Die Anfrage ist aufgrund einer Anfrage pausiert.
completed	review-completed	Die Anfrage wurde abgeschlossen.
rejected	review-rejected	Die Anfrage wurde abgelehnt.
cancelled	review-cancelled	Die Anfrage wurde abgebrochen.

2220

2221 Folgende Statusübergänge sind möglich:

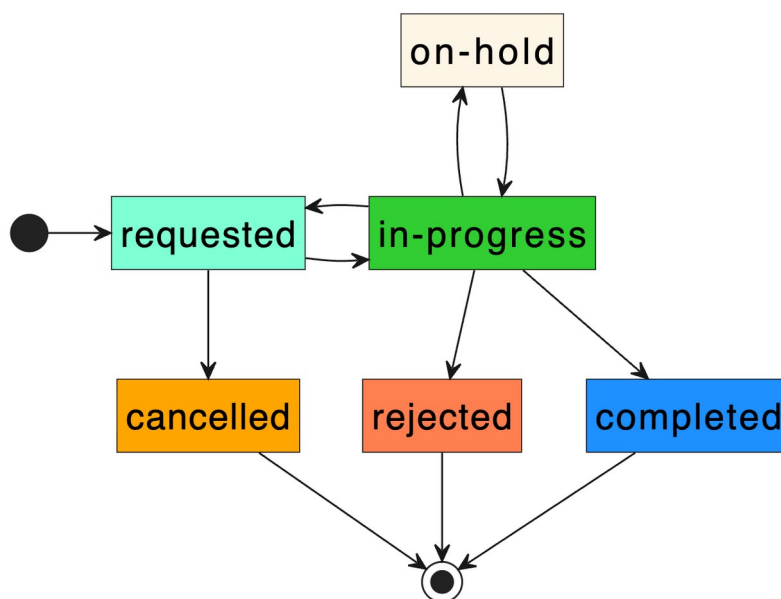


Abbildung 10 : Anfrage-Workflow Statusübergänge

Tabelle 20 : Anfrage-Workflow - Statusübergänge

Übergang von	Übergang nach	auslösender Akteur	Beschreibung	Prozessschritt
requested	Anfragender	Ein Anfragender erstellt in seinem PS eine Anfrage mit Bezug auf einen Dokumenten-Workflow und stellt diese in den Fachdienst ein.	Anfrage starten	
requested	in-progress	Bearbeitender	Das PS des Bearbeitenden lädt den Anfrage-Workflow vom Fachdienst. Das kann automatisch oder auf Interaktion des Mitarbeiters der Institution erfolgen. Das PS stellt die Information bereit. Hinweis: Wenn der Mitarbeiter mit der Bearbeitung der	Anfrage zur Bearbeitung abrufen

			Anfrage beginnt, prüft das PS den Status des Anfrage-Workflows. Wenn der Status "requested" ist, dann meldet das PS den Start der Bearbeitung an den Fachdienst (erneute Änderung des Status von requested zu in-progress). Wenn der Status "cancelled" ist, dann informiert das PS den Mitarbeiter, dass die Anfrage durch den Anfragenden storniert wurde.	
in-progress	requested	Fachdienst	Wenn am Ende des Tages der Anfrage-Workflow den Status in-progress hat, d.h. die Bearbeitung der Anfrage nicht abgeschlossen wurde, dann wird der Status des Anfrage-Workflows auf requested geändert.	Anfrage freigeben
in-progress	on-hold	Bearbeitender	Der Bearbeitende initialisiert einen separaten Anfrage-Workflow mit Bezug auf diesen Anfrage-Workflow.	
on-hold	in-progress	Fachdienst	Der separate Anfrage-Workflow wurde beendet.	
in-progress	completed	Bearbeitender	Der Bearbeitende bearbeitet die Anfrage und stellt das Ergebnis, bspw. eine neue Version des Fachdokumentes, im Fachdienst bereit.	Anfrage abschließen
in-progress	rejected	Bearbeitender	Der Bearbeitende prüft die Anfrage und entscheidet, die Anfrage abzulehnen. Das PS des Bearbeitenden übermittelt die Entscheidung an den Fachdienst.	Anfrage ablehnen
requested	cancelled	Anfragender	Der Anfragende entscheidet die Anfrage zu stornieren.	Anfrage

			Das PS des Anfragenden übermittelt die Information an den Fachdienst.	abbrechen
--	--	--	---	-----------

2226 Zusätzlich zum technischen Statusmodell kann ein Business Statusmodell spezifiziert
2227 werden.

2228 *11.3.2.1.4 Fachliches Datenmodell*

2229 Für jede Anfrage werden folgende Informationen im Anfrage-Workflow verwaltet:

2230 **Tabelle 21 : Anfrage-Workflow - Fachliches Datenmodell**

Fachliche Informationseinheit	Beschreibung	Quelle	Kardinalität
ID Anfrage-Workflow	Identifiziert die Anfrage	generiert vom Fachdienst	1
ID Fach-Workflow	Referenz zum Dokumenten-Workflow	übernommen aus .partOf oder aus Operationsaufruf	1
ID zugrundeliegender Workflow	Referenz zum Workflow von dem die Anfrage gestartet wurde.	Übernommen aus Operationsaufruf	1
Anfragender	Initiator der Anfrage	Access_Token der Anfrage	1
Bearbeitender	Adressat der Anfrage. Muss berechtigt sein, auf den zugrundeliegenden Task zu bearbeiten, um die Anfrage zu lösen.	Wert im Body der Anfrage	1
Vorgangsbeteiligte	Institutionen, welche über die Anfrage informiert werden	Versicherter aus Task.for des zugrundeliegenden Tasks	0 ... n
Typ der Anfrage	Welche Art von Anfrage gestellt wird	Wert im Body der Anfrage	1
Status	Technischer Status der Anfrage	gesetzt durch Fachdienst	1
Business Status	Business Status der Anfrage	gesetzt durch Fachdienst	0 ... 1*
Anfragedokument	Dokument mit den	generiert durch	0 ... 1*

	Änderungsvorschlägen zum Fachdokument (bspw. Fachdokument im Entwurfsstatus)	Fachdienst	
Ablehnungsgrund	Grund für eine Ablehnung der Anfrage	Wert im Body der Anfrage	0 ... 1

2231 * Die Kardinalität ist im Rahmen der Spezifikation des Types der Anfrage festzulegen.

2232 11.3.2.1.5 Zugriffsberechtigung Anfrage-Workflow

2233 Beim Erstellen einer Anfrage wird hinterlegt, welche Institutionen Anfragende,
2234 Bearbeitende und Vorgangsbeteiligte sind.

2235 Die anfragende Institution erstellt den Anfrage-Workflow und kann den Status
2236 entsprechend dem Statusmodell des Anfrage-Workflows ändern.

2237 Die bearbeitende Institution kann lesend auf die Anfrage zugreifen, den Status
2238 entsprechend dem Statusmodell ändern und ggf. Grund für die Ablehnung der Anfrage
2239 hinzufügen.

2240 Vorgangsbeteiligte können lesend Anfrage-Workflows zugreifen.

2241 Anfragende, Bearbeitende und Vorgangsbeteiligte können zu jeder Zeit den Status des
2242 Anfrage-Workflows am Fachdienst abfragen.

2243 11.3.2.1.6 Speicherdauer des Anfrage-Workflows

2244 Ein Anfrage-Workflow hat immer einen Bezug zu einem Dokumenten-Workflow. Er wird
2245 mit Referenz zu dem Dokumenten-Workflow im Fachdienst gespeichert.

2246 Nach Beendigung eines Anfrage-Workflows werden die Daten des Anfrage-Workflows zu
2247 folgenden Zwecken vorgehalten:

- 2248 • Möglichkeit der Abfrage des Ergebnisses des Anfrage-Workflow durch Anfragenden
2249 und Vorgangsbeteiligte
- 2250 • im Falle von rejected: Information des Ablehnungsgrundes abfragen

2251 Die Daten des Anfrage-Workflows werden zusammen mit dem Dokumenten-Workflow
2252 gelöscht.

2253 11.3.2.1.7 Ablauf und Prozess

2254 Der Anfrage-Workflow ist in der ersten Ausbaustufe ein einfacher Statusautomat, der
2255 keine Schleifen zulässt, sondern linear durch einen Automaten führt. Damit ergeben sich
2256 aus Sicht der Clients die folgenden Prozessschritte:

2257

2258 **Tabelle 22 : Anfrage-Workflow - Rolle mit Statusübergang**

Rolle	Aktion	Statuswechsel
Anfragender	Verfügbare Anfragebögen abrufen	nein
Anfragender	Anfrage starten	ja

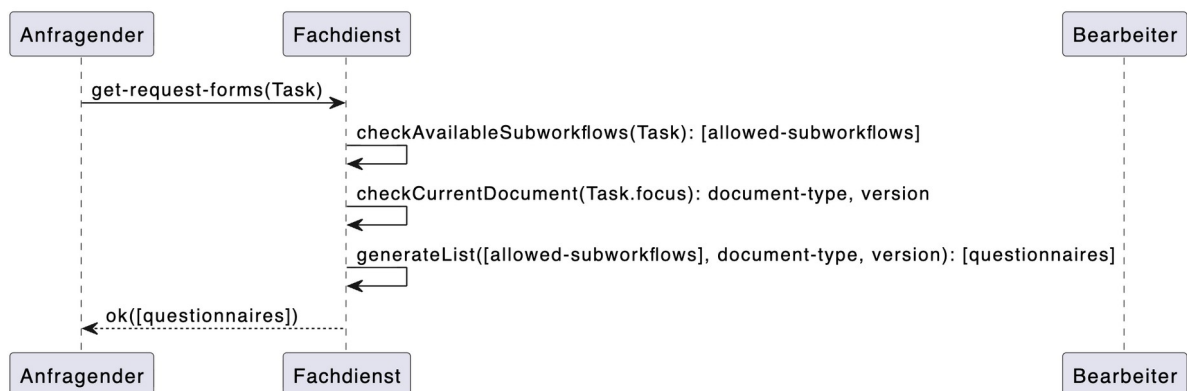
Anfragender	Anfrage abbrechen	ja
Anfragender, Bearbeitender, Vorgangsbeteiligte	Anfrageinformationen	nein
Bearbeitender	Anfrage zur Bearbeitung abrufen	ja
Bearbeitender	Anfrage abschließen	ja
Bearbeitender	Anfrage ablehnen	ja
Fachdienst	Anfrage freigeben	ja

11.3.2.1.7.1 Verfügbare Anfragebögen abrufen

Um einen Anfrage-Workflow zu starten muss der Anfragende den für die Anfrage gültigen Anfragebogen kennen. Dadurch ist sichergestellt, dass für den jeweiligen Task das korrekte Formular verwendet wird. Der Anfragende muss wissen,

- welche fachlichen Anfragen möglich sind (bspw. Korrektur und/oder Antragsprüfung)
- welche Version des Fachdokumentes vorliegt, um den dafür vorgesehenen Anfragebogen zu nutzen.

Daher wird für jeden Endpunkt eine optionale Operation bereitgestellt, die für den jeweiligen Task die verfügbaren Questionnaires abrufbar macht. Ein Primärsystem, was eine generische Formular-Render-UI verwendet, kann hiervon profitieren und automatisch die aktuell gültigen Formulare runterladen. Einem Primärsystem steht es aber auch frei die Questionnaireresponse im Code zu programmieren und damit auf diesen Aufruf zu verzichten.



Ist die Antwort des E-Rezept-Fachdienst eine leere Liste, impliziert das, dass für die Kombination aus technischem und fachlichem Status kein Anfrage-Workflow erlaubt ist.

Tabelle 23 : Anfrage-Workflow - Operation "\$get-request-forms"

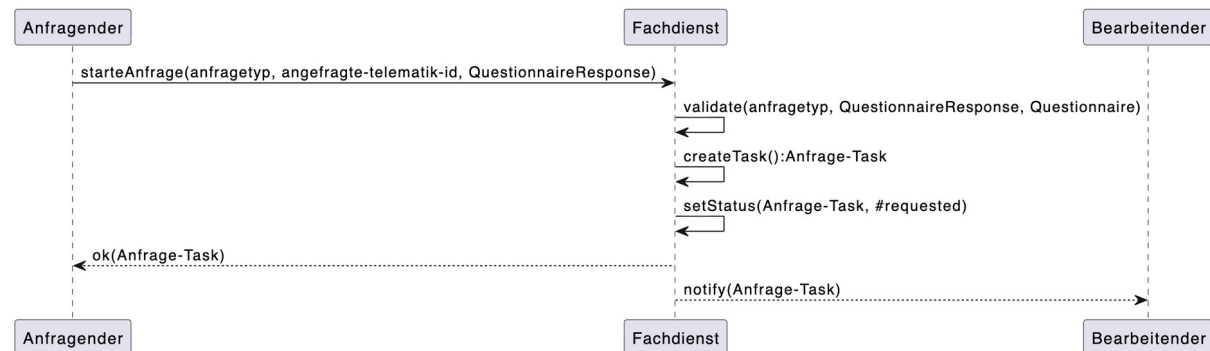
API	GET /hkp/Task/<task-id>/\$get-request-forms
Header	Authorization: Bearer <access_token>
Body	-

Response	Parameters([(anfragetyp, Questionnaire)])
----------	---

11.3.2.1.7.2 Anfrage starten

Um den Anfrage-Task zur Bearbeitung zu starten müssen die fachlichen Parameter der Anfrage bereitgestellt werden. Dies können zum Beispiel Inhalte zu einer Korrektur eines Anfragenden sein.

Diese werden in Form von QuestionnaireResponses bereitgestellt, die inhaltlich zu dem Questionnaire passen müssen, das bei der Initialisierung der Anfrage bereitgestellt wurde.



Wenn die Anfrage erfolgreich erstellt wurde, wird der Anfrage-Task erstellt und in den entsprechenden Status gestellt. Der Bearbeitende der Anfrage wird informiert, dass der Task vorliegt.

Die Anfrage wird dann auf dem Subtask mit dem QuestionnaireResponse aktiviert.

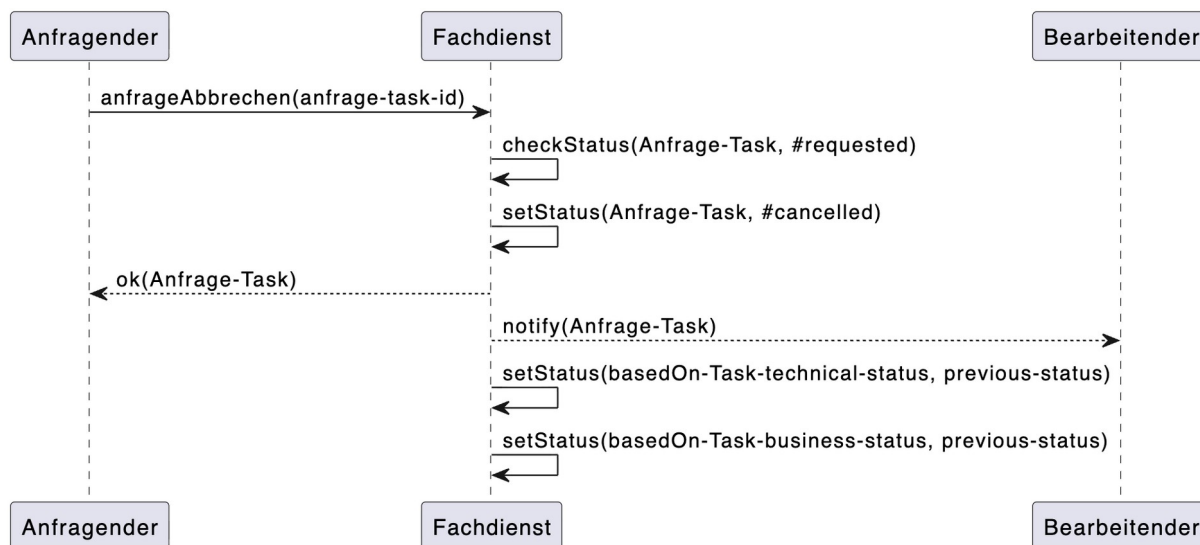
Tabelle 24 : Anfrage-Workflow - Operation "\$request-subworkflow"

API	POST /hkp/Task/<basedOn-task-id>/\$request-subworkflow
Header	Authorization: Bearer <access_token>
Body	Parameters((anfragetyp, angefragte-telematik-id, QuestionnaireResponse))
Response	Anfrage-Task

Der E-Rezept-Fachdienst stellt sicher, dass das QuestionnaireResponse mit Anfragetyp zum aktuellen Task passt und dass für eine Korrektur eine QuestionnaireResponse vorhanden ist.

11.3.2.1.7.3 Anfrage abbrechen

Aus verschiedenen Gründen kann der Anfragende sich entscheiden, eine Anfrage im Status *requested* abubrechen.



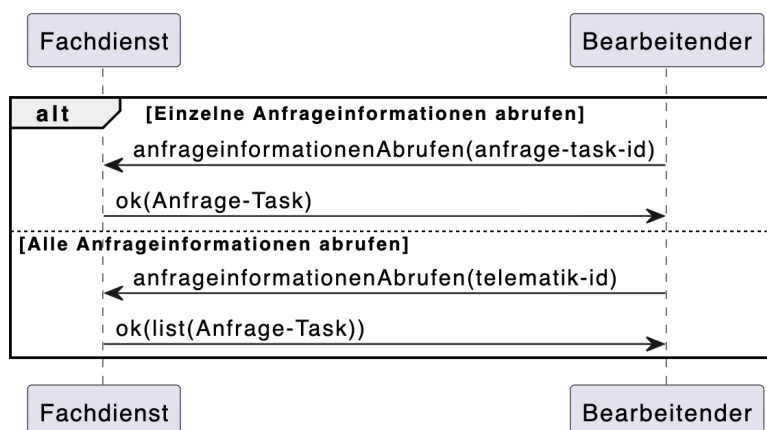
Der Anfrage-Task wird abgebrochen und kann nicht weiter bearbeitet werden. Der Task, der dem Anfrage-Task zugrunde liegt wird in den vorherigen fachlichen und technischen Status gesetzt.

Tabelle 25 : Anfrage-Workflow - Operation "\$cancel-subworkflow"

API	POST /hkp/Task/<anfrage-task-id>/cancel-subworkflow
Header	Authorization: Bearer <access_token>
Body	-
Response	Anfrage-Task

11.3.2.1.7.4 Anfrageinformationen abrufen

Teilnehmende des Prozesses können jederzeit Informationen zu einem Anfrage Task abrufen, ohne dabei den Status des Workflows zu beeinflussen. Insbesondere können sie so den Status des Anfrage Task ermitteln.



Die Abfrage erfolgt nach Standard-FHIR Mechanismen.

Tabelle 26 : Anfrage-Workflow - Suche Anfrage-Task

API	GET /hkp/Task/<anfrage-task-id> ?owner=<telematik-id-bearbeitender> &requester=<telematik-id-anfragender> &patient=<kvnr-versicherter>
Header	Authorization: Bearer <access_token>
Body	-
Response	Anfrage-Task

Es ist ebenfalls möglich, eine Liste an Tasks zu bekommen, in denen man Teilnehmer, Bearbeitender oder Anfragender ist. Der Aufruf kann mit entsprechenden Queryparametern gesteuert werden.

Tabelle 27 : Anfrage-Workflow - Suche Bundle Anfrage-Tasks

API	GET /hkp/Task ?owner=<telematik-id-bearbeitender> &requester=<telematik-id-anfragender> &patient=<kvnr-versicherter>
Header	Authorization: Bearer <access_token>
Body	-
Response	Bundle(Anfrage-Task)

[offener Punkt: Abfrage des Anfragedokuments und QuestionnaireResponse kann über den DocumentStore erfolgen. Konzept s. "Workflowbegleitende Dokumente"](#)

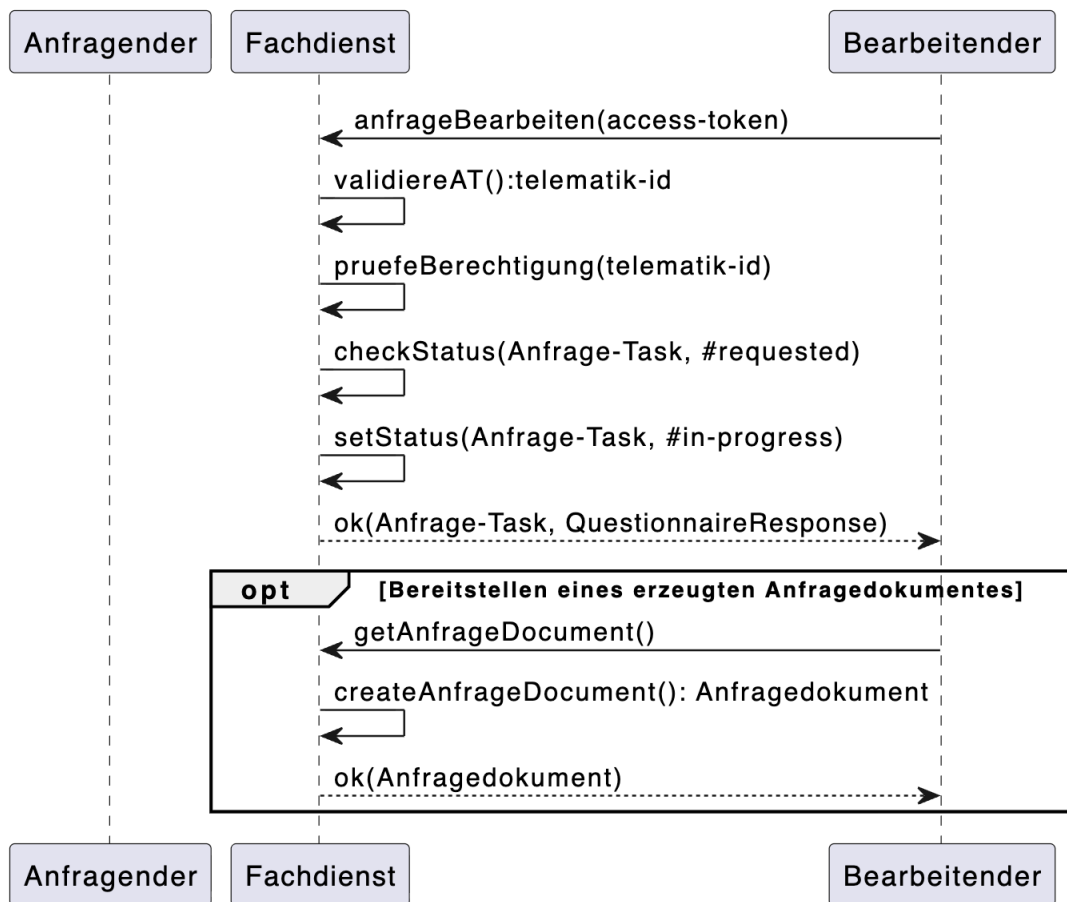
Das Ausführen dieser Query Funktionen verändert nicht den Status einer Anfrage, sondern dient der Darstellung von Listen und Detailansichten zu laufenden Anfragen.

11.3.2.1.7.5 Anfrage zur Bearbeitung abrufen

Der Bearbeitende ruft mit der Operation die fachlichen Informationen der Anfrage ab. Der Fachdienst setzt damit die Status am Anfrage-Task in der Art, dass ausschließlich der Bearbeitende den Status ändern kann.

Da die QuestionnaireResponse eine einfache Datenstruktur ist, wird beim Aufruf zum Akzeptieren einer Anfrage diese Struktur übermittelt. Sie enthält in kondensierter Form, was der Anfragende möchte.

Der Bearbeitende, bzw. das Clientsystem hat die Möglichkeit auch eine gerenderte Version der Anfrage zu erhalten. Der Fachdienst ist in der Lage je nach Anfrage-Workflow ein Anfragedokument zu erzeugen, was dem Clientsystem ermöglicht strukturiert die Informationen bereitzustellen, wie sich der Anfragende das finale Dokument vorstellt.



Die Anfrage wird vom Bearbeitenden abgerufen. Das PS erhält den Anfrage-Task mit administrativen Informationen, sowie dem QuestionnaireResponse, welches die angefragten Änderungen enthält.

Tabelle 28 : Anfrage-Workflow - Operation "\$accept-subworkflow"

API	POST /hkp/Task/<anfrage-task-id>/\$accept-subworkflow
Header	Authorization: Bearer <access_token>
Body	-
Response	Bundle>Anfrage-Task, KorrekturvorschlagFHIR-Doc)

offener Punkt: Abfrage des Anfragedokuments und QuestionnaireResponse kann über den DocumentStore erfolgen. Konzept s. "Dokumenten Store"

Das Clientsystem hat außerdem die Möglichkeit, die vom FD zentral implementierte Anpassungslogik zu nutzen, um ein Anfragedokument zu erhalten:

Tabelle 29 : Anfrage-Workflow - Operation "\$get-proposal"

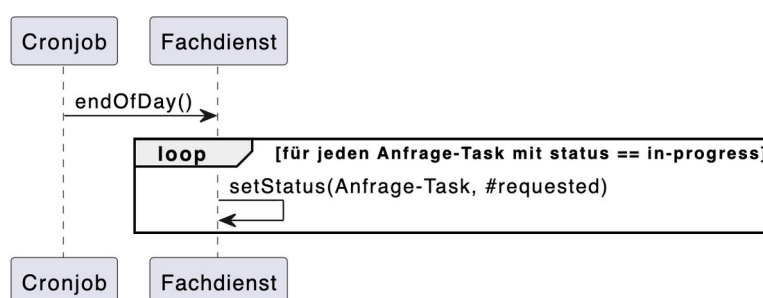
API	POST /hkp/Task/<anfrage-task-id>/\$get-proposal
Header	Authorization: Bearer <access_token>

Body	-
Response	Document-Bundle

Das Clientsystem hat nach Abschluss dieses Schrittes alle Informationen vorhanden, um die Anfrage zu bearbeiten.

11.3.2.1.7.6 Anfrage freigeben

Wenn der Status eines Anfrage-Tasks sich im Status *in-progress* befindet, hat der Bearbeitende bis zum Ende des laufenden Tages Zeit, einen weiteren Statuswechsel zu triggern. Wenn das nicht geschieht, setzt der Fachdienst den Anfrage-Task zurück auf den Status *requested*.

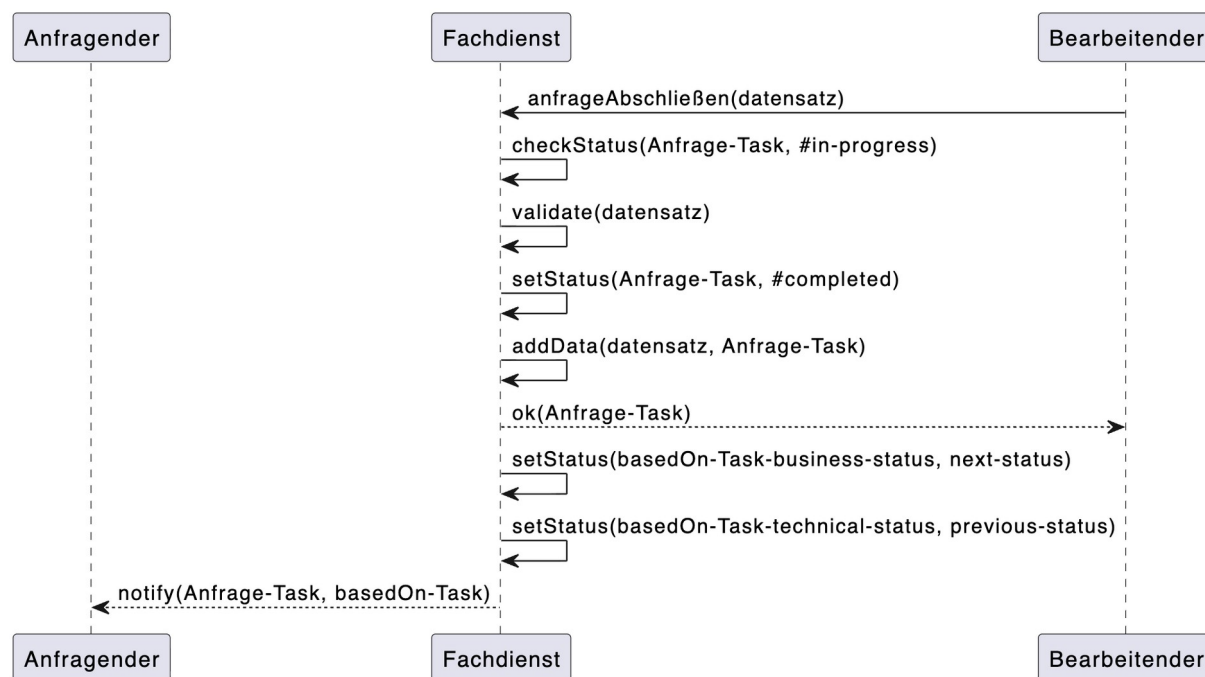


Die Ausführung erfolgt nach definiertem Zeitpunkt im Fachdienst.

11.3.2.1.7.7 Anfrage abschließen

Der Bearbeitende der Anfrage evaluiert den vom Clientsystem präsentierten Inhalt. Der Bearbeitende kann die Anfrage im nächsten Schritt annehmen. In diesem Fall wird die Anfrage abgeschlossen und der Fach-Task in seinen ursprünglichen technischen Status versetzt. Der fachliche Status kann sich je nach Anfrageart in einen anderen Status übergehen. Die Logik dazu wird Anfragetyp-spezifisch im Fachdienst definiert.

Diese Funktion wird genutzt unabhängig davon, ob inhaltlich die Anfrage gänzlich, zum Teil oder gar nicht umgesetzt wurde. Der Abschluss einer Anfrage bedeutet, dass die Anfrage bearbeitet wurde und der Anfragende zu einem Entscheid gekommen ist.



Wurde die Anfrage bearbeitet, kann in einem Aufruf das Ergebnis der Bearbeitung bereitgestellt werden, um den Vorgang zu schließen.

Je nach Anwendungsfall wird der DocumentStore aktualisiert. Übermittelte Daten werden im Anfrage-Task.output hinterlegt und stehen damit den Prozessbeteiligten zur Verfügung.

Tabelle 30 : Anfrage-Workflow - Operation "\$close-subworkflow"

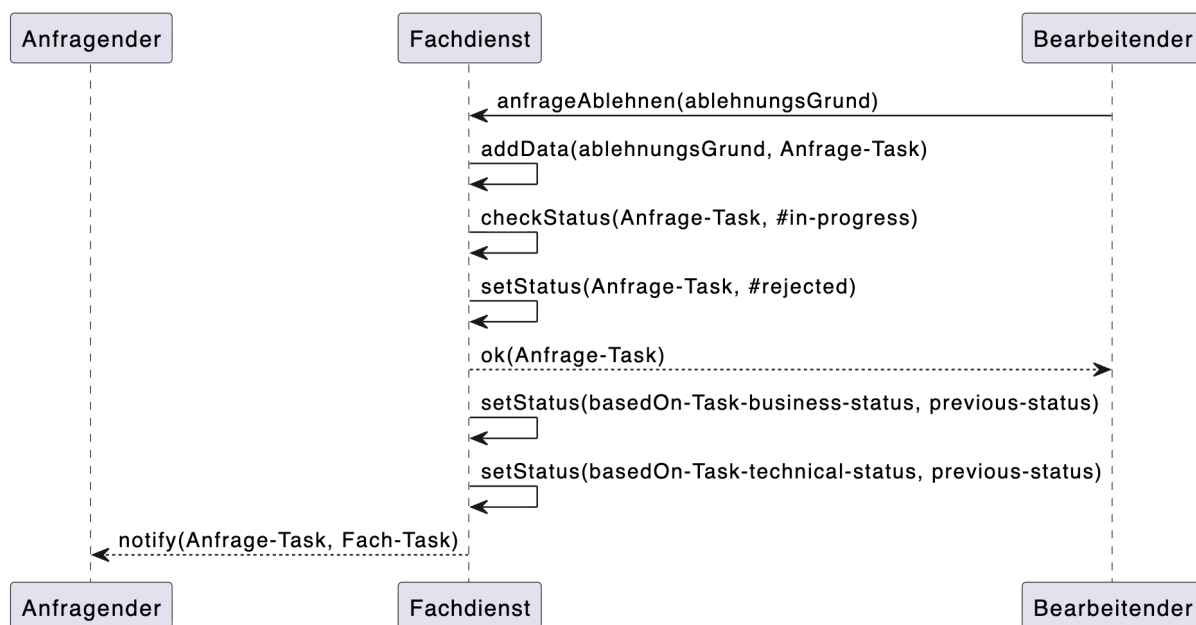
API	POST /hkp/Task/<anfrage-task-id>/\$close-subworkflow
Header	Authorization: Bearer <access_token>
Body	CompleteSubworkflowParameters • responseString 0..1 • document: FHIR-Document 0..1 C: wenn kein Dokument vorliegt muss ein Grund angegeben werden
Response	Anfrage-Task

offener Punkt: wie kann der Bearbeiter dem Anfragenden zusätzliche Informationen bereitstellen? Freitext, kodiert?

11.3.2.1.7.8 Anfrage ablehnen

Der Bearbeitende der Anfrage evaluiert den vom Clientsystem präsentierten Inhalt. Der Bearbeitende kann die Anfrage im nächsten Schritt ablehnen. In diesem Fall wird die Anfrage beendet und der Fach-Task in seinen ursprünglichen technischen und fachlichen Status versetzt.

Dieser Aufruf ist nicht dafür gedacht eine Anfrage inhaltlich abzulehnen, sondern diese nicht zu bearbeiten (bspw. bei Unzuständigkeit).



Wird die Anfrage abgelehnt, muss ein Grund angegeben werden.

Tabelle 31 : Anfrage-Workflow - Operation "\$reject-subworkflow"

API	POST /hkp/Task/<id>/\$reject-subworkflow
Header	Authorization: Bearer <access_token>
Body	Parameters(reject-reason)
Response	Anfrage-Task

11.3.2.2 Datenmodelle des Anfrage-Workflow

Für den Anfrage-Workflow wird angestrebt ein Pattern zu etablieren, welches in zukünftigen Anfragearten wiederverwendet werden kann. Erreicht werden soll, dass Datenstrukturen definiert werden, die konzeptuell generisch sind und für einen spezifischen Use-Case angepasst werden können.

Dabei sollen Funktionen im E-Rezept-Fachdienst ermöglichen, Operationen auf Dokumenten auszuführen, oder neue FHIR-Ressourcen zu erzeugen. Hierzu existiert der [Implementation Guide SDC], der für dieses Ziel Anweisungen gibt und dessen Funktionalitäten genutzt werden.

11.3.2.2.1 FHIR-Questionnaire Ansatz

Im Anfrage-Workflow (bspw. "HKP Korrektur-Anfrage eines Pflegedienstes an den Verordnenden") muss ein Anfragender strukturiert mitteilen können, was an einem Fachdokument geändert werden soll. Anstatt für jede Anfrageart ein eigenes, proprietäres Datenformat zu definieren, wird ein generisches Pattern auf Basis von FHIR Questionnaire / QuestionnaireResponse und dem internationalen Standard SDC (Structured Data Capture) etabliert.

Der fachlich Verantwortliche für ein FHIR-Dokument beschreibt deklarativ in einem Questionnaire, was an diesem Dokument korrigierbar ist – der E-Rezept-Fachdienst führt die Anfrage anschließend generisch aus.

FHIR stellt mit Questionnaire und QuestionnaireResponse ein flexibles Pattern für Fragebögen und deren Beantwortung bereit. Jede Frage im Fragebogen ist über eine eindeutige linkId sowie den zulässigen Datentyp der Antwort beschrieben:

Tabelle 32 : Struktur eines Questionnaire (schematisch)

Element	Kardinalität	Beschreibung
Questionnaire.url, .name	1..1	Identifizierende Metadaten des Fragebogens
Questionnaire.item	0..*	Eine Frage bzw. eine Gruppe von Fragen
- item.linkId	1..1	Eindeutige ID der Frage; wird von der zugehörigen Antwort referenziert
- item.type		Zulässiger Datentyp der Antwort (group, boolean, decimal, choice, ...)

Eine QuestionnaireResponse referenziert das zugehörige Questionnaire und enthält eine Liste von Antworten. Jede Antwort trägt dieselbe linkId wie die zugehörige Frage im Questionnaire:

Tabelle 33 : Struktur einer QuestionnaireResponse (schematisch)

Element	Kardinalität	Beschreibung
QuestionnaireResponse.questionnaire	1..1	Referenz auf das beantwortete Questionnaire
QuestionnaireResponse.item	0..*	Eine Antwort bzw. eine Gruppe von Antworten
- item.linkId	1..1	ID der beantworteten Frage; muss mit dem Questionnaire übereinstimmen
- item.answer.value[x]	1..1	Der konkrete Antwortwert
- item.item	0..*	Weitere, verschachtelte Antworten

Über ein answerValueSet kann eingeschränkt werden, welche Antworten fachlich zulässig sind. Der E-Rezept-Fachdienst stellt eine generische Implementierung bereit, die beim Einstellen einer QuestionnaireResponse strukturell prüft, ob die Antworten zum

referenzierten Questionnaire passen (u. a. Vorhandensein korrekter LinkIds und Übereinstimmung der Datentypen).

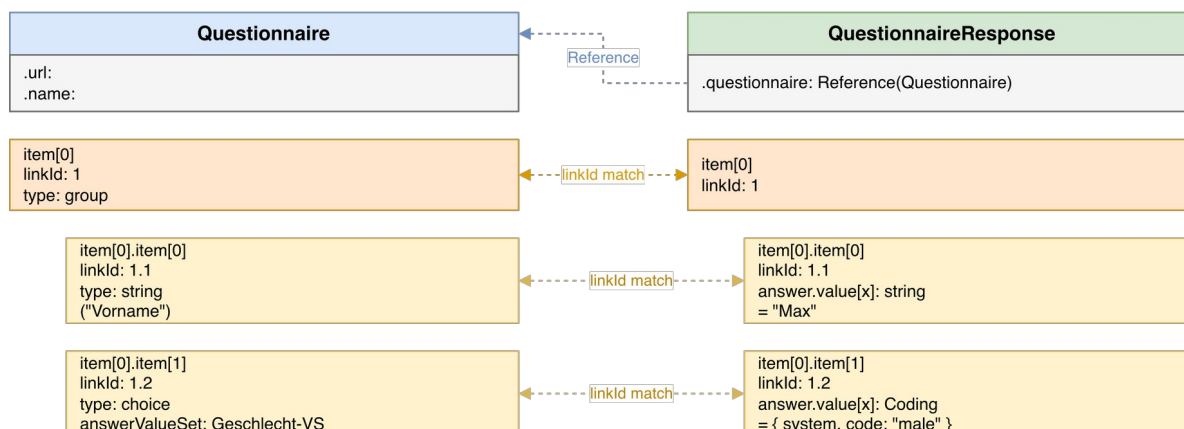


Abbildung 11: Validierung von QuestionnaireResponse zu Questionnaire

11.3.2.2.2 FHIR-Questionnaire Erweiterung

Der reine Frage-Antwort-Mechanismus reicht allein nicht aus, um daraus automatisiert Änderungen an einem FHIR-Dokument abzuleiten. Der [Implementation Guide SDC] zeigt hierfür Erweiterungsmechanismen, mit denen ein Questionnaire nicht nur Antworten einsammelt, sondern auch beschreibt, **wie** aus diesen Antworten FHIR-Daten extrahiert, in neue FHIR-Ressourcen transformiert oder bestehende FHIR-Ressourcen manipuliert werden.

Der Ablauf ist dabei immer gleich:

1. Im Questionnaire-**Profil** definiert der Verantwortliche des E-Rezept-Fachdienstes technische Erweiterungen, hinter denen konkrete Geschäftslogik im Fachdienst hinterlegt ist, bspw. die Manipulation eines FHIR-Documents.
2. Das daraus abgeleitete konkrete **Questionnaire** legt fest, welche dieser Erweiterungen für ein bestimmtes Fachdokument genutzt werden und wohin die Werte geschrieben werden.
3. Die **QuestionnaireResponse** liefert die konkreten Inhalte und löst beim Abruf des Anfragedokuments die Ausführung der hinterlegten Operation aus.

Damit ergibt sich eine klare Trennung von Verantwortlichkeiten auf drei FHIR-Artefakte:

Tabelle 34: Questionnaire FHIR-Artefakte

FHIR-Artefakt	Rolle	Verantwortung
Questionnaire- Profil	Verantwortlicher für den E-Rezept-Fachdienst (gematik)	Definiert die technischen Möglichkeiten am Fachdienst: welche Operationstypen und Erweiterungen es gibt. Jede Funktionalität ist dort mit Geschäftslogik im Fachdienst hinterlegt.
Questionnaire- Instanz	Fachlich Verantwortlicher	Definiert fachlich, was an einer konkreten Dokumentversion korrigiert

	für das FHIR-Dokument (z. B. KBV)	werden darf – und wohin die Werte geschrieben werden (bspw. per FHIR-Path).
QuestionnaireResponse	Anfragender (z. B. Pflegeprimärsystem des Pflegedienstes)	Enthält die konkrete Korrektur-Anfrage: die ausgefüllten Antworten.

Diese Trennung hält den Aufwand für alle Beteiligten klein: Der fachlich Verantwortliche erstellt genau eine Questionnaire-Instanz je Dokumentversion.

Validierung, Ausführung und Speicherung übernimmt der Fachdienst generisch – für alle heutigen und künftigen Anfragearten gleichermaßen.

11.3.2.2.3 Veranschaulichung am Beispiel "Korrektur eines FHIR-Documents"

Der Mechanismus wird im Folgenden am Beispiel der Korrektur eines HKP-Verordnungsdatensatzes (FHIR-Dokument) beschrieben.

Hierzu müssen die folgenden Artefakte beschrieben sein:

Tabelle 35: Questionnaire FHIR-Artefakte Korrektur

Artefakt	Autor	Beschreibung
Questionnaire-Profil	gematik	Das QuestionnaireProfil ist eine Profilierung der FHIR-Ressource "Questionnaire". Es definiert konkrete items, die jeweils Funktionalitäten am E-Rezept-Fachdienst auslösen können.
Questionnaire-Instanz	KBV	Der fachliche Verantwortliche eines FHIR-Documents erstellt ein Questionnaire, was vom Questionnaire Profil ableitet. Dieses Questionnaire definiert konkrete Fragen (items), die fachlich zulässige angaben enthalten können. Im Questionnaire angegeben sind hierzu auch die entsprechenden Datentypen, die für die Antwort zulässig ist.

11.3.2.2.3.1 Die drei Operationstypen

Das Questionnaire-Profil erlaubt in einem Korrektur-Questionnaire genau drei Arten von Top-Level-Items, die beliebig kombiniert und wiederholt werden können:

- **ressourceHinzufuegen- neue Ressource erzeugen**
Aus einer im Questionnaire hinterlegten Vorlage (Template-Ressource) wird eine neue Ressource erzeugt (z. B. eine neue Maßnahme als ServiceRequest), mit den Antworten aus der QuestionnaireResponse befüllt und an einer definierten Stelle in das Dokument eingefügt.
- **ressourceAendern- Wert ändern**
Der neue Wert für ein bestehendes Feld wird übergeben, gemeinsam mit einem FHIRPath-Ausdruck, der beschreibt, an welche Stelle im Dokument der Wert

2453 geschrieben wird. Damit die Zielstelle eindeutig ist, wird zusätzlich die ID der
2454 betroffenen Ressource angegeben.

- 2455 • **ressourceLoeschen- Ressource entfernen**
2456 Es wird die ID der zu löschenden Ressource übergeben. Der Fachdienst entfernt
2457 sowohl die Ressource selbst als auch alle an definierten Stellen im Dokument
2458 vorhandenen Referenzen darauf (z. B. in der Composition-Gliederung oder im
2459 CarePlan).

2460 Alle drei Operationstypen sind wiederholbar – eine einzige Anfrage kann somit mehrere
2461 Korrekturen gleichzeitig transportieren, etwa das Hinzufügen einer neuen Maßnahme und
2462 gleichzeitig das Entfernen einer anderen.

2463 11.3.2.2.3.2 Ausführung durch den Fachdienst

2464 Der E-Rezept-Fachdienst führt zwei getrennte Schritte aus:

- 2465 1. **Beim Einstellen der Anfrage**validiert der Fachdienst die eingehende
2466 QuestionnaireResponse strukturell gegen das zugehörige Questionnaire (korrekte
2467 linkIds, passende Datentypen) und speichert sie erst danach.
- 2468 2. **Beim Abruf des Anfragedokuments**durch den Bearbeitenden lädt der Fachdienst
2469 Questionnaire-Profil, Questionnaire und QuestionnaireResponse, erstellt eine Kopie
2470 des Fachdokuments (das Anfragedokument) und wendet für jede beantwortete
2471 linkId die im Profil hinterlegte Geschäftslogik auf dieser Kopie an. Ausgegeben wird
2472 ausschließlich das vollständige Anfragedokument – nicht die einzelnen
2473 Änderungsschritte.

2474 Der Bearbeitende erhält auf diesem Weg den Korrekturvorschlag als vollständiges,
2475 lesbares Dokument und muss die einzelnen Änderungsoperationen nicht selbst
2476 nachvollziehen.

2477 11.3.2.2.3.3 Beispiel: "Startdatum einer Verordnung anpassen"

2478 Das folgende Beispiel zeigt den einfachsten der drei Operationstypen: Ein Pflegedienst
2479 bittet den Verordnenden, den Startzeitpunkt der Verordnung zu verschieben.

2480 Technisch werden die drei Operationstypen über ein Questionnaire-Profil festgelegt. Das
2481 Profil schreibt dabei nur den generischen Mechanismus fest – nicht die konkreten
2482 fachlichen Datenfelder einer einzelnen Anfrageart. Die folgende Tabelle zeigt, welche
2483 Elemente und Erweiterungen das Profil je Operationstyp vorschreibt:

2484 **Tabelle 36 : Struktur der drei Operationstypen im Questionnaire-Profil**

Operationstyp	Element	Kardinalität	Bedeutung
ressourceHinzufuegen	item(Gruppe, wiederholbar)	0..*	Kennzeichnet, dass eine neue Ressource erzeugt werden soll (gekürzt)
ressourceAendern	item(Gruppe, wiederholbar)	0..*	Kennzeichnet, dass ein bestehender Wert geändert werden soll
	Unterfrage „neuer Wert“	1..1	Trägt den zu setzenden Wert
	Erweiterung <code>erpTargetPath</code> (an der	1..1	FHIRPath auf das

	Wert-Unterfrage)		Zielfeld im Dokument
	Unterfrage „ID der Ressource“	0..1	Optional: identifiziert die konkrete Ressource, falls das Zielfeld nicht eindeutig ist
ressourceLoeschen	item(Referenz, wiederholbar)	0..*	Kennzeichnet, dass eine Ressource entfernt werden soll (gekürzt)

2485

2486 Im *Questionnaire* ist dazu eine Gruppe `ressourceAendern.startdatum` hinterlegt, die
2487 genau eine Unterfrage für den neuen Wert enthält. Diese Unterfrage trägt die
2488 Erweiterung `erp-target-path`, die per `FHIRPath` angibt, wohin der Wert im Dokument
2489 geschrieben wird::

2490

```
{
  "linkId": "ressourceAendern.startdatum",
  "text": "Anpassung des Startzeitpunktes der Verordnung",
  "type": "group",
  "repeats": true,
  "item": [
    {
      "linkId": "ressourceAendern.startdatum.value",
      "type": "date",
      "extension": [
        {
          "url": "https://gematik.de/fhir/erp/hkp/StructureDefinition/erp-
target-path",
          "valueString":
"Bundle.entry.ofType('CarePlan').first().period.start"
        }
      ]
    }
  ]
}
```

2491

2492 Das Pflegeprimärsystem füllt hierzu die *QuestionnaireResponse* aus – sie bildet
2493 ausschließlich das Delta zum Original ab, nicht das gesamte Dokument:

```
{
  "resourceType": "QuestionnaireResponse",
  "status": "completed",
  "questionnaire":
"https://gematik.de/fhir/tiflow/hkp/Questionnaire/KBVHKPKorrekturVerordnun
g",
  "item": [{
    "linkId": "ressourceAendern.startdatum",
```

```
"item": [{  
  "linkId": "ressourceAendern.startdatum.value",  
  "answer": [{ "valueDate": "2026-08-15" }]  
}]  
}]  
}
```

2494

2495 Ruft der Verordnende anschließend das Anfragedokument ab, schreibt der Fachdienst
2496 den neuen Wert `2026-08-15` an die im FHIRPath referenzierte Stelle -
2497 `CarePlan.period.start` - in der Kopie des Verordnungsdatensatzes. Alle übrigen Felder
2498 des Dokuments bleiben unverändert. Der Verordnende sieht das vollständige Dokument
2499 mit dem neuen Startdatum und entscheidet, ob er die Änderung durch eine neue,
2500 signierte Verordnung übernimmt.

2501 *11.3.2.2.4 Zusammenfassung FHIR-Questionnaire für Anfrage-Workflows*

2502 Der Questionnaire-Ansatz drückt eine Korrekturanfrage als kompaktes, validierbares
2503 Delta aus, statt den Verordnungsdatensatz selbst zu verändern. Die Verantwortlichkeiten
2504 sind dabei klar getrennt: Der Verantwortliche für den E-Rezept-Fachdienst definiert im
2505 Questionnaire-Profil einmalig, welche Operationen technisch möglich sind. Der fachlich
2506 Verantwortliche für das FHIR-Dokument legt je Dokumentversion fest, was fachlich
2507 korrigiert werden darf und wohin die Werte geschrieben werden. Der Anfragende füllt
2508 lediglich den Fragebogen aus.

2509
2510 Der Fachdienst validiert jede Antwort automatisch gegen das Questionnaire und erzeugt
2511 bei Bedarf das Anfragedokument als Kopie des Fachdokuments mit angewendeten
2512 Korrekturen, während das Original unverändert bleibt. Für die fachlich Verantwortlichen
2513 bedeutet das: Der Einstieg in eine neue Korrekturart erfordert kein Fachdienst-Release,
2514 sondern lediglich ein weiteres Questionnaire nach dem etablierten Profil.

2515 Dieser Ansatz lässt sich nicht nur für die Korrekturanfrage, sondern jede beliebige
2516 Anfrageart für Anfrage-Workflows nachnutzen.

2518 *offener Punkt: zu klären ist, ob für den MVP von HKP zunächst nur Freitextinformationen und*
2519 *kodierte Werte im QuestionnaireResponse übertragen werden sollen und der Bearbeiter der*
2520 *Anfrage dann selbst aktiv wird und die gewünschten Änderungen umsetzt. Das ermöglicht, dass*
2521 *zunächst nur das Konzept von Anfrageworkflows mit Statusmodell umgesetzt wird und die*
2522 *komplexe und automatisierte Anpassung von FHIR-Dokuments dann in einer weiteren Ausbaustufe*
2523 *umgesetzt wird. Das minimiert Aufwände in der Erstellung der Spezifikation, Testen der*
2524 *Spezifikation und Implementierung im E-Rezept-Fachdienst sowie den PS.*

2525

2526 **11.3.3 HKP-spezifische Anfrage-Workflows**

2527 In diesem Abschnitt werden die für HKP-Verordnung genutzten Ausprägungen des
2528 Anfrage-Workflows beschrieben.

2529 Die Anfrage-Workflows für Korrekturen beziehen sich auf die im Fachkonzept
2530 dargestellten Korrekturen zum Verordnungsdatensatz bzw. Blankoverordnungsdatensatz.
2531 Es besteht die Möglichkeit das Konzept um Anfrage-Workflows für fehlende Dokumente,
2532 zu erweitern.

11.3.3.1 HKP Antragsprüfung durch Versicherten bei Kostenerstattung nach §37 Abs. 4 SGB V oder persönlichem Budget

Tabelle 37: Anfrage-Workflow - HKP Antragsprüfung durch Versicherten

HKP Antragsprüfung durch Versicherten	
Dokumenten-Workflow	HKP-Verordnungs-Workflow
Typ des Anfrage-Workflow	Antragsprüfung bei Kostenträger durch Versicherten
Zulässiger Initiator (Anfragender)	Versicherter, welchem die Verordnung zugewiesen ist *
Bearbeitender	Kostenträger
Vorgangsbeteiligte	Verordnender
Status des Verordnungs-Workflows vor Start des Anfrage-Workflows: während des Anfrage-Workflows: nach Beendigung des Anfrage-Workflows: mit \$close-subworkflow: nach Beendigung des Anfrage-Workflows mit \$cancel-subworkflow oder \$reject-subworkflow:	open (ready) open (on-hold) open-reviewed (ready) open (ready)
Trigger aus Dokumenten-Workflow für Status completed	
Statuswechsel zu on-hold möglich	ja
zulässige Anfrage-Workflows in Status in-progress	HKP Korrektur-Anfrage eines Kostenträgers an den Verordnender

* Für den Fall, dass der Versicherte kein Frontend des Versicherten nutzt, um diesen Anfrage-Workflow zu starten und bspw. sich telefonisch bei seinem Kostenträger meldet, dann kann zur Umsetzung des Statusmodells, der Kostenträger den Anfrage-Workflow in Vertretung für den Versicherten starten.

11.3.3.2 HKP Antragsprüfung durch Pflegedienst

Tabelle 38: Anfrage-Workflow - HKP Antragsprüfung durch Pflegedienst

HKP Antragsprüfung durch Pflegedienst	
---------------------------------------	--

Dokumenten-Workflow	HKP-Verordnungs-Workflow
Typ des Anfrage-Workflow	Antragsprüfung bei Kostenträger durch Pflegedienst
Zulässiger Initiator (Anfragender)	Pflegedienst, welcher die Verordnung zugewiesen ist
Bearbeitender	Kostenträger
Vorgangsbeteiligte	Versicherter Verordnender
Status des Verordnungs-Workflows vor Initialisierung des Anfrage-Workflows: während des Anfrage-Workflows: nach Beendigung des Anfrage-Workflows mit \$close-subworkflow: nach Beendigung des Anfrage-Workflows mit \$cancel-subworkflow oder \$reject-subworkflow:	assigned (in-progress) assigned (on-hold) assigned-reviewed (in-progress) assigned (in-progress)
Trigger aus Dokumenten-Workflow für Status completed	Einstellen einer Leistungsentscheidung zur Verordnung
Statuswechsel zu on-hold möglich	ja
zulässige Anfrage-Workflows in Status in-progress	HKP Korrektur-Anfrage eines Kostenträgers an den Verordnenden HKP Korrektur-Anfrage eines Kostenträgers an den Pflegedienst

11.3.3.3 HKP Korrektur-Anfrage einer Pflegedienst an den Verordnenden

Eine Pflegedienst hat die Möglichkeit eine Korrekturanfrage an den Verordnenden zu stellen.

Tabelle 39: Anfrage-Workflow - HKP Korrektur-Anfrage Pflegedienst Verordnender

HKP Korrektur-Anfrage Pflegedienst Verordnender	
Dokumenten-Workflow	HKP-Verordnungs-Workflow
Typ des Anfrage-Workflow	Korrekturworkflow Pflegedienst

	Verordnender
Zulässiger Initiator (Anfragender)	Pflegedienst, welcher die Verordnung zugewiesen ist
Bearbeitender	verordnende LEI
Vorgangsbeteiligte	Versicherter Kostenträger, falls in Kenntnis der Verordnung
Status des Verordnungs-Workflows vor Start des Korrektur-Workflows: während des Korrektur-Workflows: nach Beendigung des Korrektur-Workflows:	assigned (in-progress) assigned (on-hold) assigned (in-progress)
Trigger aus Dokumenten-Workflow für Status completed	Einstellen einer neuen Version der Verordnung
Statuswechsel zu on-hold möglich	nein

2550

2551

11.3.3.4 HKP Korrektur-Anfrage eines Kostenträgers an den Verordnenden

2552

2553

Tabelle 40: Anfrage-Workflow - HKP Korrektur-Anfrage Kostenträger Verordnender

HKP Korrektur-Anfrage Kostenträger Verordnender	
Dokumenten-Workflow	HKP-Verordnungs-Workflow
Typ des Anfrage-Workflow	Korrekturworkflow Kostenträger Verordnender
Zulässiger Initiator (Anfragender)	Kostenträger, welcher in der Verordnung angegeben ist
Bearbeitender	verordnende LEI
Vorgangsbeteiligte	Versicherter Pflegedienst, falls Verordnung bereits zugewiesen ist

Status des Verordnungs-Workflows Variante 1: vor Start des Korrektur-Workflows: open(on-hold) während des Korrektur-Workflows: open (on-hold) nach Beendigung des Korrektur-Workflows: open (on-hold) Variante 2: vor Start des Korrektur-Workflows: assigned (on-hold) während des Korrektur-Workflows: assigned (on-hold) nach Beendigung des Korrektur-Workflows: assigned (on-hold)	
Status des aktiven Antragsprüfungsworkflows vor Start des Korrektur-Workflows: in-progress während des Korrektur-Workflows: on-hold nach Beendigung des Korrektur-Workflows: in-progress	
Trigger aus Dokumenten-Workflow für Status completed	Einstellen einer neuen Version der Verordnung
Statuswechsel zu on-hold möglich	nein

11.3.3.5 HKP Korrektur-Anfrage eines Kostenträgers an den Pflegedienst

Tabelle 41: Anfrage-Workflow - HKP Korrektur-Anfrage Kostenträger Pflegedienst

HKP Korrektur-Anfrage Kostenträger Pflegedienst	
Dokumenten-Workflow	HKP-Verordnungs-Workflow
Typ des Anfrage-Workflow	Korrekturworkflow Kostenträger Pflegedienst
Zulässiger Initiator (Anfragender)	Kostenträger, welcher in der Verordnung angegeben ist
Bearbeitender	Pflegedienst, welcher die Verordnung

	zugewiesen ist
Vorgangsbeteiligte	Versicherter Verordnender
Status des Verordnungs-Workflows vor Start des Korrektur-Workflows: während des Korrektur-Workflows: nach Beendigung des Korrektur-Workflows:	assigned (on-hold) assigned (on-hold) assigned (on-hold)
Status des aktiven Antragsprüfungsworkflows vor Start des Korrektur-Workflows: während des Korrektur-Workflows: nach Beendigung des Korrektur-Workflows:	in-progress on-hold in-progress
Trigger aus Dokumenten-Workflow für Status completed	Einstellen einer neuen Version der Blankoverordnung
Statuswechsel zu on-hold möglich	nein

11.4 Datenmodelle

Im Rahmen der HKP-Verordnung werden folgende Datensätze durch den Fachdienst verwaltet:

Tabelle 42: HKP Datenmodelle

Datensatz	Format	Verantwortlich	Referenz (Kap.)
Verordnungsdatensatz	FHIR-Dokument	KBV, GKV-SV	8
Blankoverordnungsdatensatz	FHIR-Dokument	GKV-SV mit Pflegeverbänden	8
Angaben zur Leistungserbringung des PD	FHIR-Dokument	GKV-SV mit Pflegeverbänden	8
Verordnungsdatensatz - Korrekturvorschlag	FHIR- Questionnaire	KBV, GKV-SV	8

Blankoverordnungsdatensatz - Korrekturvorschlag	FHIR-Questionnaire	GKV-SV mit Pflegeverbänden	8
Kostenerstattungsanfrage-Bundle (Kostenerstattungsprinzip) (Verordnungsdatensatz, ggf. Blankoverordnungsdatensatz und Eintrag des gewählten Pflegedienstes aus dem Verzeichnisdienst)	GKV: Abruf aus Task PKV: Export als PDF/A3	Stylesheets durch Verantwortliche der FHIR-Documents	6.7.2
Entscheidungsdatensatz	FHIR-Document	GKV-SV	8
Rechnungsbegründende Unterlage (Verordnungsdatensatz, ggf. Blankoverordnungsdatensatz)	PKV: Export als PDF/A3	Stylesheets durch Verantwortliche der FHIR-Documents	7.1.7
Verordnungsworkflow	FHIR-Task	gematik	
Anfrage-Workflow	FHIR-Task	gematik	11.3.3

11.5 Verwendung von Dokumenten

11.5.1 Konzept zur Verwendung von Dokumenten

In diesem Abschnitt wird ein workflow-typ übergreifendes Konzept für workflow-begleitende Dokumente beschrieben.

Zur Unterstützung dokumentenbasierter Fachworkflows wird für jeden Workflow eine Dokumentenhaltung bereitgestellt. Die Dokumentenhaltung dient der Ablage, Verwaltung und Referenzierung von Dokumenten, die während der Bearbeitung eines Workflows entstehen oder verarbeitet werden. Hierzu zählen beispielsweise Verordnungen, qualifizierte elektronische Signaturen (QES), Korrekturdokumente, Prüfentscheidungen sowie weitere workflowbegleitende Dokumente in Form von PDF/A-Dokumenten oder FHIR-Dokumenten.

Die Architektur orientiert sich am IHE-Profil Mobile Access to Health Documents (MHD). MHD ist ein international etablierter Standard zur Verwaltung und zum Austausch medizinischer Dokumente auf Basis von HL7 FHIR. Das Profil definiert hierfür FHIR-Ressourcen und Profile, insbesondere **DocumentReference** zur Beschreibung von Dokumentmetadaten, sowie standardisierte Interaktionen zur Veröffentlichung, Suche und zum Abruf von Dokumenten.

Die in MHD definierten Interaktionen zur Veröffentlichung, Suche und zum Abruf von Dokumenten dienen als konzeptionelle Vorlage für die Dokumentenhaltung, werden jedoch nicht vollständig oder unverändert übernommen. Stattdessen werden die für die Fachworkflows erforderlichen Mechanismen in workflowbezogenen Operationen umgesetzt. Dabei werden die etablierten FHIR-Ressourcen und Profile des MHD-Dokumentenmodells verwendet. Dadurch müssen Primärsysteme Dokumente und Dokumentmetadaten nicht nach einem neuen, workflowspezifischen Datenmodell interpretieren, sondern können auf bereits bekannten FHIR-Strukturen aufbauen.

Die Orientierung an IHE MHD erfolgt bewusst, da MHD-basierte Konzepte bereits in zentralen Komponenten der Telematikinfrastruktur eingesetzt werden. So nutzt die ePA MHD-basierte FHIR-Ressourcen und Profile für die Dokumentenverwaltung. Auch das ISiK-Programm verwendet IHE MHD für die standardisierte Bereitstellung und den Austausch von Dokumenten. Durch die Wiederverwendung dieser etablierten Strukturen können bestehende Implementierungserfahrungen genutzt und die Interoperabilität mit anderen TI- und FHIR-basierten Systemen erleichtert werden.

Weitere Informationen zu IHE MHD sind unter folgenden Quellen verfügbar:

- <https://profiles.ihe.net/ITI/MHD/>
- <https://profiles.ihe.net/ITI/>

Jeder Fachworkflow verwaltet seine Dokumente innerhalb seines eigenen Kontextes. Dadurch bleiben die fachlichen Zuständigkeiten, Sicherheitsanforderungen und Lebenszyklen der Dokumente voneinander getrennt, während gleichzeitig ein gemeinsames Dokumentenmodell verwendet wird. Beispielsweise können unterschiedliche Fachworkflows eigene Endpunkte bereitstellen:

```
[base]/hkp/fhir/Task
[base]/hkp/fhir/DocumentReference
[base]/hkp/fhir/Binary

[base]/referral/fhir/Task
[base]/referral/fhir/DocumentReference
[base]/referral/fhir/Binary
```

Der Zugriff auf Dokumente erfolgt grundsätzlich über den jeweiligen Workflow. Die führende fachliche Referenz eines Workflows wird durch die FHIR-Ressource **Task** beschrieben. Das primäre Dokument eines Workflows wird über `Task.focus` oder `Task.input` referenziert. Begleitende Dokumente können über `Task.input` eingebunden werden, beispielsweise Verordnungen, qualifizierte elektronische Signaturen (QES), Anlagen oder Korrekturvorschläge. Ergebnisdokumente eines Workflows können über `Task.output` bereitgestellt werden, beispielsweise Prüfentscheidungen, Bescheide oder Korrekturergebnisse.

Zusätzlich können Dokumente über Dokumentbeziehungen (**DocumentReference.relatesTo**) miteinander verknüpft werden. Beispielsweise kann eine qualifizierte elektronische Signatur über eine signierende Beziehung mit der zugehörigen Verordnung verbunden werden. Nachweise zu Workflow-Schritten können über `Task.relevantHistory` und referenzierte **Provenance**-Ressourcen dokumentiert werden.

Die Dokumente werden als **DocumentReference** mit einem referenzierten Dokumentinhalt gespeichert. Der eigentliche Dokumentinhalt wird getrennt von den Dokumentmetadaten verwaltet und kann beispielsweise als **Binary**-Ressource abgelegt werden. Die Dokumentmetadaten umfassen unter anderem den Dokumenttyp, den Patientenbezug, Autor und Erstellungszeitpunkt, das Dokumentformat, Zugriffsberechtigungen sowie Beziehungen zu anderen Dokumenten. Durch die Trennung von Dokumentmetadaten und Dokumentinhalt können Dokumente effizient gesucht, referenziert und später in andere Systeme übertragen werden.

Für die Einstellung strukturierter Dokumente unterstützt die Dokumentenhaltung ein an IHE MHD angelehntes Vorgehen. Hierfür können unterschiedliche Operationen das Prinzip der serverseitigen Metadatengenerierung nach **Generate Metadata [ITI-106]** nutzen. Die konkrete Verwendung richtet sich nach dem jeweiligen Fachworkflow und dem

2627 Anwendungsfall. Die serverseitige Erzeugung der Dokumentmetadaten wird im folgenden
2628 Abschnitt beschrieben.

2629 **11.5.1.1 Serverseitige Metadatengenerierung**

2630 Die IHE MHD-Transaktion **Generate Metadata [ITI-106]** dient der serverseitigen
2631 Erzeugung von Dokumentmetadaten und kann für unterschiedliche fachliche Operationen
2632 genutzt werden, bei denen Dokumentmetadaten aus einem strukturierten Dokument
2633 serverseitig abgeleitet werden. Im Gegensatz zu einer klassischen
2634 Dokumentenpublikation übermittelt das Primärsystem ausschließlich das eigentliche
2635 Dokument. Die für die Dokumentenverwaltung erforderlichen Metadaten werden
2636 serverseitig aus dem Dokumentinhalt abgeleitet und als **DocumentReference** erzeugt.
2637 Dadurch muss das Primärsystem keine vollständige **DocumentReference** erzeugen und
2638 der Server kann sicherstellen, dass Dokumente innerhalb des jeweiligen Fachworkflows
2639 konsistent und nach einheitlichen Regeln gespeichert werden.

2640 Die **\$activate**-Operation ist ein Beispiel für die Anwendung dieses Prinzips. Das
2641 Primärsystem übermittelt den signierten Verordnungsdatensatz als CAdES-Envelope mit
2642 einem eingebetteten FHIR-Dokument. Anschließend validiert der Server die Signatur und
2643 das enthaltene Dokument, erzeugt die erforderlichen Dokumentmetadaten und legt die
2644 resultierenden Dokumente im Document Store ab. Hierbei entstehen abhängig vom
2645 Dokumenttyp eine oder mehrere **DocumentReference**-Ressourcen. Beispielsweise kann
2646 neben der Verordnung auch der signierte CAdES-Envelope als separates
2647 Nachweisdokument gespeichert und über standardisierte Dokumentbeziehungen mit der
2648 Verordnung verknüpft werden.

2649 Die Operation orientiert sich damit an dem Grundgedanken von **Generate Metadata**
2650 **[ITI-106]**, ohne die MHD-Transaktion selbst abzubilden. Das Primärsystem stellt
2651 ausschließlich das fachliche Dokument bereit, während die vollständige
2652 Dokumentenverwaltung einschließlich der Erzeugung der Dokumentmetadaten
2653 serverseitig erfolgt.

2654 **11.5.1.2 Dokumentenpublikation**

2655 Für die Einstellung workflowbegleitender Dokumente wird die Operation **\$publish-**
2656 **document** bereitgestellt. Die Operation orientiert sich konzeptionell an der IHE MHD-
2657 Transaktion **Simplified Publish [ITI-105]** und dient dazu, Dokumente einem
2658 bestehenden Workflow zuzuordnen. Die Operation übernimmt dabei ausgewählte
2659 Prinzipien von **Simplified Publish [ITI-105]**, bildet die MHD-Transaktion jedoch nicht
2660 vollständig ab.

2661 Im Gegensatz zur serverseitigen Metadatengenerierung nach dem Prinzip von **Generate**
2662 **Metadata [ITI-106]** erfolgt bei **\$publish-document** keine fachliche Interpretation oder
2663 inhaltliche Auswertung des Dokuments. Das Primärsystem stellt sowohl den
2664 Dokumentinhalt als auch die zugehörigen Dokumentmetadaten bereit. Der Server
2665 validiert die übermittelten Ressourcen, prüft deren Zuordnung zum Workflow sowie die
2666 zulässigen Dokumenttypen und übernimmt anschließend die Speicherung.

2667 Die Operation eignet sich sowohl für strukturierte als auch für nicht strukturierte
2668 Dokumente. Hierzu zählen beispielsweise Anlagen, Korrekturvorschläge,
2669 Prüfentscheidungen, Nachweise sowie Dokumente in Form von PDF/A-Dokumenten oder
2670 FHIR-Dokumenten. Da der Dokumentinhalt ausschließlich formal validiert und nicht
2671 fachlich verarbeitet wird, können beliebige Dokumenttypen nach einem einheitlichen
2672 Verfahren veröffentlicht werden.

2673 Von **Simplified Publish [ITI-105]** wird insbesondere das Prinzip übernommen,
2674 Dokumentmetadaten und Dokumentinhalt gemeinsam zu übertragen. Hierzu übermittelt
2675 das Primärsystem eine **DocumentReference**, in der der Dokumentinhalt entsprechend

2676 der ITI-105 Message Semantics im Element
2677 `DocumentReference.content.attachment.data` Base64-kodiert eingebettet ist. Die
2678 übermittelte **DocumentReference** kann einschließlich des eingebetteten
2679 Dokumentinhalts gespeichert werden.

2680 Weitere Verarbeitungsregeln von **Simplified Publish [ITI-105]** werden nicht
2681 übernommen, sofern sie für den Fachworkflow nicht benötigt werden. Insbesondere wird
2682 kein **SubmissionSet** erzeugt. Auch der Operationsaufruf weicht bewusst von der MHD-
2683 Transaktion ab: Während Simplified Publish [ITI-105] eine FHIR-create Interaktion mittels
2684 HTTP POST auf den `DocumentReference`-Endpunkt vorsieht, erfolgt die
2685 Dokumentenpublikation hier über die workflowbezogene Operation.

2686 Die Zuordnung zum Workflow erfolgt über die adressierte **Task**-Instanz. Das
2687 veröffentlichte Dokument kann anschließend beispielsweise über `Task.input` als
2688 Begleitdokument oder über `Task.output` als Ergebnisdokument referenziert werden. Die
2689 konkrete Verwendung richtet sich nach dem fachlichen Kontext des jeweiligen Workflows.

2690 Beispielhafte Operation:

```
POST [base]/hkp/fhir/Task/{id}/$publish-document
```

2691 **11.5.1.3 Referenzierung von Dokumenten aus der ePA**

2692 Die Dokumentenpublikation kann sowohl Dokumente aufnehmen, die innerhalb des
2693 Fachworkflows gespeichert werden, als auch Dokumente referenzieren, die bereits in der
2694 ePA des Versicherten abgelegt wurden. Hierzu kann die Operation **\$publish-document**
2695 eine bestehende **DocumentReference** übernehmen, die zuvor aus der ePA abgerufen
2696 wurde.

2697 In diesem Fall wird der Dokumentinhalt nicht erneut im Workflow gespeichert.
2698 Stattdessen wird die bestehende **DocumentReference** zur Referenzierung des
2699 Dokuments innerhalb des Workflows verwendet. Die bereits aus der ePA stammende
2700 **DocumentReference** enthält die erforderlichen Metadaten sowie die Referenz auf den
2701 Dokumentinhalt in der ePA.

2702 Der bevorzugte Weg besteht darin, Dokumente, die bereits in der ePA des Versicherten
2703 vorhanden sind, ausschließlich über ihre **DocumentReference** zu referenzieren.
2704 Dadurch wird eine redundante Speicherung von Dokumenten vermieden und
2705 sichergestellt, dass sowohl der Workflow als auch die ePA auf dieselbe fachliche
2706 Dokumentreferenz zugreifen. Eine Speicherung des Dokumentinhalts im workfloweigenen
2707 Document Store erfolgt nur in Ausnahmefällen, beispielsweise wenn der Versicherte der
2708 Nutzung der ePA widersprochen hat oder die verordnende Leistungserbringerinstitution
2709 keinen Zugriff auf die ePA besitzt. In diesen Fällen werden Dokument und
2710 Dokumentmetadaten vollständig innerhalb des Fachworkflows verwaltet.

2711 Die Verfügbarkeit eines ausschließlich referenzierten Dokuments hängt von dessen
2712 weiterer Verfügbarkeit in der ePA und den Zugriffsberechtigungen des jeweiligen
2713 Workflowbeteiligten ab. Wird das Dokument während eines laufenden Workflows aus der
2714 ePA gelöscht oder besitzt ein Beteiligter keinen Zugriff auf das Dokument, kann der
2715 Dokumentinhalt nicht bereitgestellt werden. Diese eingeschränkte Verfügbarkeit ist eine
2716 Folge der reinen Referenzierung und wird akzeptiert. Die im Workflow verwendete
2717 **DocumentReference** kann weiterhin als Nachweis dafür erhalten bleiben, welches
2718 Dokument in den Workflow eingebunden wurde.

2719 **11.5.1.4 Ablage und Referenzierung von Dokumenten**

2720 Folgende Dokumente werden im workfloweigenen Document Store bereitgestellt:

- Dokumente, deren Inhalt für die Steuerung oder Durchführung eines Workflows erforderlich sind. Dies gilt insbesondere für Dokumente, die den fachlichen Kontext bilden, beispielsweise ein über Task . focus referenziertes Verordnungsdokument sowie Dokumente deren Inhalt benötigt wird, um Workflowübergänge zu prüfen, zu erzwingen oder automatisiert durchzuführen.
- Dokumente, die im Verlauf des Workflows entstehen, signiert, korrigiert oder durch eine neue Version ersetzt werden können. Dadurch kann ihr vollständiger Lebenszyklus einschließlich Signaturen, Dokumentbeziehungen und Versionen nachvollziehbar abgebildet werden.
- Dokumente, die auch für Beteiligte ohne ePA-Zugriff benötigt werden, beispielsweise für einen Kostenträger.

Workflowbegleitende Dokumente, auf die obige Kriterien nicht zutreffen, werden bei Verfügbarkeit der ePA und Zugriffsberechtigung für den Bereitstellenden über eine bestehende **DocumentReference** aus der ePA referenziert.

11.5.1.5 Anforderungen an die Dokumente

11.5.1.5.1 Unterstützte Dokumentenformate

Die innerhalb eines Workflows gespeicherten Dokumente müssen den für die ePA vorgesehenen Formatvorgaben entsprechen. Unterstützt werden Dokumente in den Formaten FHIR-Dokument und PDF/A. FHIR-Dokumente werden als FHIR-Bundle vom Typ document bereitgestellt und müssen die FHIR-Vorgaben für den Aufbau eines Dokuments und die enthaltenen Ressourcen erfüllen.

11.5.1.5.2 Begrenzung der Dokumentengröße

Für Dokumente innerhalb eines Workflows gilt eine maximale Dokumentgröße von 25 MByte. Bei jeder Schreiboperation, über die ein oder mehrere Dokumente in den Workflow eingebracht werden, ermittelt der Server die tatsächliche Größe jedes einzelnen Dokuments. Überschreitet mindestens ein Dokument die zulässige Größe von 25 MByte, wird die gesamte Schreiboperation abgelehnt. Die Prüfung erfolgt unabhängig vom Dokumentformat und gilt damit gleichermaßen für strukturierte Dokumente, PDF/A-Dokumente sowie weitere unterstützte Dokumentformate.

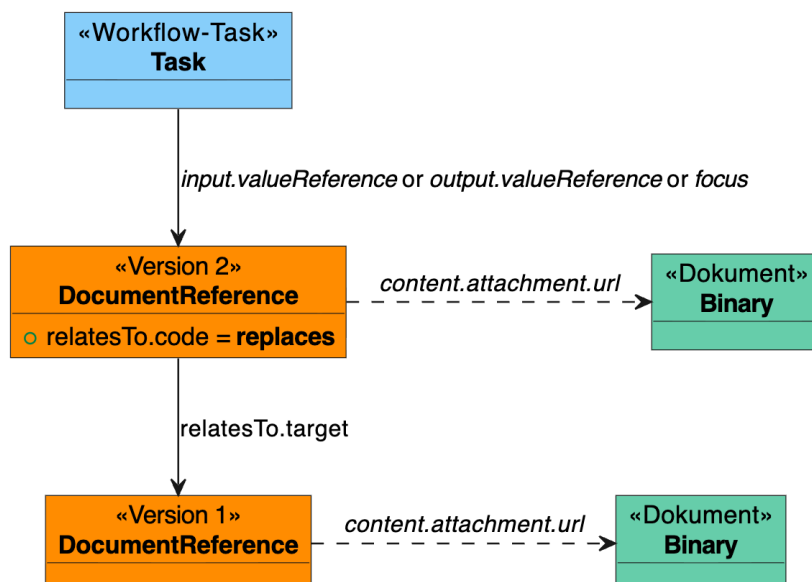
Die Größenbeschränkung gilt für alle Mechanismen, über die Dokumentinhalte im workfloweigenen Document Store gespeichert werden, beispielsweise bei der serverseitigen Metadatengenerierung oder der Dokumentenpublikation. Dokumente, die lediglich über eine bestehende DocumentReference aus der ePA referenziert und nicht erneut im Workflow gespeichert werden, sind von dieser Prüfung ausgenommen.

Die Begrenzung orientiert sich an den Anforderungen der ePA-Dokumentenverwaltung und schafft damit ein einheitliches Größenlimit für Dokumente, die innerhalb der Fachworkflows verarbeitet und gespeichert werden.

11.5.1.6 Versionierung von Dokumenten

Dokumente werden unveränderlich gespeichert. Änderungen an einem Dokument führen daher nicht zur Aktualisierung einer bestehenden **DocumentReference**, sondern zur Erstellung einer neuen Dokumentversion. Die Beziehung zwischen den Versionen wird über DocumentReference . relatesTo mit dem Beziehungstyp **replaces** modelliert. Dieses Vorgehen orientiert sich an dem aus IHE MHD/XDS bekannten Prinzip der Dokumentersetzung, das auch in der ePA verwendet wird. Ein Dokument mit DocumentReference . relatesTo . code = replaces ersetzt das referenzierte

2766 Vorgängerdokument fachlich vollständig. Frühere Dokumentversionen bleiben erhalten
2767 und können weiterhin für Nachweis- und Revisionszwecke herangezogen werden,
2768 während ausschließlich die aktuelle Dokumentversion als fachlich gültig betrachtet wird.



2769 Die Abbildung zeigt beispielhaft die Ersetzung eines Dokuments durch eine neue Version.
2770 Der Task referenziert ausschließlich die aktuelle **DocumentReference** (Version 2), die
2771 über `relatesTo.code = replaces` auf die vorherige Version verweist. Beide
2772 Dokumentversionen und ihre jeweiligen Dokumentinhalte bleiben weiterhin erhalten.
2773

2774 11.5.1.7 Workflowbezogener Dokumentenabruf

2775 Die Operation **\$documents** dient dem workflowbezogenen Abruf der einem **Task**
2776 zugeordneten Dokumente. Sie ermittelt die relevanten **DocumentReference**-
2777 Ressourcen unabhängig davon, ob diese über `Task.focus`, `Task.input`, `Task.output`
2778 oder weitere Dokumentbeziehungen mit dem Workflow verbunden sind.

2779 Die Rückgabe orientiert sich dabei stark an der IHE MHD-Transaktion **Find Document**
2780 **References [ITI-67]**. Wie bei ITI-67 werden die ermittelten Dokumente als
2781 **DocumentReference**-Ressourcen in einem FHIR-Bundle bereitgestellt. Die Operation
2782 bildet **Find Document References [ITI-67]** jedoch nicht vollständig ab, sondern
2783 überträgt das MHD-Prinzip auf den Kontext eines konkreten Fachworkflows. Anstelle einer
2784 freien Suche nach Dokumentmetadaten wird die Dokumentmenge ausgehend von der
2785 adressierten Task-Instanz ermittelt.

2786 Vor der Rückgabe werden die für den aufrufenden Akteur geltenden
2787 Zugriffsberechtigungen geprüft. Darüber hinaus berücksichtigt die Operation die
2788 Dokumentversionierung. Dokumente, die durch eine Nachfolgeversion mittels
2789 `DocumentReference.relatesTo.code = replaces` ersetzt wurden, werden
2790 standardmäßig nicht zurückgegeben. Dadurch liefert **\$documents** ausschließlich die
2791 aktuell fachlich gültigen und für den aufrufenden Akteur zugänglichen Dokumente des
2792 Workflows.

2793 Beispielsweise:

GET [base]/hkp/fhir/Task/{id}/\$documents

2794 *11.5.1.7.1 Abruf historischer Dokumentversionen*

2795 Über den optionalen Parameter **include-history** können zusätzlich Dokumentversionen
2796 zurückgegeben werden, die durch eine Nachfolgeversion mittels
2797 `DocumentReference.relatesTo.code = replaces` ersetzt wurden.

```
GET [base]/hkp/fhir/Task/{id}/$documents?include-history=true
```

2798 Bei Verwendung von **include-history=true** enthält die Ergebnismenge sowohl die
2799 aktuellen als auch die ersetzten `DocumentReference`-Ressourcen. Die Beziehungen
2800 zwischen den Dokumentversionen bleiben über `DocumentReference.relatesTo`
2801 nachvollziehbar. Die Prüfung der Zugriffsberechtigungen erfolgt unabhängig vom
2802 Parameter weiterhin für jede zurückgegebene Dokumentversion.

2803 *11.5.1.7.2 Abruf einzelner Dokumente*

2804 Neben dem workflowbezogenen Abruf über **\$documents** können einzelne Ressourcen
2805 auch über die regulären FHIR-Read Interaktionen abgerufen werden. Eine
2806 **DocumentReference** kann direkt über ihre Ressourcen-ID abgerufen werden:

```
GET [base]/hkp/fhir/DocumentReference/{id}
```

2807 Der Dokumentinhalt wird getrennt von den Dokumentmetadaten in einer **Binary**-
2808 Ressource gespeichert und kann ebenfalls direkt abgerufen werden:

```
GET [base]/hkp/fhir/Binary/{id}
```

2809 Ergänzend kann die Komfortoperation **\$with-content** verwendet werden, um eine
2810 `DocumentReference` gemeinsam mit dem referenzierten Dokumentinhalt (`Binary`-
2811 Ressource) abzurufen.

```
GET [base]/hkp/fhir/DocumentReference/{id}/$with-content
```

2812 Die Operation liefert die angeforderte **DocumentReference** gemeinsam mit dem
2813 referenzierten Dokumentinhalt, einer **Binary**-Ressource, in einem gemeinsamen FHIR-
2814 Bundle zurück. Die Operation vereinfacht den Abruf von Dokumenten, ohne die Trennung
2815 zwischen Dokumentmetadaten und Dokumentinhalt aufzugeben.

2816 **11.5.1.8 Lebenszyklus der Dokumente**

2817 Der Dokumentenspeicher (Document Store) dient ausschließlich der Unterstützung eines
2818 laufenden Fachworkflows und stellt keinen permanenten Dokumentenspeicher dar. Er ist
2819 insbesondere keine Alternative zur ePA für die dauerhafte Ablage medizinischer
2820 Dokumente. Mit der Löschung einer **Task**-Instanz werden auch die zugehörigen
2821 **DocumentReference**- und **Binary**-Ressourcen aus dem Document Store entfernt.
2822 Werden Dokumente aus der ePA referenziert, wird ausschließlich die im Workflow
2823 gespeicherte `DocumentReference` gelöscht. Das referenzierte Dokument sowie dessen
2824 **DocumentReference** in der ePA bleiben unverändert erhalten.

2825 Dokumente, die dauerhaft verfügbar sein sollen, sind daher spätestens vor Abschluss des
2826 Workflows in der ePA abzulegen oder bereits aus der ePA zu referenzieren. Dadurch bleibt
2827 der Document Store auf die Dauer des Fachworkflows beschränkt und übernimmt
2828 ausschließlich die für dessen Durchführung erforderliche Dokumentenverwaltung.

11.5.2 Verwendung von Dokumenten im HKP Workflow

Der HKP-Workflow verwendet das zuvor beschriebene Dokumentenkonzept zur Verwaltung aller fachlichen Datensätze. Die im HKP-Fachkonzept definierten Datensätze werden dabei als eigenständige Dokumente behandelt und über `DocumentReference` mit einem referenzierten Dokumentinhalt verwaltet.

Der HKP-Workflow unterscheidet zwischen Dokumenten, die den fachlichen Ablauf steuern und workflowbegleitenden Dokumenten. Führende Dokumente, wie der Verordnungsdatensatz (VO), der Entscheidungsdatensatz als Ergebnis einer Antragsprüfung oder korrigierte Versionen einer Verordnung, werden über fachliche Workflowoperationen bereitgestellt. Workflowbegleitende Dokumente, beispielsweise Blankoverordnungsdatensatz, Angaben zur Leistungserbringung oder weitere Anlagen, werden dagegen über die Operation `$publish-document` in den Workflow eingebracht.

11.5.2.1 Führende Workflowdokumente

Der HKP-Workflow beginnt mit dem Verordnungsdatensatz (VO), der über die Operation `$activate` in den Workflow eingebracht wird und den fachlichen Kontext der Verordnung bildet. Im weiteren Verlauf entstehen fachliche Ergebnisdokumente innerhalb von Anfrage-Workflows. Hierzu zählen insbesondere korrigierte Versionen einer Verordnung oder Blankoverordnung sowie das Entscheidungsdatensatz der Antragsprüfung. Diese Dokumente werden jeweils über die Operation `$close-Anfrage-Workflow` an den übergeordneten HKP-Workflow übergeben.

Die Operationen `$activate` und `$close-Anfrage-Workflow` orientieren sich konzeptionell an den Prinzipien der IHE MHD-Transaktion **Generate Metadata [ITI-106]**. Das Primärsystem übermittelt dabei das jeweilige fachliche Dokument, während der Server den Dokumentinhalt validiert, die erforderlichen Dokumentmetadaten erzeugt und das Dokument dem Workflow zuordnet.

Handelt es sich bei einem Korrektur-Anfrage-Workflow um die Erstellung einer neuen Version eines bestehenden Dokuments, wird die Beziehung zwischen den Dokumentversionen über `DocumentReference.relatesTo.code = replaces` hergestellt. Dadurch bleibt die Dokumenthistorie erhalten, während die neue Dokumentversion fachlich das bisherige Dokument ersetzt.

11.5.2.2 Workflowbegleitende Dokumente

Workflowbegleitende Dokumente werden unabhängig vom fachlichen Ablauf eines Workflows über die Operation `$publish-document` bereitgestellt. Diese orientiert sich konzeptionell an der IHE MHD-Transaktion **Simplified Publish [ITI-105]**. Das Primärsystem übermittelt hierbei sowohl den Dokumentinhalt als auch die zugehörigen Dokumentmetadaten. Der Server validiert die übermittelten Ressourcen, prüft deren Zuordnung zum Workflow und speichert sie, ohne den Dokumentinhalt fachlich auszuwerten. Workflowbegleitende Dokumente werden über `Task.input` mit dem Fachworkflow verknüpft. Die Operation `$publish-document` dient der Einstellung workflowbegleitender Dokumente. Abhängig vom Dokumenttyp kann der Server neben der formalen Validierung auch dokumenttypspezifische fachliche Validierungen durchführen. Dies gilt insbesondere für workflowinhaltlich bekannte Dokumente, wie beispielsweise den Blankoverordnungsdatensatz. Dokumente, deren Inhalt vom Workflow nicht fachlich interpretiert wird, werden dagegen ausschließlich formal validiert und gespeichert.

Die Operation `$publish-document` kann ausschließlich auf die Task-Instanz eines Fachworkflows angewendet werden. Eine Anwendung auf Task-Instanzen von Anfrage-Workflows ist derzeit nicht vorgesehen. Dokumente, die innerhalb eines Anfrage-

2877 Workflows entstehen oder fachlich verändert werden, werden ausschließlich über die
2878 jeweilige \$close-Anfrage-Workflow Operation an den übergeordneten Fachworkflow
2879 übergeben.

2880 **11.5.2.3 Signaturanforderungen**

2881 Für jeden Dokumenttyp ist im HKP-Workflow festgelegt, ob eine elektronische Signatur
2882 erforderlich ist, welcher Signaturtyp verwendet werden muss und welche Rolle im
2883 Signaturzertifikat für die Signatur zulässig ist. Die Signaturanforderung ist Bestandteil der
2884 Definition des jeweiligen Dokumenttyps und wird unabhängig von der verwendeten
2885 Workflowoperation geprüft. Die Operation validiert bei der Einstellung eines Dokuments,
2886 ob die für den jeweiligen Dokumenttyp erforderliche Signatur vorhanden ist. Hierbei kann
2887 zwischen fortgeschrittenen elektronischen Signaturen (nonQES) und qualifizierten
2888 elektronischen Signaturen (QES) unterschieden werden. Die konkrete
2889 Signaturanforderung richtet sich nach dem jeweiligen Dokumenttyp.

2890 Die eigentliche Signaturprüfung erfolgt im Rahmen der jeweiligen Workflowoperation,
2891 beispielsweise bei \$activate, \$close-Anfrage-Workflow oder \$publish-document,
2892 sofern für den betreffenden Dokumenttyp eine Signatur vorgesehen ist.

2893 **11.5.2.4 Dokumente im HKP-Workflow**

2894 **Tabelle 43: Dokumente im HKP-Workflow**

Dokument	Rolle	Bereitstellung	Signatur	Zugriffsberechtigung	Besonderheiten
Verordnungsdatensatz (VO)	Führendes Dokument	\$activate	QES	alle Prozessberechtigten	Bildet den fachlichen Kontext des HKP-Workflows.
Korrigierte Version eines Verordnungsdatensatzes (VO-nV)	Führendes Dokument	\$close-Anfrage-Workflow	QES	alle Prozessberechtigten	Ersetzt die vorherige Version über <code>DocumentReference.relatesTo.code = replaces</code> .
Blankoverordnungsdatensatz	Workflowbegleitendes Dokument, das fachlich verarbeitet und versioniert werden kann	\$publish-document	nonQES	alle Prozessberechtigten	Dem Workflow fachlich bekannt und kann korrigiert werden.
Korrigierte Version eines Blankoverordnungsdatensatzes	Workflowbegleitendes Dokument, das fachlich verarbeitet und versioniert	\$close-Anfrage-Workflow	nonQES	alle Prozessberechtigten	Ersetzt die vorherige Version über <code>DocumentReference.relatesTo.code = replaces</code> .

	werden kann				
Angaben zur Leistungserbringung des PD	Workflowbegleitendes Dokument	\$publish - document	nonQES	alle Prozessbeteiligten	Fachlich relevantes Begleitdokument des Workflows
Entscheidungsdatensatz	Workflowbegleitendes Dokument, das fachlich verarbeitet und versioniert werden kann	\$close-Anfrage-Workflow	keine	alle Prozessbeteiligten	Ergebnis der Antragsprüfung.
sonstige workflowbegleitende Dokumente (z. B. Anlagen, Nachweise, PDF/A-Dokumente, weitere FHIR-Dokumente oder aus der ePA referenzierte Dokumente)	Workflowbegleitendes Dokument	\$publish - document	konfigurierbar	alle Prozessbeteiligten, ausser Kostenträger	Werden nicht fachlich ausgewertet und können nicht Gegenstand eines Korrektur-Anfrage-Workflows sein.

Nicht jedes über \$publish-document eingestellte Dokument kann fachlich verarbeitet oder korrigiert werden. Voraussetzung für eine fachliche Korrektur ist, dass der Workflow den Inhalt des Dokuments fachlich kennt und verarbeitet. Nur solche workflowinhaltlich bekannten Dokumente können Gegenstand eines Korrektur-Anfrage-Workflows sein. Reine workflowbegleitende Dokumente, die ausschließlich zur Dokumentation oder als Anlage dienen und vom Workflow nicht fachlich interpretiert werden, können dagegen nicht inhaltlich korrigiert werden.

11.5.2.5 Speicherung workflowrelevanter Dokumente

Dokumente, die den fachlichen Ablauf des HKP-Workflows steuern oder von Workflowbeteiligten fachlich verarbeitet werden, müssen im workfloweigenen Document Store gespeichert werden. Eine ausschließliche Referenzierung dieser Dokumente aus der ePA ist hierfür nicht ausreichend. Dies gilt insbesondere für Dokumente, die Grundlage von Workflowübergängen, Korrekturprozessen oder der Antragsprüfung sind.

Hierzu zählen insbesondere:

- der Verordnungsdatensatz VO und VO-nV
- der Blankoverordnungsdatensatz einschließlich korrigierter Versionen
- die Angaben zur Leistungserbringung des PD
- der Entscheidungsdatensatz der Antragsprüfung

2913 Sonstige workflowbegleitende Dokumente, die nicht für die Steuerung oder fachliche
2914 Verarbeitung des Workflows erforderlich sind, können dagegen auch ausschließlich über
2915 eine bestehende DocumentReference aus der ePA referenziert werden.

2916 **11.6 Prozessparameter**

2917 **11.6.1 Gültigkeit einer HKP-Verordnung**

2918 Die Gültigkeit einer Verordnung ergibt sich aus der Angabe "Verordnungszeitraum bis" im
2919 Verordnungsdatensatz. Für das Entlassmanagement prüft der E-Rezept-Fachdienst, dass
2920 der Verordnungszeitraum die 7-Tage Frist nicht überschreitet.

2921 **11.6.2 Löschrfristen**

2922 Der E-Rezept-Fachdienst soll eine Datensparsamkeit realisieren. Dafür werden nicht
2923 mehr benötigte Ressourcen automatisch durch den E-Rezept-Fachdienst nach einer
2924 festen Frist gelöscht.

2925 **Tabelle 44: Löschrfristen**

Szenario	Löschrfrist
Die Verordnung wurde durch den Verordnenden, den Versicherten oder durch einen automatischen Statuswechsel (AL1, AL2, AL3) in den cancelled gesetzt.	10 Tage nach dem Statuswechsel Task.status = cancelled

2926 Hinweis: Die im Fachkonzept beschriebenen Anwendungsfälle zum Löschen überführen
2927 den Workflow in den Status "cancelled". Hierbei werden die Daten personenbezogenen
2928 und medizinischen Daten (außer KVNR) sowie zugehörige Informationen (bspw.
2929 Communications und Dokumente) gelöscht.

2930 Der Workflow im Status "cancelled" bleibt bis zum Erreichen der Löschrfrist im Fachdienst
2931 gespeichert, um das Löschen der Verordnung für Clients nachvollziehbar zu machen.

2932 **11.7 Kommunikation der Prozessbeteiligten**

2933 Im Rahmen des Workflowmodells für HKP besteht die Notwendigkeit für die
2934 Kommunikation zwischen den Prozessbeteiligten:

- 2935 • Übermittlung der Zugriffsinformation für eine Verordnung vom Versicherten an eine
2936 Pflegeeinrichtung zur unverbindlichen Einsicht
- 2937 • Übermittlung der Zugriffsinformation für eine Verordnung vom Versicherten an eine
2938 Pflegeeinrichtung zur verbindlichen Übernahme der Leistung
- 2939 • Übermittlung der Zugriffsinformationen für eine Verordnung durch den Versicherten
2940 an den Kostenträger für die Beratung durch den Kostenträger
- 2941 • Automatische Übermittlung der Zugriffsinformation für eine Verordnung mit Wahl der
2942 Kostenerstattung nach §13 Abs. 2 SGB V durch den Fachdienst an den Kostenträger

2943 Für diese Nachrichten wird analog zum Zuweisungsprozess im Workflow für
2944 verschreibungspflichtige Arzneimittel Communications im Fachdienst verwendet. Es
2945 besteht die Möglichkeit anwendungsfall-spezifische Nachrichteninhalte (payload) zu

2946 definieren. Der Sender der Nachricht stellt eine Communication im Fachdienst ein. Der
2947 Empfänger kann die Communication asynchron vom Fachdienst abrufen.

2948 *Mit der Verfügbarkeit und flächendeckenden Nutzung einer Kommunikationsanwendung der TI*
2949 *durch alle Prozessbeteiligten ist geplant, diese Kommunikation auf diese Plattform zu migrieren.*

2950 **Alternativen:**

2951 Für die Übermittlung der Zugriffsinformation für eine Verordnung durch den
2952 Versicherten steht dem Versicherten ein vom Verordnenden ausgestellter
2953 Patientenausdruck zur Verfügung. Der Patientenausdruck beinhaltet einen
2954 Datamatrixcode mit der Information zu Verordnungs-ID und Accesscode_state. Zusätzlich
2955 ist ein Telefon-Code aufgedruckt.

2956 Die Informationen aus dem Datamatrixcode berechtigen Kostenträger und Pflegedienst
2957 für den Zugriff auf den Workflow.

2958 Der Telefon-Code (zusammen mit der Verordnungs-ID) berechtigt den Kostenträger für
2959 den Zugriff auf den Workflow.

2960 **11.8 Notifications**

2961 Der E-Rezept-Fachdienst unterstützt Push Notification für die Frontend der Versicherten.
2962 Es werden Notification für Statusänderungen des Workflows zur Verordnung und für
2963 Communications versendet.

2964 Kostenträger und Pflegedienste können sich für einen Notificationdienst registrieren,
2965 welcher im Fachdienst eingehende Communication für die Institution signalisiert.

2966 **11.9 Übermittlung von Daten in die ePA**

2967 Die Übermittlung von HKP Verordnungsdaten ist nicht im Scope des MVP. Es kann Teil
2968 einer Ausbaustufe sein.

2969 Die Übermittlung von workflow-begleitenden Dokumenten in die ePA ist nicht
2970 vorgesehen.

2971 **11.10 Umsetzung fachlicher Szenarien**

2972 **11.10.1 Einlösewege**

2973 **11.10.1.1 Verbindliches Einlösen bei einem Pflegedienst**

2974 Siehe Kapitel 6.5.1

2975 **eGK/Gesundheits-ID via Pflegeprimärsystem & PoPP**

2976 Es wird das PoPP-Feature im PPS genutzt. Der Pflegedienst erhält im Response vom
2977 Fachdienst die Liste der einlösbaren HKP Verordnungen inklusive AccessCode_state, um
2978 sich eine Verordnung zuweisen zu können.

2979 **Frontend des Versicherten**

2980 Der Versicherte kann eine Verordnung im FdV einem Pflegedienst zuweisen. Das FdV
2981 stellt im Fachdienst eine Communication mit dem Zugriffsinformationen (inklusive

2982 AccessCode_state) ein. Der Pflegedienst erhält eine Notification für die eingestellte
2983 Communication, kann diese abrufen und sich die Verordnung zuweisen.

2984 **Patientenausdruck**

2985 Der vom Verordnenden bereitgestellten Patientenausdruck umfasst mindestens einen
2986 Datamatrix-Code mit den Zugangsinformationen (inklusive AccessCode_state). Der
2987 Versicherte kann den Patientenausdruck den Pflegedienst übergeben. Der Pflegedienst
2988 kann damit die Verordnung abrufen und sich zuweisen.

2989 **11.10.1.2 Unverbindliche Anfrage bei Pflegediensten via FdV**

2990 Siehe Kapitel 6.5.2

2991 Der Versicherte kann im FdV das Einlösen einer Verordnung bei bis zu 3 Pflegediensten
2992 anfragen. Das FdV stellt im Fachdienst eine Communication mit dem
2993 Zugriffsinformationen (inklusive AccessCode_read) ein. Der Pflegedienst erhält eine
2994 Notification für die eingestellte Communication, kann diese abrufen. Mit den
2995 Zugriffsinformationen kann das PPS die Verordnung vom Fachdienst abrufen, ohne dass
2996 der Status des Workflows sich ändert, d.h. es erfolgt kein Zuweisen.

2997 **11.10.2 Verordnungen zu Lasten einer gesetzlichen Krankenkasse**

2998 **Beratung durch die Krankenkasse**(siehe Kapitel 6.5.3)

2999 Standardmäßig hat der Kostenträger nach dem Einstellen einer Verordnung in den
3000 Fachdienst keine Kenntnis von der Verordnung.

3001 Wenn der Versicherte sich zu der Verordnung von seinem Kostenträger beraten lassen
3002 möchte, kann der Versicherte dem Kostenträger die Zugriffsinformation übermitteln.
3003 Damit erhält der Kostenträger einen Zugriff auf die Verordnung. Diese Berechtigung
3004 bleibt für den gesamten Lifecycle der Verordnung bestehen.

3006 **Wahl der Kostenerstattung [§13 Abs. 2 SGB V]**(siehe Kapitel 6.4)

3007 Beim Einstellen der Verordnung durch den Verordnenden prüft der Fachdienst, ob eine
3008 Wahl der Kostenerstattung dokumentiert wurde. In dem Fall erstellt der Fachdienst eine
3009 Communication Ressource und adressiert sie an den im Verordnungsdatensatz
3010 dokumentierten Kostenträger. Die Communication enthält die Information zur
3011 Kostenerstattung und die Zugriffsinformation für die Verordnung.

3012 Abweichend zum Standardablauf ist der Start des Anfrageworkflows "Antragsprüfung
3013 durch Pflegedienst" nicht zulässig.

3015 **Kostenerstattung nach [§ 37 Abs. 4 SGB V], nach [§ 32 Abs. 3 SGB VII] sowie**
3016 **persönliches Budget**(siehe Kapitel 6.4)

3017 Für die Abstimmung mit dem Kostenträger übermittelt der Versicherte die
3018 Zugriffsinformation an den Kostenträger (Communication in FdV, Patientenausdruck,
3019 telefonsiche Übermittlung des Geheimnis auf Patientenausdruck).

3020 Nach der erfolgten Abstimmung zwischen Versicherten und Kostenträger stellt der
3021 Kostenträger einen Entscheidungsdatensatz mit der Kennzeichnung "Kostenerstattung /
3022 Persönliches Budget" in den Workflow ein.

3023 Der Fachdienst ändert den Workflowstatus für die Verordnung von offen/zugewiesen auf
3024 completed. Alle Vorgangsbeteiligten können nachfolgend nur noch lesend auf die
3025 Verordnung und die zugehörigen Dokumente zugreifen.

3026 *Offener Punkt: Abweichend vom fachlichen Konzept, wäre es möglich analog zum Szenario Wahl*
3027 *der Kostenerstattung [§13 Abs. 2 SGB V] den weiteren Durchlauf des Workflows zu erlauben, um*
3028 *bspw. Korrekturanfragen der Pflegeeinrichtung an den verordnenden zuzulassen.*

3030 **Unzuständigkeit der Krankenkasse**(siehe Kapitel 6.9)

3031 Der Versicherte startet den Anfrageworkflow "Antragsprüfung durch Versicherten" oder
3032 der Pflegedienst startet des Anfrageworkflow "Antragsprüfung durch Pflegedienst". Die im
3033 Anfrageworkflow adressierte Krankenkasse stellt fest, dass sie nicht zuständig ist. Die
3034 Krankenkasse lehnt die Anfrage ab und stellt ein Dokument mit dieser Begründung ein.
3035 Der Anfrageworkflow wird beendet.

3036 optionales Clearing: Die Krankenkasse kann die Zugriffsinformation für den
3037 Verordnungsworkflow (Task-ID und AccessCode_state) an andere Krankenkassen
3038 weiterleiten. Mit den Zugriffsinformationen können andere Krankenkassen prüfen, ob sie
3039 zuständig sind und dies der ursprünglich angefragten Krankenkasse mitteilen. In diesem
3040 Fall kann die ursprünglich angefragte Krankenkasse in der Begründung zusätzlich zu ihrer
3041 eigenen Unzuständigkeit die tatsächlich zuständige Krankenkasse angeben.

3042 Der Versicherte oder Pflegedienst kann, wenn die Information zur tatsächlich zuständigen
3043 Krankenkasse vorliegt, einen neuen Anfrageworkflow zur Antragsprüfung starten. Das PPS
3044 kann die Telematik-ID der Krankenkasse , falls notwendig, über eine Abfrage am FHIR-
3045 VZD bestimmen.

3046 Wenn eine neue Verordnung zu Lasten des tatsächlichen Kostenträgers ausgestellt
3047 werden soll und keine Leistung auf die ursprüngliche Verordnung erbracht wurde, kann
3048 der Pflegedienst die Verordnung an den Versicherten zurückgeben und der Verordnende
3049 löscht die ursprüngliche Verordnung.

3051 **11.10.3 Verordnungen zu Lasten einer privaten** 3052 **Krankenversicherung**

3053 Siehe Kapitel 6.5.3

3054 Für eine Verordnung zu Lasten einer privaten Krankenversicherung ist abweichend zum
3055 Standardablauf der Start des Anfrageworkflows "Antragsprüfung durch Versicherten" und
3056 "Antragsprüfung durch Pflegedienst" nicht zulässig.

3057 Für eine Verordnung zu Lasten einer privaten Krankenversicherung kann der Versicherte
3058 mittels FdV die Daten zur Verordnung als PDF mit eingebetteten FHIR-Datensätzen (ohne
3059 QES) herunterladen, um sich mit dem Kostenträger bezüglich der Kostenerstattung
3060 abzustimmen.

3062 **11.10.4 Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers**

3063 Die Unfallversicherungsträger sind an die TI angebunden und unterstützen KIM. Für HKP
3064 Verordnungen haben die Unfallversicherungsträger derzeit nicht vorgesehen, sich an den
3065 E-Rezept-Fachdienst anzubinden.

3066 Der Durchlauf des Workflows erfolgt ohne Beteiligung des Unfallversicherungsträgers.
3067 Wenn der zugewiesene Pflegedienst die Antragsprüfung zur Kostenerstattung (AP3)
3068 startet, erzeugt der Fachdienst eine KIM Message mit Daten zur Verordnung als PDF mit
3069 eingebetteten FHIR-Datensätzen (mit QES) und sendet diese an den
3070 Unfallversicherungsträger. Die KIM-Adresse wird auf Basis der IK des in der Verordnung
3071 hinterlegten Kostenträger vom Fachdienst auf Basis der Daten im FHIR-VZD ermittelt. Die

KIM-Nachricht erhält eine eigene KIM-Dienstkennung, um eine Zuordnung der Nachricht beim Unfallversicherungsträger zu ermöglichen. Der Versand der KIM-Nachricht wird für den Versicherten im Fachdienst protokolliert.

Abweichend zum Standardablauf ist der Start des Anfrageworkflows "Antragsprüfung durch Versicherten" nicht zulässig.

Es besteht keine Möglichkeit, mögliche Korrekturanfragen des Unfallversicherungsträgers an den Verordnenden oder den Pflegedienst über einen Anfrage-Workflow des Fachdienstes zu stellen und somit auch keine Möglichkeit, dass der Verordnende aufgrund der Korrekturanfrage eine neue Version der Verordnung auf dem Fachdienst einstellt. Die Kommunikation zu Korrekturanfragen kann über KIM durchgeführt werden.

Für eine Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträger kann der Versicherte mittels FdV die Daten zur Verordnung als PDF mit eingebetteten FHIR-Datensätzen (ohne QES) herunterladen, um mit diesen Informationen eine Beratung mit dem Unfallversicherungsträger zu initiieren.

offener Punkt: Es ist zu klären, wie mit einer Verordnung umzugehen ist, wenn zur IK der UV keine KIM-Adresse im FHIR-VZD gefunden werden kann.

Lösungsidee: Die DGUV pflegt auf dem Terminologieserver eine Mappingtabelle (zulässige IKs / KIM-Adressen). Der Fachdienst prüft beim Einstellen der Verordnung, falls es sich um eine Verordnung zu Lasten einer UV handelt, ob eine aus der Mappingtabelle bekannte IK im Verordnungsdatensatz verwendet wurde und weist den Verordnungsdatensatz im Fehlerfall ab.

11.11 Use Cases

11.11.1 Use Cases des Verordnenden

In diesem Kapitel werden die technischen Anwendungsfälle der Nutzergruppen beschrieben.

11.11.1.1 HKP Verordnung erstellen

Mit diesem Anwendungsfall erstellt ein Verordnender einen neuen Workflow für eine HKP Verordnung.

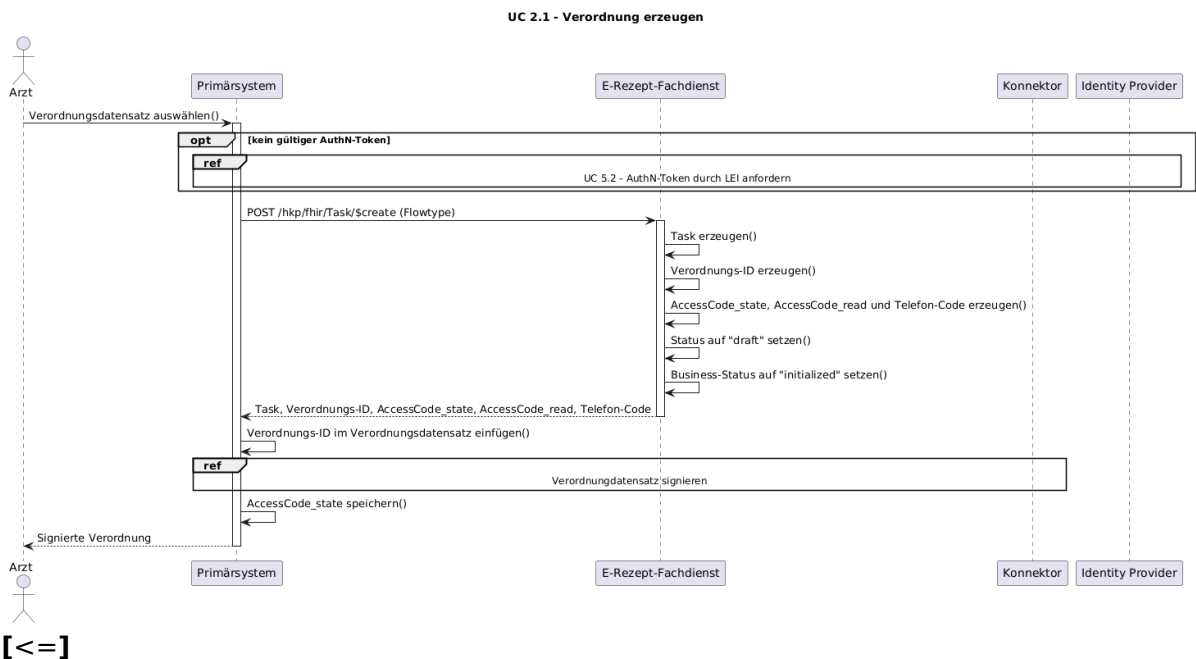
AF_10442 -Anwendungsfall HKP "Verordnung erzeugen"

Alle am Anwendungsfall "Verordnung erzeugen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 2.1 - Verordnung erzeugen
Vorbedingungen	- Die Daten zum Versicherten sind im PS bekannt. - Ein Verordnungsdatensatz liegt im Primärsystem vor. - für QES: HBA ist gesteckt und freigeschaltet.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Der Arzt wählt im PS einen Verordnungsdatensatz aus. Das PS ruft für die Verordnung vom E-Rezept-Fachdienst eine Verordnungs-ID ab und ergänzt diese im Verordnungsdatensatz. Der Arzt wählt das Signaturverfahren aus.

	Das PS signiert die Verordnung mittels Konnektor mit einer QES (in Ausnahmefällen ist eine non-QES ausreichend). Es kann für die QES die Einzel-, Stapel- oder Komfortsignatur genutzt werden.
Nachbedingung	• Der signierte Verordnungsdatensatz liegt im PS vor. • AccessCode_state des Workflows ist im PS gespeichert. • Workflow zur Verordnung ist im E-Rezept-Fachdienst im Business-Status "initialized" (technischer Status "draft") angelegt.

3104



3105

3106

[<=]

3107

3108

11.11.1.2 HKP Verordnung durch Verordnenden einstellen

3109

Mit diesem Anwendungsfall stellt eine verordnende LEI einen Verordnungsdatensatz in den Fachdienst ein.

3110

3111

AF_10443 -Anwendungsfall HKP "Verordnung einstellen"

3112

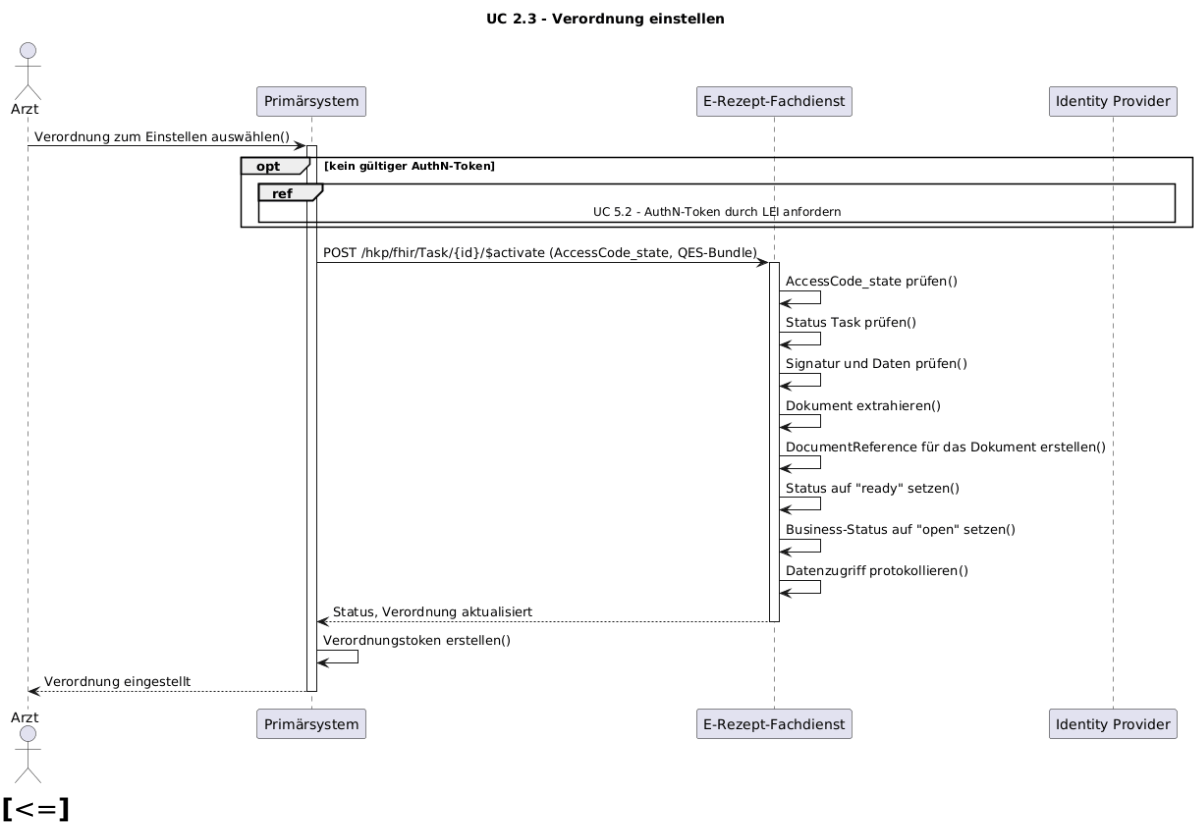
Alle am Anwendungsfall "Verordnung einstellen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

3113

Name	UC 2.3 - Verordnung einstellen
Vorbedingung	• Der Anwendungsfall "UC 2.1 - Verordnung erzeugen" wurde ausgeführt. • Ein signierter Verordnungsdatensatz liegt im Primärsystem vor. • Die Verordnungs-ID und der AccessCode_state sind im Primärsystem bekannt. • Der Workflow zur Verordnung im E-Rezept-Fachdienst

	hat den Status "initialized" ("draft").
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Der Arzt oder ein Mitarbeiter der medizinischen Institution wählt im Primärsystem eine Verordnung zum Einstellen aus. Das Primärsystem stellt die Verordnung in den E-Rezept-Fachdienst ein. Der E-Rezept-Fachdienst prüft die Gültigkeit der Signatur und die Validität des Verordnungsdatensatzes. Der E-Rezept-Fachdienst extrahiert das Dokument (Verordnungsdatensatz) und erstellt dafür eine DocumentReference. Das Primärsystem erstellt einen Verordnungstoken und speichert diesen.
Nachbedingung	- Die Verordnung ist im E-Rezept-Fachdienst gespeichert und hat den Status "open" ("ready"). - Das Einstellen der Verordnung ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert.

3114



3115

3116

3117

3118

11.11.1.3 HKP Verordnung durch Verordnenden abrufen

3119

Mit diesem Anwendungsfall kann eine verordnende LEI Informationen zu einem durch sie erstellten Workflow abrufen.

3120

3121

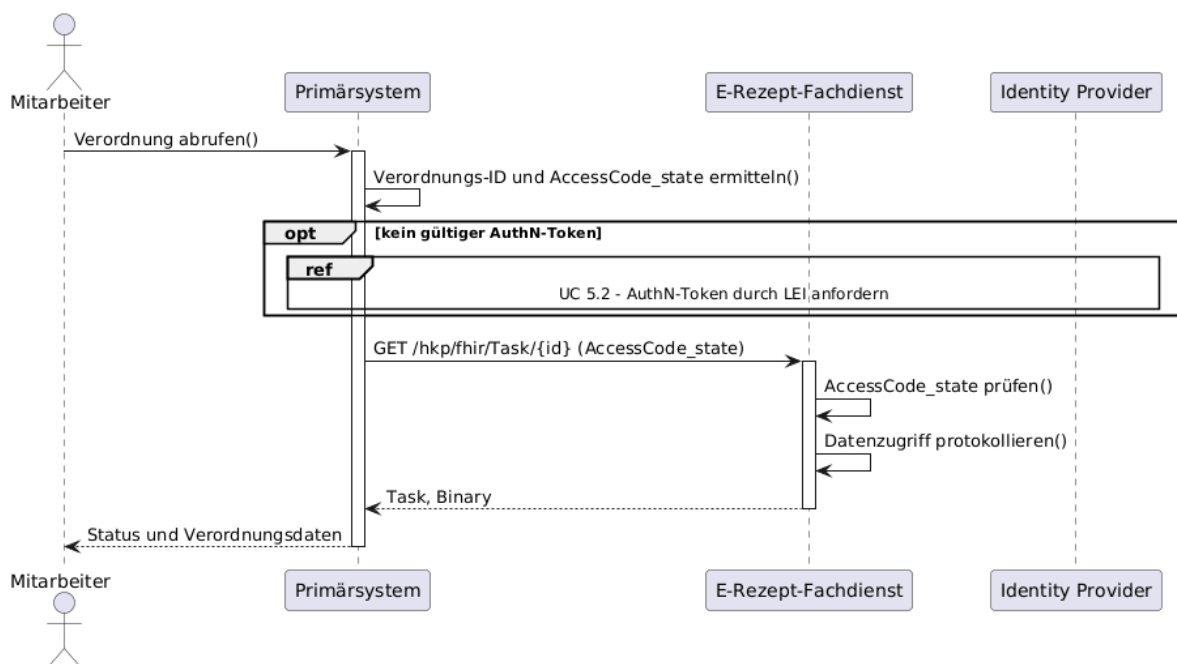
AF_10444 -Anwendungsfall HKP "Verordnung durch Verordnenden abrufen"

3122 Alle am Anwendungsfall "Verordnung durch Verordnenden abrufen" beteiligten
3123 Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 2.6 - Verordnung durch Verordnenden abrufen
Vorbedingung	Der Verordnungstoken liegt im Primärsystem vor.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Das Primärsystem ermittelt die Verordnungs-ID und den AccessCode_state. Das Primärsystem ruft mit der Verordnungs-ID und dem AccessCode_state die Verordnung vom E-Rezept-Fachdienst ab.
Nachbedingung	- Das Lesen der Verordnung ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert. - Die Informationen zur Verordnung stehen zur Weiterverarbeitung im Primärsystem bereit.

3124

UC 2.6 - HKP Verordnung durch Verordnenden abrufen



3125
3126 [**<=**]

3127

11.11.1.4 HKP Verordnung durch Verordnenden löschen

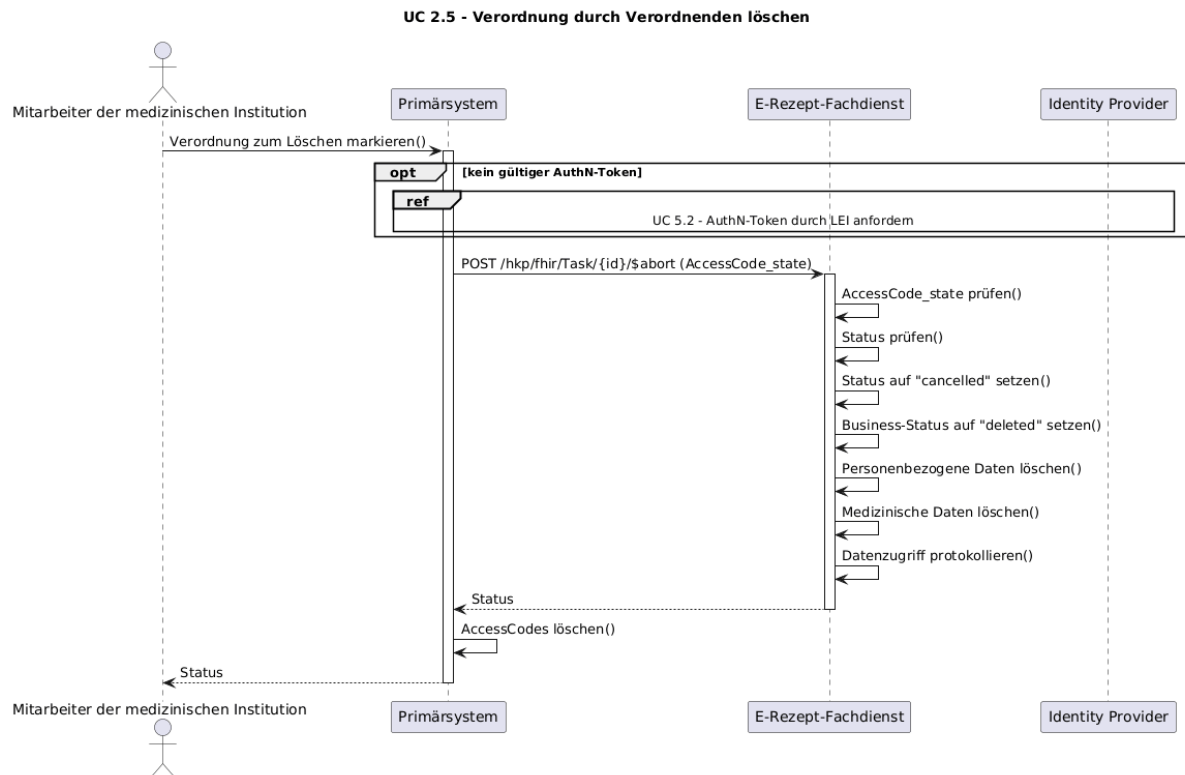
Mit diesem Anwendungsfall kann eine verordnende LEI einen durch sie erstellten Workflow löschen.

AF_10445 -Anwendungsfall HKP "Verordnung durch Verordnenden löschen"

Alle am Anwendungsfall "Verordnung durch Verordnenden löschen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 2.5 - Verordnung durch Verordnenden löschen
Vorbedingung	- Ein Mitarbeiter der medizinischen Institution hat den Anwendungsfall "UC 2.3 - Verordnung einstellen" ausgeführt. - Die Verordnungs-ID und der AccessCode_state sind im Primärsystem bekannt. - Der Workflow zur Verordnung im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "initialized" ("draft") oder "open" ("ready").
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Ein Mitarbeiter der medizinischen Institution markiert über das Primärsystem eine durch die LEI verordnete Verordnung zum Löschen und bestätigt den Vorgang. Der E-Rezept-Fachdienst ändert den Status der Verordnung zu "cancelled". Der E-Rezept-Fachdienst löscht die personenbezogenen und medizinischen Daten zum Workflow. Das Primärsystem löscht den AccessCode_state.
Nachbedingung	- Die Verordnung im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "deleted" ("cancelled"). Sie beinhaltet keine personenbezogenen oder medizinischen Daten. - Das Löschen der Verordnung ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert.

3135



3136

3137

[<=]

3138

11.11.2.1 HKP Verordnungen durch Versicherten abrufen

AF_10446 -Anwendungsfall HKP "Verordnungen durch Versicherten abrufen"
Alle am Anwendungsfall "Verordnungen durch Versicherten abrufen" beteiligten
Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 3.1 - Verordnungen durch Versicherten abrufen
Vorbedingung	keine
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Ein Versicherter ruft über ein FdV alle seine im E-Rezept-Fachdienst verfügbaren Verordnungen ab. Der E-Rezept-Fachdienst identifiziert die Verordnungen auf Basis der Versicherten-ID des Versicherten und liefert die Verordnungen, Status und die Zeitpunkte, an denen die Status gesetzt wurden.
Nachbedingung	- Im FdV stehen die Verordnungen zur Anzeige sowie die Daten für das Erstellen eines Verordnungstokens bereit. - Der Abruf ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert.

```

sequenceDiagram
    actor Versicherten
    participant FdV
    participant E-Rezept-Fachdienst
    participant Identity Provider

    Versicherten->>FdV: Verordnungen abrufen()
    activate FdV
    FdV->>FdV: GET /hkp/fhir/Task ()
    activate FdV
    FdV->>E-Rezept-Fachdienst: 
    activate E-Rezept-Fachdienst
    E-Rezept-Fachdienst->>E-Rezept-Fachdienst: Verordnungen nach Versicherten-ID ermitteln()
    E-Rezept-Fachdienst->>E-Rezept-Fachdienst: Datenzugriff protokollieren()
    E-Rezept-Fachdienst-->>FdV: Verordnungen, Status, Zeitpunkte, AccessCodes
    deactivate E-Rezept-Fachdienst
    FdV-->>Versicherten: Liste der Verordnungen
    deactivate FdV
  
```

UML sequence diagram illustrating the process of retrieving prescriptions (Verordnungen abrufen()):

- Participants:** Versicherten (Actor), FdV (Boundary), E-Rezept-Fachdienst (Control), Identity Provider (Entity).
- Message:** Versicherten sends **Verordnungen abrufen()** to FdV.
- Self-call:** FdV performs a self-call **GET /hkp/fhir/Task ()**. This call is enclosed in an optional reference frame (**opt ref**) with the condition **[kein gültiger AuthN-Token]**. A note indicates this corresponds to **UC 5.1 - AuthN-Token durch Versicherten anfordern**.
- Internal Actions:** E-Rezept-Fachdienst performs two internal actions: **Verordnungen nach Versicherten-ID ermitteln()** and **Datenzugriff protokollieren()**.
- Data Flow:** E-Rezept-Fachdienst returns **Verordnungen, Status, Zeitpunkte, AccessCodes** to FdV.
- Final Response:** FdV returns **Liste der Verordnungen** to Versicherten.

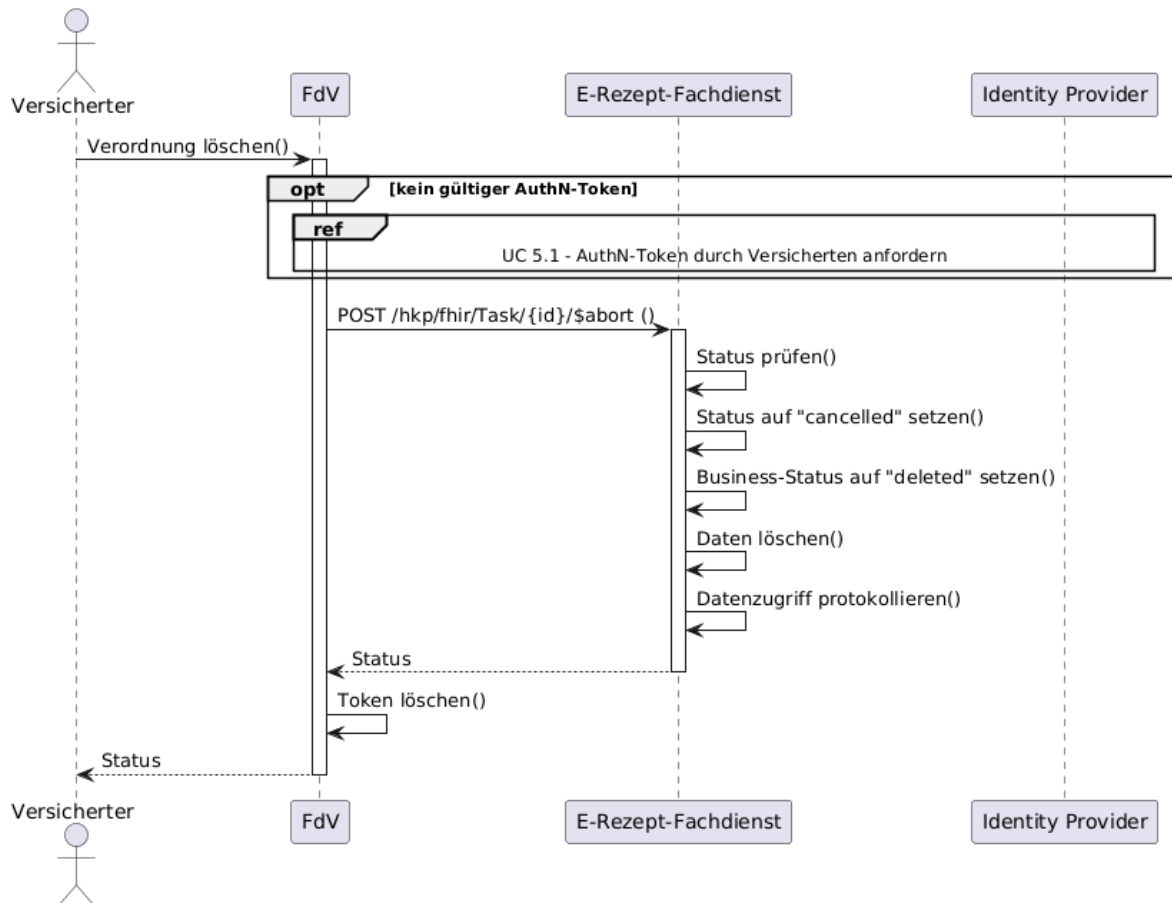
Mit diesem Anwendungsfall kann der Versicherte eine seiner im Fachdienst verwalteten HKP Verordnungen löschen.

AF 10447 -Anwendungsfall HKP "Verordnung durch Versicherten löschen"

3154 Alle am Anwendungsfall "Verordnung durch Versicherten löschen" beteiligten
3155 Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 3.2 - Verordnung durch Versicherten löschen
Vorbedingung	• Der Versicherte hat den Anwendungsfall "UC 3.1 - Verordnungen durch Versicherten abrufen" ausgeführt. • Der Workflow zur Verordnung hat den Status "ready" oder "completed"
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Ein Versicherter wählt am FdV ein für ihn ausgestellte Verordnung aus, die gelöscht werden soll. Der Versicherte bestätigt das Löschen. Das FdV überträgt die Anforderung an den E-Rezept-Fachdienst. Der E-Rezept-Fachdienst ändert den Status der Verordnung und löscht die personenbezogenen und medizinischen Daten in der Verordnung. Das FdV löscht abschließend den Verordnungstoken.
Nachbedingung	• Der Workflow zur Verordnung im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "cancelled". Er beinhaltet keine personenbezogenen oder medizinischen Daten (ausser Versicherten-ID). • Das Löschen der Verordnung ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert.

UC 3.2 - Verordnung durch Versicherten löschen



[<=]

11.11.2.3 Nachrichten durch Versicherten empfangen

AF_10448 -Anwendungsfall HKP "Nachrichten durch Versicherten empfangen"

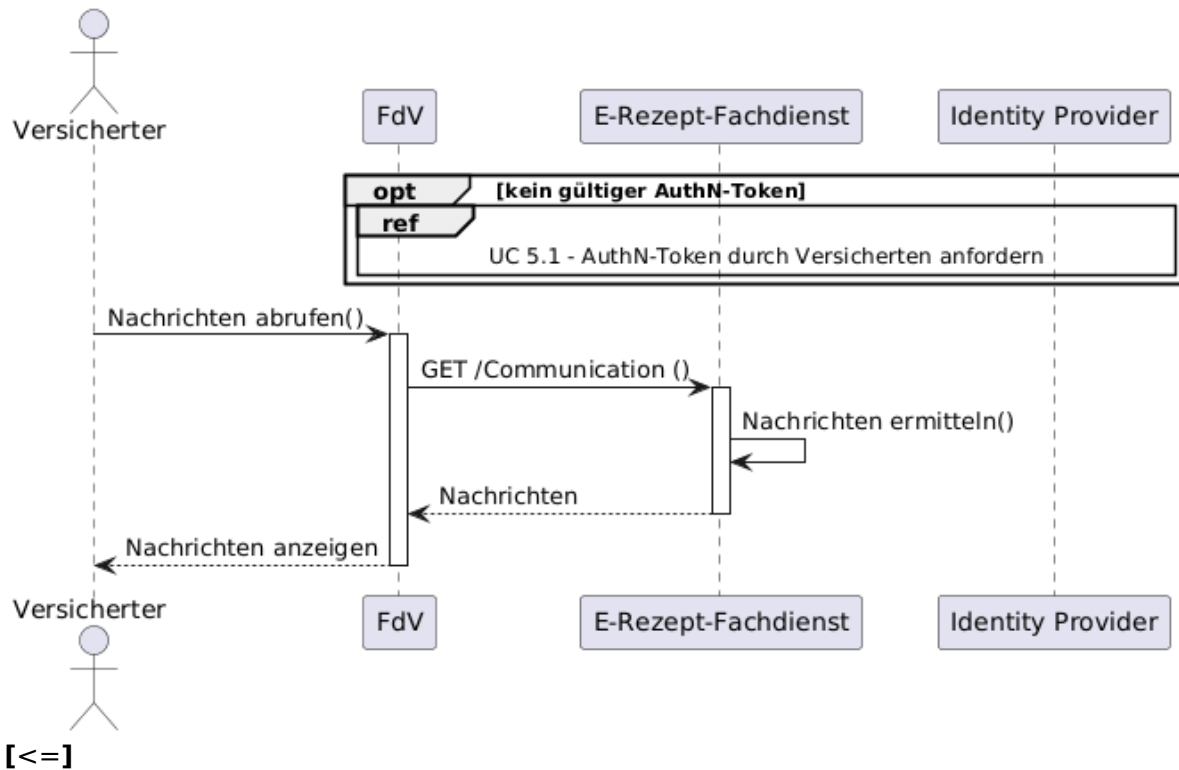
Alle am Anwendungsfall "Nachrichten durch Versicherten empfangen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 3.4 - Nachrichten durch Versicherten empfangen
Vorbedingung	Ein Mitarbeiter des Pflegedienstes hat den Anwendungsfall "UC 4.7 - Nachricht durch Abgebenden übermitteln" ausgeführt.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Das FdV fragt beim E-Rezept-Fachdienst an, ob neue Nachrichten für den Nutzer des FdV vorliegen und lädt diese herunter. Der E-Rezept-Fachdienst ermittelt die Nachrichten in denen die anfragende Versicherten-ID als Empfänger eingetragen ist.
Nachbedingung	Die Nachrichten liegen im FdV zur Anzeige bereit.

3164

--	--

UC 3.4 - Nachrichten durch Versicherten empfangen



11.11.2.4 Nachricht durch Versicherten versenden

Mit diesem Anwendungsfall kann der Versicherte

- einem Pflegedienst die Zugriffsinformation für eine unverbindliche Einsicht in eine HKP-Verordnung übermitteln,
- einem Pflegedienst die Zugriffsinformation für den verbindlichen Abruf einer HKP-Verordnung übermitteln.

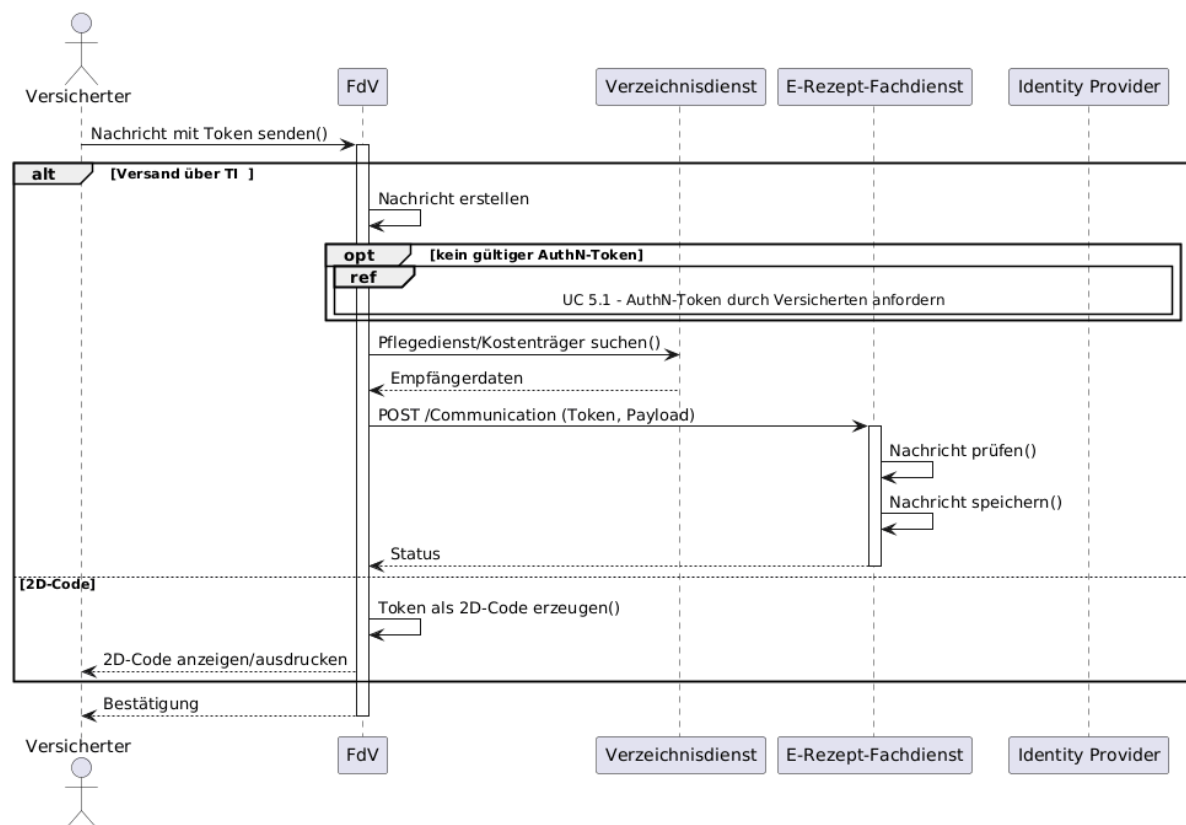
AF_10449 -Anwendungsfall "Nachricht durch Versicherten übermitteln"

Alle am Anwendungsfall "Nachricht durch Versicherten übermitteln" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 3.3 - Nachricht durch Versicherten übermitteln
Vorbedingung	• Der Versicherte hat den Anwendungsfall "UC 3.1 - Verordnungen durch Versicherten abrufen" ausgeführt. Das FdV hat einen Verordnungstoken erstellt.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Ein Versicherter wählt im FdV einen Verordnungstoken aus und trifft dann die Entscheidung, ob der Versand über die TI oder alternativ optisch per 2D-Code stattfinden soll. Der sichere Versand über die TI erfolgt mithilfe des E-Rezept-Fachdienstes.

	Der Versicherte wählt im Verzeichnisdienst den Pflegedienst oder den Kostenträger aus, an den die Nachricht übermittelt werden soll. Das FdV stellt anschließend die Nachricht für den Empfänger im E-Rezept-Fachdienst ein. Die Nachricht enthält einen Verordnungstoken und/oder eine Textnachricht. Im Falle der Alternative wird der Verordnungstoken in einen 2D-Code umgewandelt und dem Abgebenden oder Vertreter entweder zum Scannen an einem Bildschirm gezeigt oder als Ausdruck übergeben.
Nachbedingung	Die Nachricht mit dem Verordnungstoken liegt im E-Rezept-Fachdienst und kann vom Empfänger asynchron empfangen werden. Im Falle der Alternative kann der Empfänger den 2D-Code abscannen.

UC 3.3 - Nachricht durch Versicherten übermitteln



[<=]

11.11.2.5 Nachricht durch Versicherten löschen

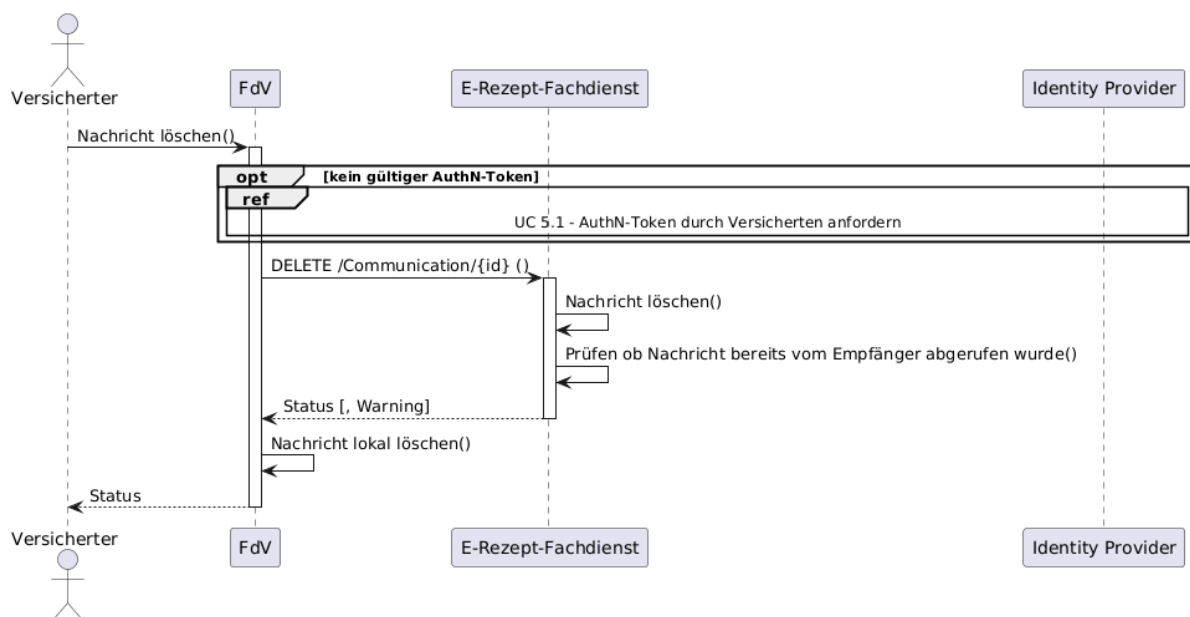
AF_10450 -Anwendungsfall "Nachricht durch Versicherten löschen"

Alle am Anwendungsfall "Nachricht durch Versicherten löschen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 3.8 - Nachricht durch Versicherten löschen
-------------	--

Vorbedingung	Ein Versicherter hat den Anwendungsfall "UC 3.3 - Nachricht durch Versicherten übermitteln" ausgeführt.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Der Versicherte wählt eine ihm übermittelte Nachrichten zum Löschen aus und bestätigt das Löschen. Das FdV überträgt die Löschanforderung an den E-Rezept-Fachdienst. Die zu löschenden Nachrichten werden im E-Rezept-Fachdienst gelöscht. Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt dem FdV eine Warning, wenn die Nachricht bereits durch den Empfänger abgerufen wurde. Abschließend wird die zu löschenden Nachricht im FdV gelöscht.
Nachbedingung	Die Nachricht ist auf dem E-Rezept-Fachdienst und im FdV gelöscht und kann vom Empfänger nicht mehr abgerufen werden.

UC 3.8 - Nachricht durch Versicherten löschen



[<=]

11.11.3 Use Cases des Pflegedienstes

11.11.3.1 HKP Verordnungen durch Pflegedienst abrufen (PoPP)

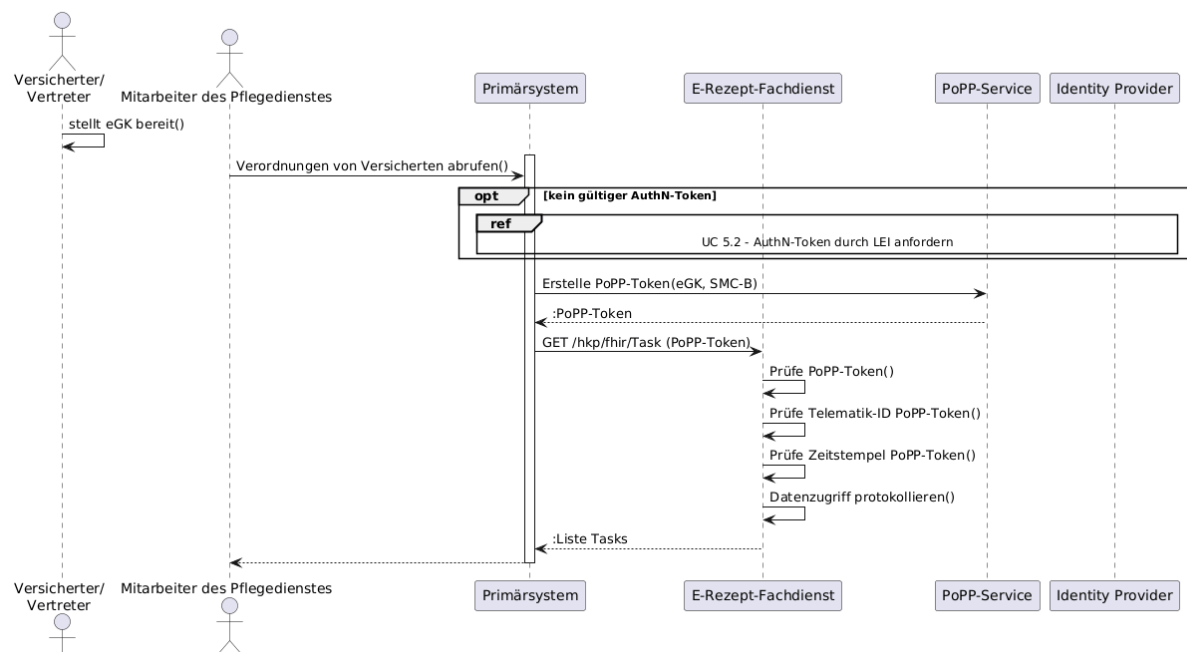
AF_10451 -Anwendungsfall "HKP Verordnungen durch Pflegedienst abrufen (PoPP)"

Alle am Anwendungsfall "HKP Verordnungen durch Pflegedienst abrufen (PoPP)" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 6.15 - HKP Verordnungen durch Pflegedienst abrufen (PoPP)
Vorbedingung	- Der Versicherte oder ein Vertreter befindet sich vor Ort im Kontakt mit einem Mitarbeiter des Pflegedienstes. - Der Versicherte hat seine eGK bzw. der Vertreter die eGK des zu Vertretenden dabei
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Das Primärsystem liest unter Nutzung eines im Rahmen von PoPP zulässigen Kartenlesegerät die eGK ein. Das Primärsystem ruft für diese eGK den Anwendungsfall zum Erstellen eines PoPP-Token auf. Im Ergebnis erhält das Primärsystem, sofern die eGK nicht gesperrt und das Authentifizierungszertifikat gültig ist, einen PoPP-Token. Das Primärsystem übermittelt dem PoPP-Token, um die einlösbaren Verordnungen des Versicherten vom E-Rezept-Fachdienst abzurufen. Der E-Rezept-Fachdienst prüft die Gültigkeit des PoPP-Tokens. Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt die Informationen zu jeder einlösbaren Verordnung.
Nachbedingung	- Im Primärsystem stehen die Informationen für alle einlösbaren Verordnungen zur Anzeige bereit. - Der Zugriff des Pflegedienstes auf die Verordnungen ist auf dem E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert.

3194

UC 6.15 - HKP Verordnungen durch Pflegedienst abrufen (PoPP)



[<=]

3195

3196

3197

11.11.3.2 HKP Verordnung durch Pflegedienst unverbindlich einsehen

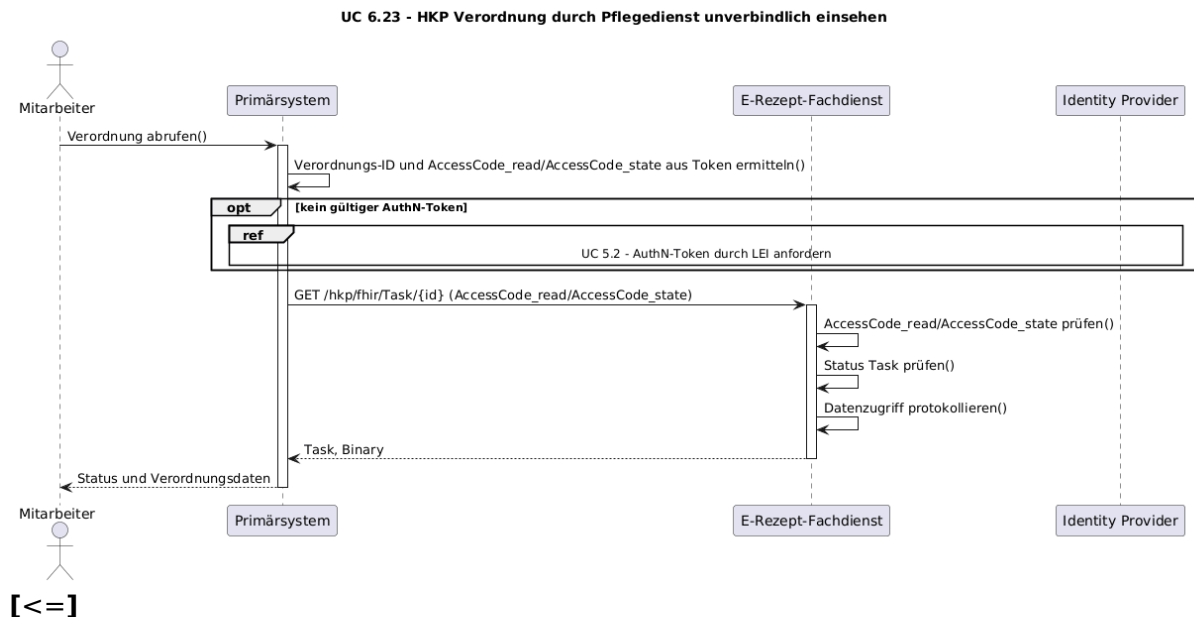
Mit diesem Anwendungsfall kann ein Pflegedienst, nachdem ein Versicherter die Zugriffsinformation zur Verordnung übermittelt hat, die Verordnung zur unverbindlichen Einsicht abrufen.

AF_10452 -Anwendungsfall "HKP Verordnung durch Pflegedienst unverbindlich einsehen"

Alle am Anwendungsfall "HKP Verordnung durch Pflegedienst unverbindlich einsehen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 6.23 - HKP Verordnung durch Pflegedienst unverbindlich einsehen
Vorbedingung	• Ein Versicherter hat über das FdV eine Anfrage an den Pflegedienst gesendet alternativ: Ein Versicherter hat dem Pflegedienst einen Verordnungstoken übermittelt. • Die Zugriffsinformationen zur Verordnung liegen im Primärsystem vor. • Die Verordnung im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "ready".
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Ein Mitarbeiter des Pflegedienstes wählt einen Verordnungstoken zum Abruf im Primärsystem aus. Das Primärsystem ermittelt die Zugriffsinformationen (Task-ID, AccessCode_read oder AccessCode_state) zur Verordnung. Das Primärsystem ruft die Verordnung vom E-Rezept-Fachdienst ab.
Nachbedingung	• Das Lesen der Verordnung ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert. • Die Verordnung steht zur Anzeige im Primärsystem bereit.

3207



3208

3209

3210

3211

11.11.3.3 HKP Verordnung durch Pflegedienst verbindlich abrufen

3212

Mit diesem Anwendungsfall kann ein Pflegedienst, nachdem ein Versicherten die Zugriffsinformation zur Verordnung übermittelt hat (Zuweisen der Verordnung durch den Versicherten), die Verordnung abrufen.

3213

3214

3215

AF_10453 -Anwendungsfall "HKP Verordnung durch Pflegedienst verbindlich abrufen"

3216

Alle am Anwendungsfall "HKP Verordnung durch Pflegedienst verbindlich abrufen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

3217

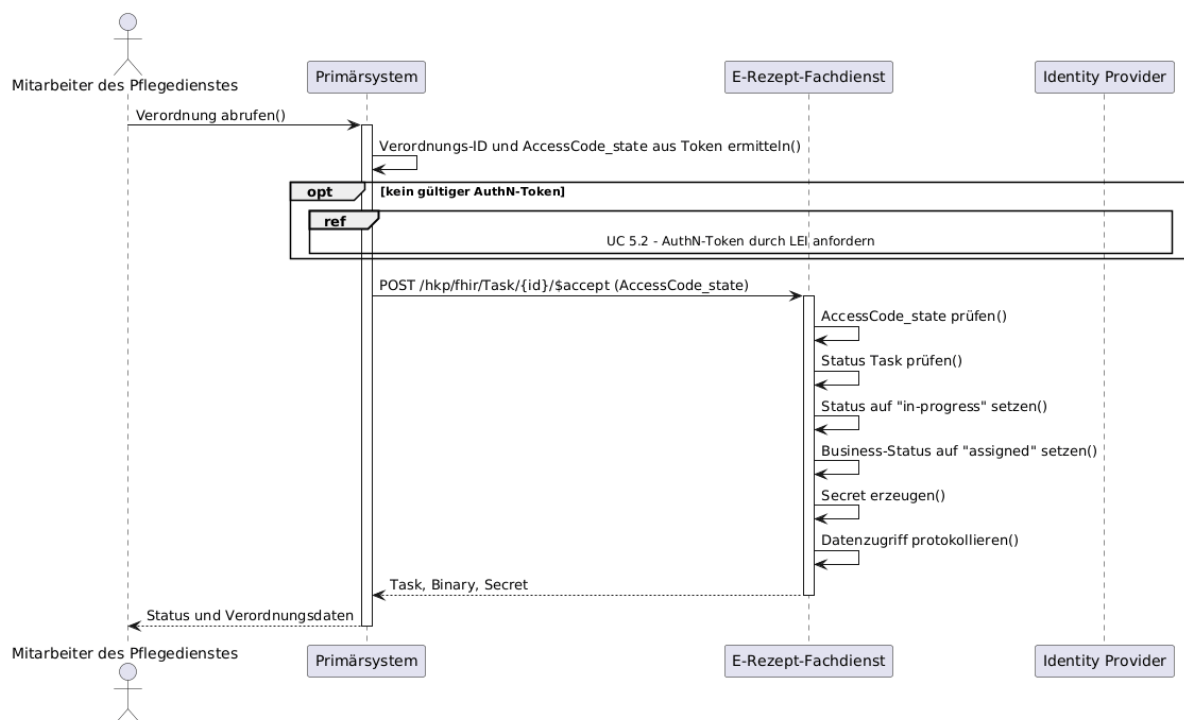
3218

3219

Name	UC 6.1 - HKP Verordnung durch Pflegedienst verbindlich abrufen
Vorbedingung	- Ein Versicherter oder ein Vertreter hat dem Pflegedienst einen Verordnungstoken übermittelt. - Der Verordnungstoken liegt im Primärsystem vor. - Die Verordnung im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "ready".
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Ein Mitarbeiter des Pflegedienstes wählt einen Verordnungstoken zum Abruf im Primärsystem aus. Das Primärsystem ermittelt die Verordnungs-ID und den AccessCode_state aus dem Verordnungstoken. Das Primärsystem ruft mit der Verordnungs-ID und dem AccessCode_state die Verordnung vom E-Rezept-Fachdienst ab. Der E-Rezept-Fachdienst ändert den Status der Verordnung auf "in-progress" und den Business-Status der Verordnung auf "assigned". Der E-Rezept-Fachdienst erzeugt ein Geheimnis zur

	Statusänderung "in-progress", welches im E-Rezept-Fachdienst gespeichert und dem Primärsystem zusammen mit der Verordnung übermittelt wird.
Nachbedingung	- Die Verordnung hat im E-Rezept-Fachdienst den Status "in-progress" und den Business-Status "assigned". - Der verbindliche Abruf ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert. - Die Verordnung steht zur Anzeige im Primärsystem bereit. - Das Geheimnis zur Statusänderung "in-progress" ist im Primärsystem gespeichert.

UC 6.1 - HKP Verordnung durch Pflegedienst verbindlich abrufen



[<=]

11.11.3.4 HKP Verordnung durch Pflegedienst zurückgeben

Mit diesem Anwendungsfall kann ein Pflegedienst eine zuvor verbindlich abgerufene Verordnung an den Versicherten zurückgeben.

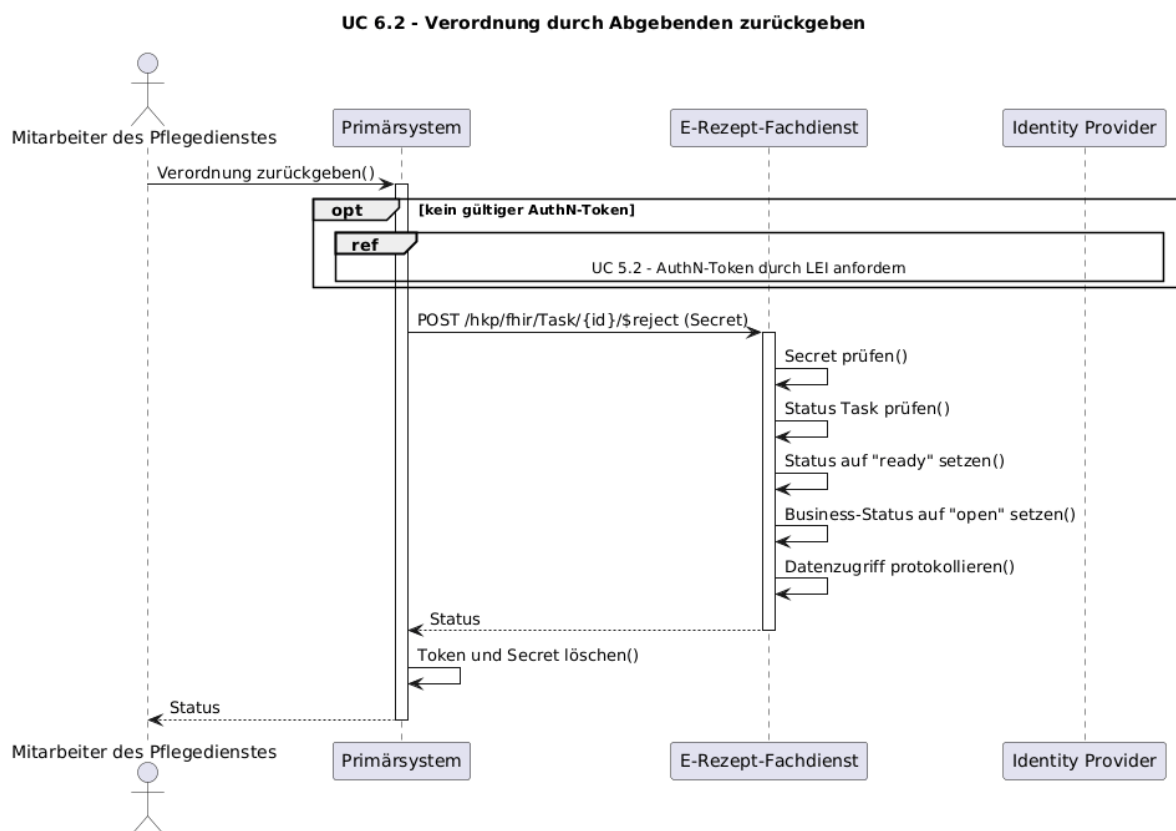
AF_10454 -Anwendungsfall HKP "Verordnung durch Pflegedienst zurückgeben"

Alle am Anwendungsfall "Verordnung durch Pflegedienst zurückgeben" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 6.2 - Verordnung durch Pflegedienst zurückgeben
Vorbedingung	Ein Mitarbeiter des Pflegedienstes hat den Anwendungsfall

	"UC 6.1 - Verordnung durch Pflegedienst zum Zuweisen abrufen" durchgeführt. • Die Verordnungs-ID, der AccessCode_state und das Geheimnis zur Statusänderung "in-progress" sind im Primärsystem bekannt. • Die Verordnung im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "in-progress".
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Ein Mitarbeiter des Pflegedienstes markiert über das Primärsystem eine Verordnung zum Zurückgeben und bestätigt es. Das Primärsystem übermittelt beim Aufruf des E-Rezept-Fachdienstes die Verordnungs-ID, den AccessCode_state und das Geheimnis zur Statusänderung "in-progress". Der E-Rezept-Fachdienst ändert den Status der Verordnung.
Nachbedingung	• Die Verordnung im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "ready". • Der Statuswechsel der Verordnung zum Status "ready" ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert. • Die Verordnung, der Verordnungstoken und das Geheimnis zur Statusänderung "in-progress" sind im Primärsystem gelöscht.

3230



3231

3232

[<=]

3233

3234

11.11.3.5 Nachrichten durch Pflegedienst empfangen

3235

Mit diesem Anwendungsfall kann eine Pflegeeinrichtung die im Fachdienst für die Pflegeeinrichtung hinterlegten Nachrichten abrufen.

3236

3237

AF_10455 -Anwendungsfall "Nachrichten durch Pflegedienst empfangen"

3238

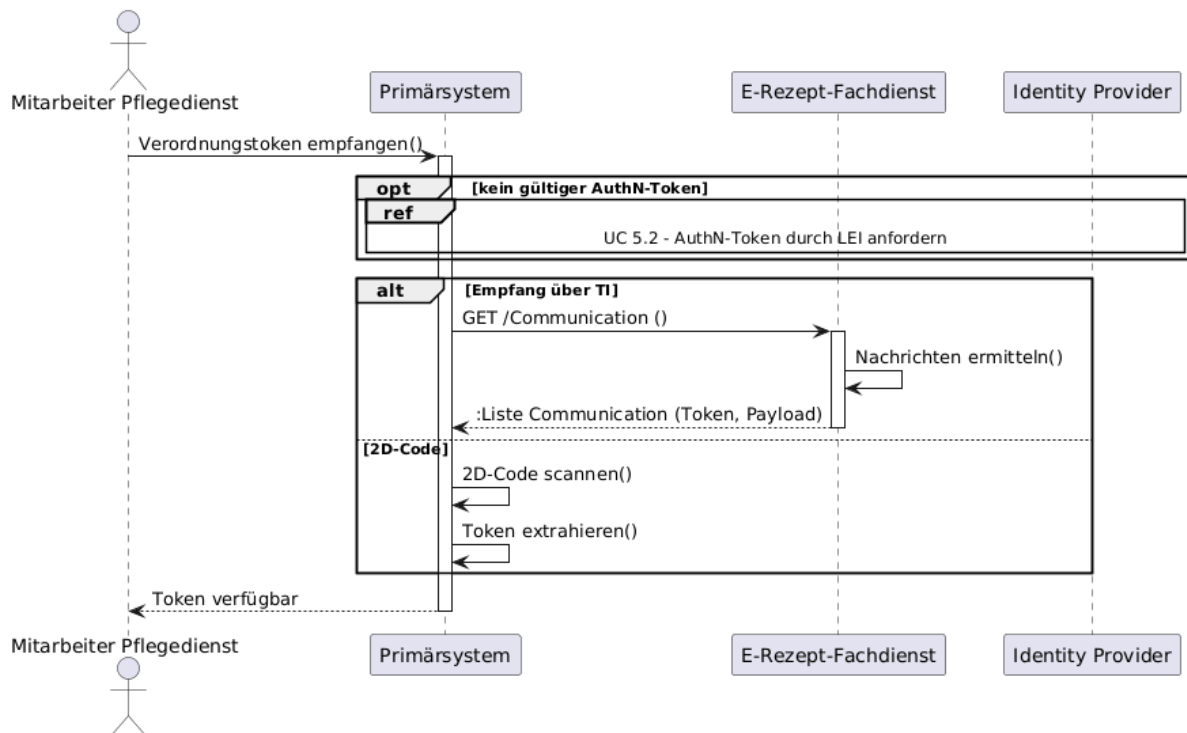
Alle am Anwendungsfall "Nachrichten durch Pflegedienst empfangen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

3239

Name	UC 6.6 - Nachrichten durch Pflegedienst empfangen
Vorbedingung	Ein Versicherter hat den Anwendungsfall "UC 3.3 - Nachricht durch Versicherten übermitteln" ausgeführt. Alternativ kann ein Versicherter persönlich in dem Pflegedienst den 2D-Code des Verordnungstokens ausgedruckt oder als Anzeige in einem mobilen Gerät dem Abgebenden präsentieren.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Der Mitarbeiter des Pflegedienstes wählt im Primärsystem aus, ob er einen Verordnungstoken über die TI empfangen möchte oder der Verordnungstoken als 2D-Code vorliegt. Das Empfangen über die TI erfolgt mithilfe des E-Rezept-Fachdienstes. Das Primärsystem fragt beim E-Rezept-Fachdienstes an, ob für

	die Telematik-ID des Pflegedienstes neue Nachrichten vorliegen und lädt diese herunter. Im Falle der Alternative über den 2D-Code wandelt das Primärsystem die optische Repräsentation in die Textform um.
Nachbedingung	Der Verordnungstoken liegt im Primärsystem des Pflegedienstes vor.

UC 6.6 - Nachrichten durch Pflegedienst empfangen



[<=]

11.11.3.6 Nachricht durch Pflegedienst versenden

Mit diesem Anwendungsfall kann ein Pflegedienst auf die Nachricht eines Versicherten (Übermittlung der Zugriffsinformation zum unverbindlichen Einsehen) reagieren.

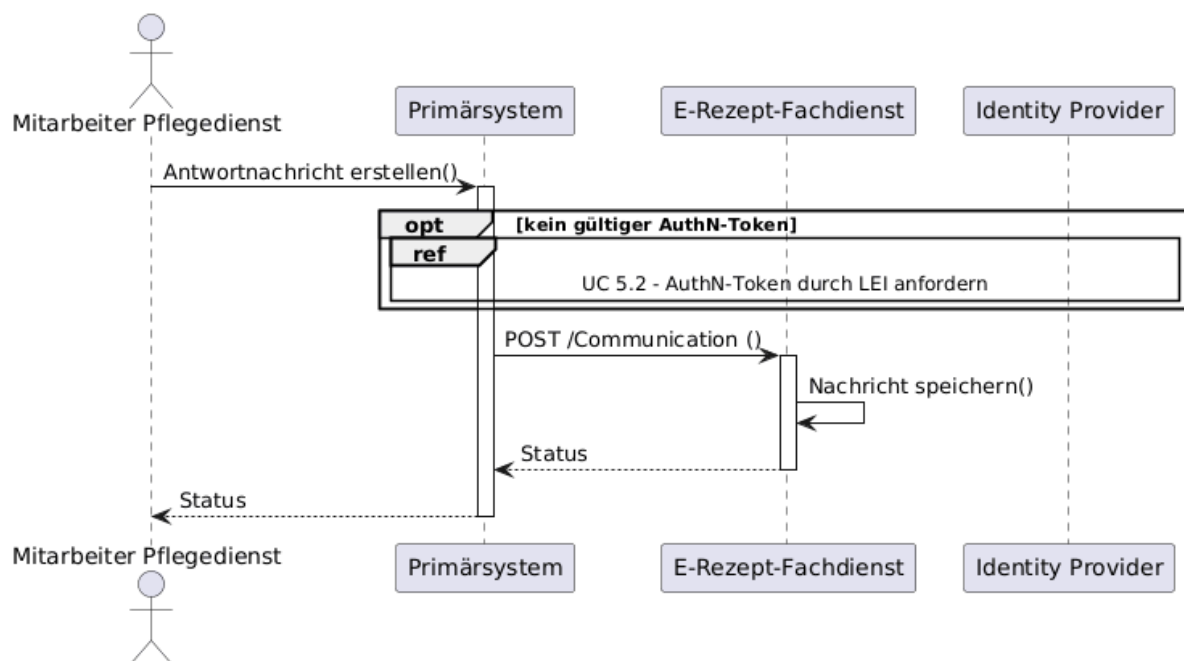
AF_10456 -Anwendungsfall "Nachricht durch Pflegedienst versenden"

Alle am Anwendungsfall "Nachricht durch Pflegedienst versenden" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 6.7 - Nachricht durch Pflegedienst versenden
Vorbedingung	- Ein Versicherter hat den Anwendungsfall "UC 3.3 - Nachricht durch Versicherten übermitteln" ausgeführt. - Ein Mitarbeiter des Pflegedienstes hat den Anwendungsfall "UC 6.6 - Nachrichten durch Pflegedienst empfangen" durchgeführt.
Kurzbeschreibung	Der Mitarbeiter des Pflegedienstes wählt im Primärsystem die

g (Außenansicht)	Nachricht eines Versicherten zu einer Verordnung aus und erstellt eine Antwortnachricht. Der sichere Versand über die TI erfolgt mithilfe des E-Rezept-Fachdienstes. Das Primärsystem stellt die Nachricht in den E-Rezept-Fachdienst ein.
Nachbedingung	Der Nachricht liegt im E-Rezept-Fachdienst und kann vom Versicherten asynchron empfangen werden.

UC 6.7 - Nachricht durch Pflegedienst versenden



[<=]

11.11.3.7 Nachricht durch Pflegedienst löschen

Mit diesem Anwendungsfall kann eine Pflegeeinrichtung eine durch ihn eingestellte Nachricht im Fachdienst löschen.

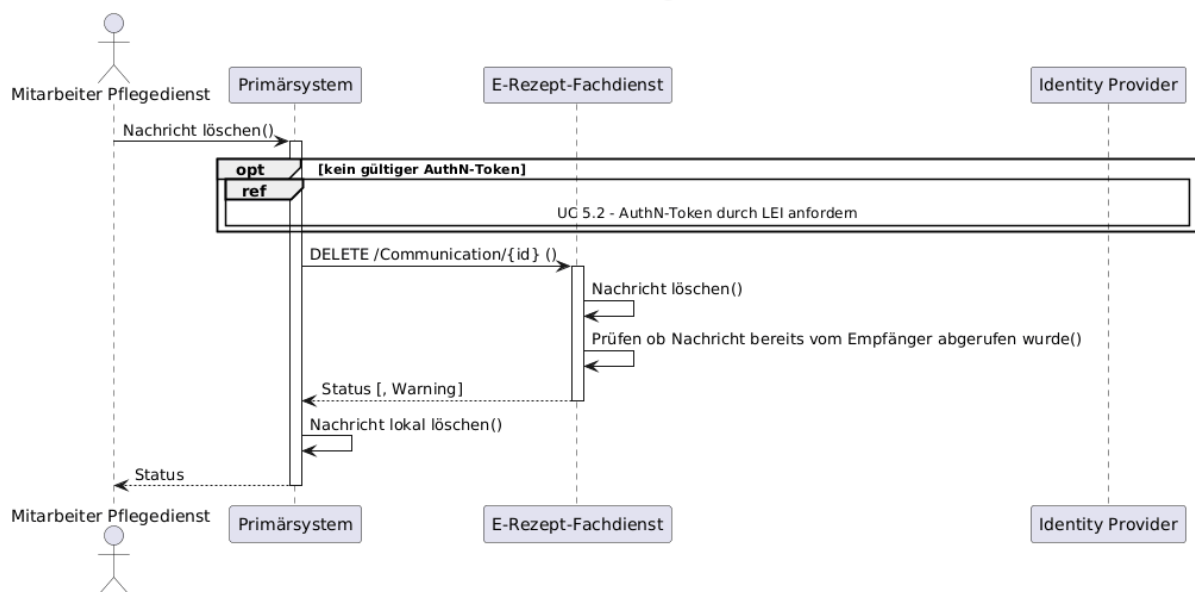
AF_10457 -Anwendungsfall "Nachricht durch Pflegedienst löschen"

Alle am Anwendungsfall "Nachricht durch Pflegedienst löschen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 6.9 - Nachricht durch Pflegedienst löschen
Vorbedingung	Ein Pflegedienst hat den Anwendungsfall "UC 6.7 - Nachricht durch Pflegedienst versenden" ausgeführt.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Der Mitarbeiter des Pflegedienstes wählt eine von ihm übermittelte Nachricht zum Löschen aus und bestätigt das Löschen. Das Primärsystem überträgt die Löschanforderung an den E-

	Rezept-Fachdienst. Der E-Rezept-Fachdienst löscht die zu löschenden Nachrichten. Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt dem Primärsystem eine Warnung, wenn die Nachricht bereits durch den Empfänger abgerufen wurde. Das Primärsystem löscht abschließend die zu löschenden Nachrichten.
Nachbedingung	Die Nachrichten sind auf dem E-Rezept-Fachdienst und im FdV gelöscht.

UC 6.9 - Nachricht durch Pflegedienst löschen



[<=]

11.11.4 Use Cases des Kostenträgers

11.11.4.1 HKP Verordnung durch Kostenträger abrufen

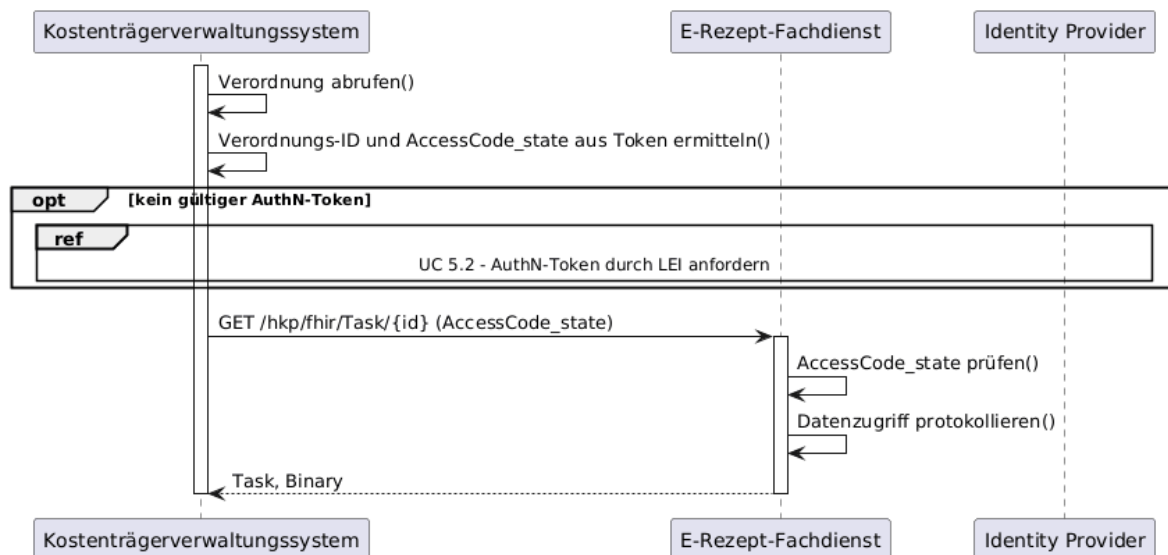
AF 10458 -Anwendungsfall HKP "Verordnung durch Kostenträger abrufen"

oAlle am Anwendungsfall "Verordnung durch Kostenträger abrufen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 7.12 - Verordnung durch Kostenträger abrufen
Vorbedingung	- Ein Versicherter, ein Pflegedienst oder der Fachdienst hat dem Kostenträger einen Verordnungstoken übermittelt. - Alternativ: Der Versicherte hat dem Kostenträger telefonisch die Verordnungs-ID und den Telefon-Code vom Patientenausdruck übermittelt. - Der Verordnungstoken oder der Telefon-Code aus dem

	Patientenausdruck liegt im Kostenträgerverwaltungssystem.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Das Kostenträgerverwaltungssystem ermittelt die Verordnungs-ID und den AccessCode_state aus dem Verordnungstoken. Das Kostenträgerverwaltungssystem ruft mit der Verordnungs-ID und dem AccessCode_state die Verordnung vom E-Rezept-Fachdienst ab.
Nachbedingung	- Das Lesen der Verordnung ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert. - Die Verordnung steht zur Weiterverarbeitung im Kostenträgerverwaltungssystem bereit.

UC 7.12 - HKP Verordnung durch Kostenträger abrufen



[<=]

11.11.4.2 Nachrichten durch Kostenträger empfangen

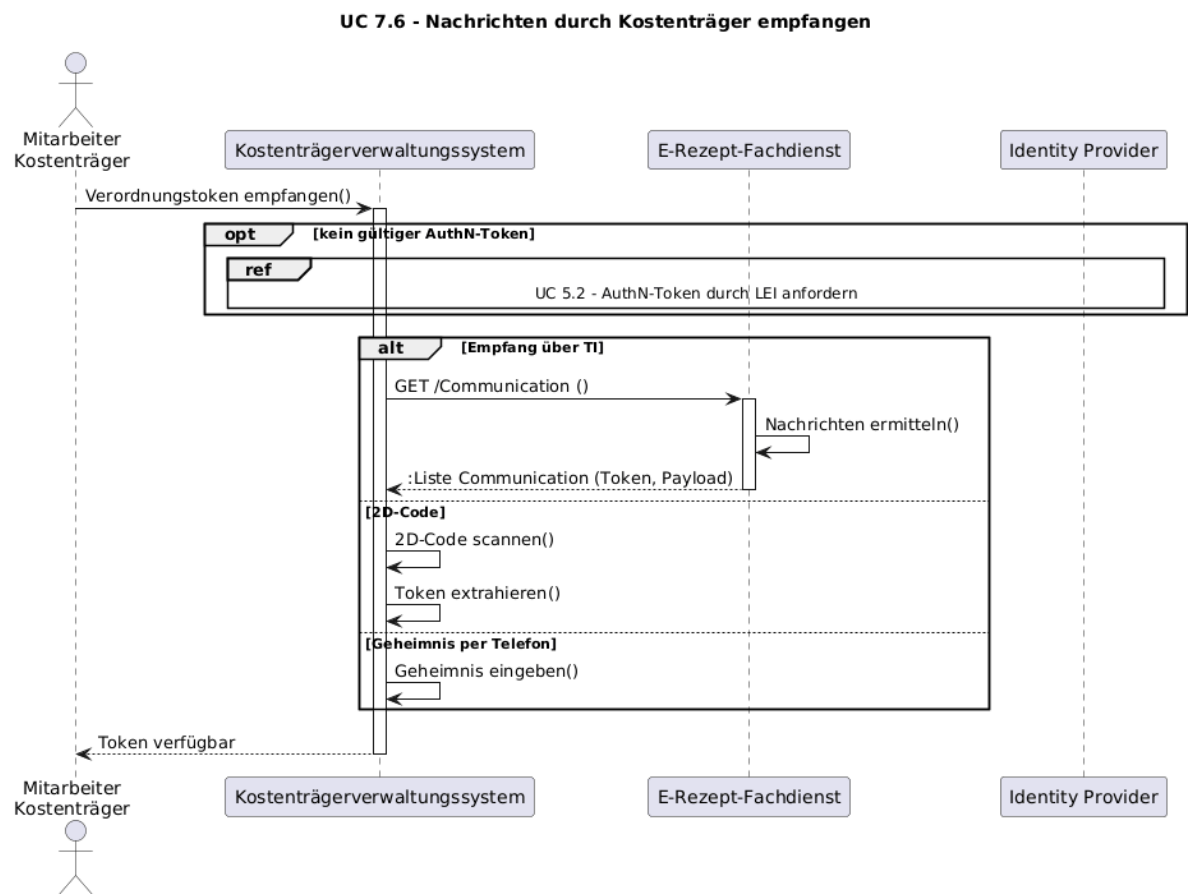
AF_10459 -Anwendungsfall "Nachrichten durch Kostenträger empfangen"

Alle am Anwendungsfall "Nachrichten durch Kostenträger empfangen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC 7.6 - Nachrichten durch Kostenträger empfangen
Vorbedingung	- Ein Versicherter hat den Anwendungsfall "UC 3.3 - Nachricht durch Versicherten übermitteln" ausgeführt. - Das Kostenträgerverwaltungssystem hat sich am E-Rezept-Fachdienst für Subscription registriert. Alternativ kann ein Versicherter persönlich beim Kostenträger: - den 2D-Code des Verordnungstokens ausgedruckt oder

	- den 2D-Code als Anzeige auf einem mobilen Gerät dem Mitarbeiter des Kostenträgers präsentieren oder - das auf dangegebene Geheimnis telefonisch mitteilen.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Der E-Rezept-Fachdienst sendet über die Subscription eine Information an das Kostenträgerverwaltungssystem, dass eine neue Nachricht für den Kostenträger vorliegt. Das Kostenträgerverwaltungssystem fragt beim E-Rezept-Fachdienstes an, ob für die Telematik-ID des Kostenträgers neue Nachrichten vorliegen, und lädt diese herunter. Im Falle der Alternative über den 2D-Code wandelt das Kostenträgerverwaltungssystem die optische Repräsentation in die Textform um.
Nachbedingung	Der Verordnungstoken liegt im Kostenträgerverwaltungssystem vor.

3275



[<=]

3279 **11.11.5 Use Cases zum Anfrage-Workflow**

3280 **11.11.5.1 HKP Anfrage-Workflow starten**

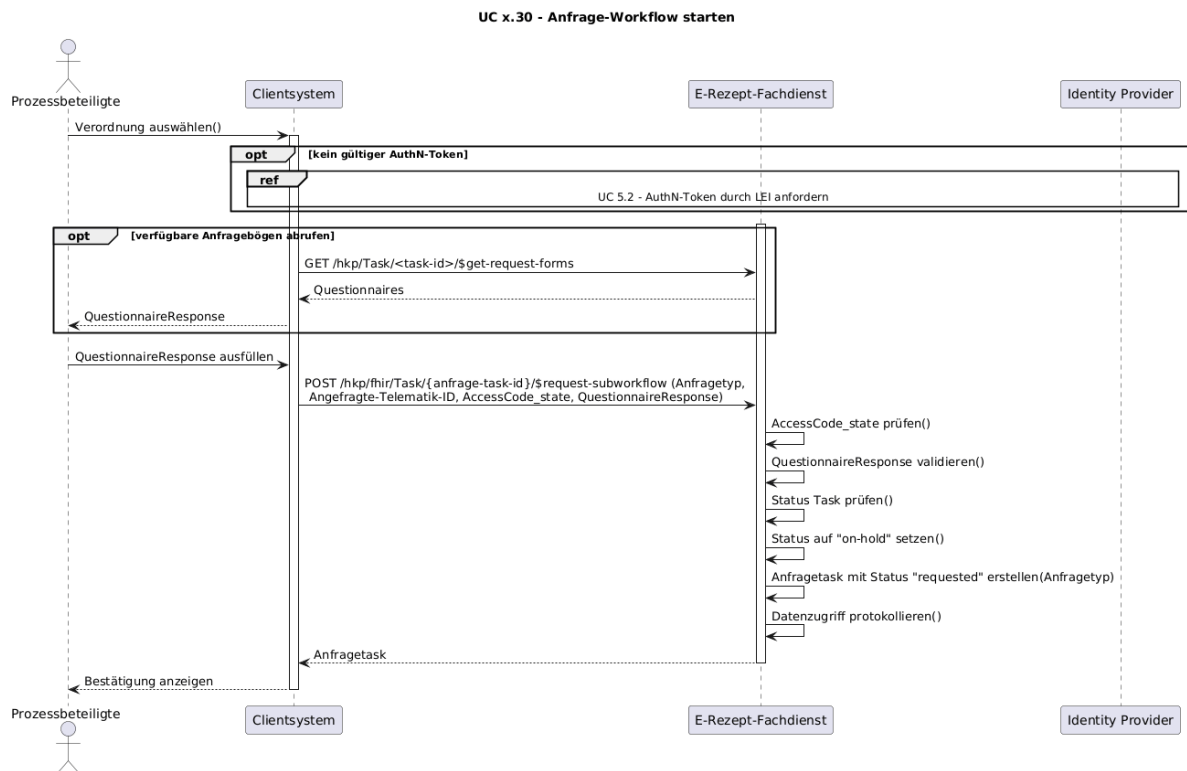
3281 Mit diesem Anwendungsfall kann ein Anfrage-Workflow gestartet werden. Der
3282 Anwendungsfall kann durch den Versicherten, einen Pflegedienst oder einen Kostenträger
3283 ausgeführt werden.

3284 **AF_10460 -Anwendungsfall "Anfrage-Workflow starten"**

3285 Alle am Anwendungsfall "Anfrage-Workflow starten" beteiligten Produkttypen und
3286 Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC x.30 - Anfrage-Workflow starten
Vorbedingung	• Der Verordnungstoken liegt im Clientsystem vor. • Die Verordnung im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "on-hold". • Die passende QuestionnaireResponse ist vorhanden.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Der Prozessbeteiligte füllt die QuestionnaireResponse aus. Das Clientsystem übermittelt beim Aufruf des E-Rezept-Fachdienstes die Art der zu erstellenden Anfrage, die Telematik-ID des Bearbeiters, den AccessCode_state sowie die QuestionnaireResponse. Der E-Rezept-Fachdienst setzt den Status der Verordnung auf "on-hold" und erstellt eine Anfragetask des gewünschten Typs mit dem Status "requested". Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt den neu erstellten Anfragetask an das Clientsystem.
Nachbedingung	• Der Anfragetask im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "requested". • Der der Anfrage zugrundeliegende Workflow hat den Status "on-hold". • Der Start der Anfrage ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert. • Der erstellte Anfragetask ist im Clientsystem vorhanden.

3287



3288

3289

[<=]

3290

3291

3292

3293

Im Anwendungsfall für den Versicherten wird "UC 5.1 - AuthN-Token durch Versicherten anfordern" ausgeführt, sofern kein gültiger AuthN-Token vorhanden ist. Das FdV übermittelt beim Aufruf der Operation \$request-subworkflow keinen AccessCode_state an den E-Rezept-Fachdienst.

3294

11.11.5.2 HKP Anfrage-Workflow zurückziehen

3295

3296

3297

Mit diesem Anwendungsfall kann ein Anfrage-Workflow zurückgezogen werden. Der Anwendungsfall kann durch den Anfragenden (Versicherter, Pflegedienst oder Kostenträger) ausgeführt werden.

3298

3299

3300

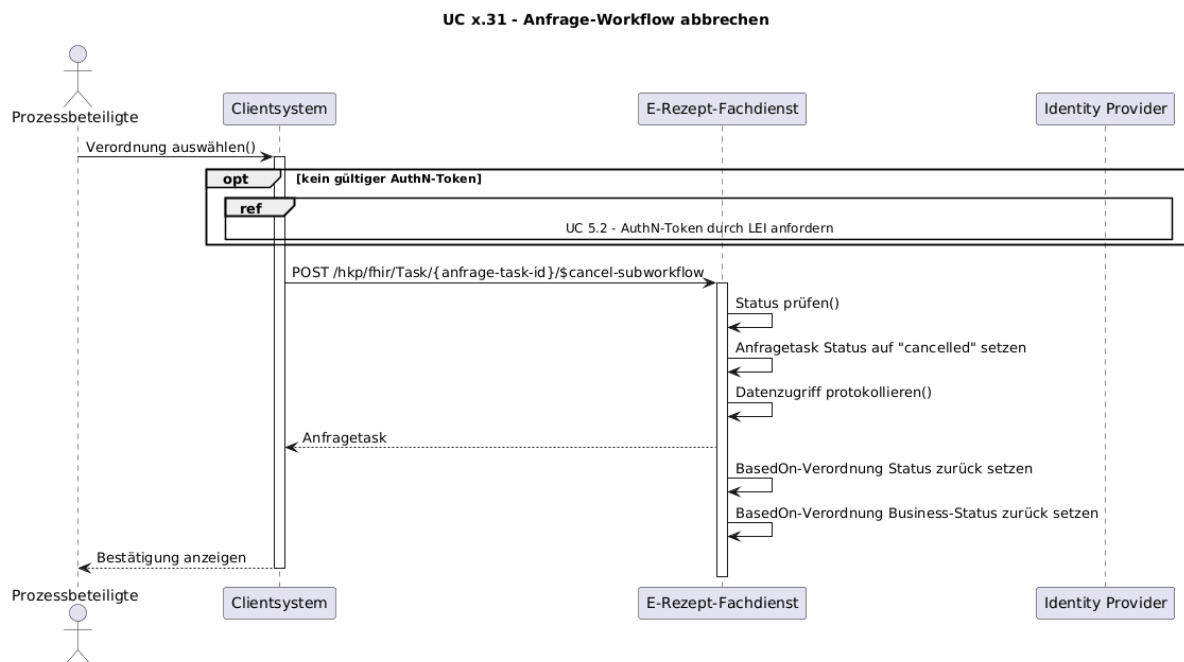
AF_10461 -Anwendungsfall "Anfrage-Workflow abbrechen"

Alle am Anwendungsfall "Anfrage-Workflow abbrechen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC x.31 - Anfrage-Workflow abbrechen
Vorbedingung	Der Prozessbeteiligte hat den Anwendungsfall "UC x.30 - Anfrage-Workflow starten" ausgeführt.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Der Prozessbeteiligte markiert im Clientsystem die Anfrage, die abgebrochen werden soll, und bestätigt dies. Das Clientsystem übermittelt beim Aufruf des E-Rezept-Fachdienstes die Anfragetask-ID. Der E-Rezept-Fachdienst prüft, ob der Status des Anfragetask "requested" ist. Der E-Rezept-Fachdienst setzt den Status des Anfragetasks auf "cancelled" und setzt den fachlichen sowie den technischen Status

	des Workflows, der dem Anfragetask zugrunde liegt, auf den vorherigen Status zurück. Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt den aktualisierten Anfragetask an das Clientsystem.
Nachbedingung	- Der Anfragetask im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "cancelled". - Der Abbruch der Anfrage ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert.. - Der dem Anfragetask zugrunde liegende Workflow im E-Rezept-Fachdienst hat wieder den vorherigen fachlichen und technischen Status.

3301



3302

3303 **[<=]**

3304 Der Versicherte führt "UC 5.1 - AuthN-Token durch Versicherten anfordern" aus, sofern
3305 kein gültiger AuthN-Token vorhanden ist.

3306 11.11.5.3 Alle HKP Anfrage-Workflows abrufen

3307

3308 Mit diesem Anwendungsfall können alle Anfrage-Workflows abgerufen werden. Der
3309 Anwendungsfall kann durch den Anfragenden, den Bearbeiter, dem Versicherten und
3310 weiteren Prozessbeteiligten ausgeführt werden.

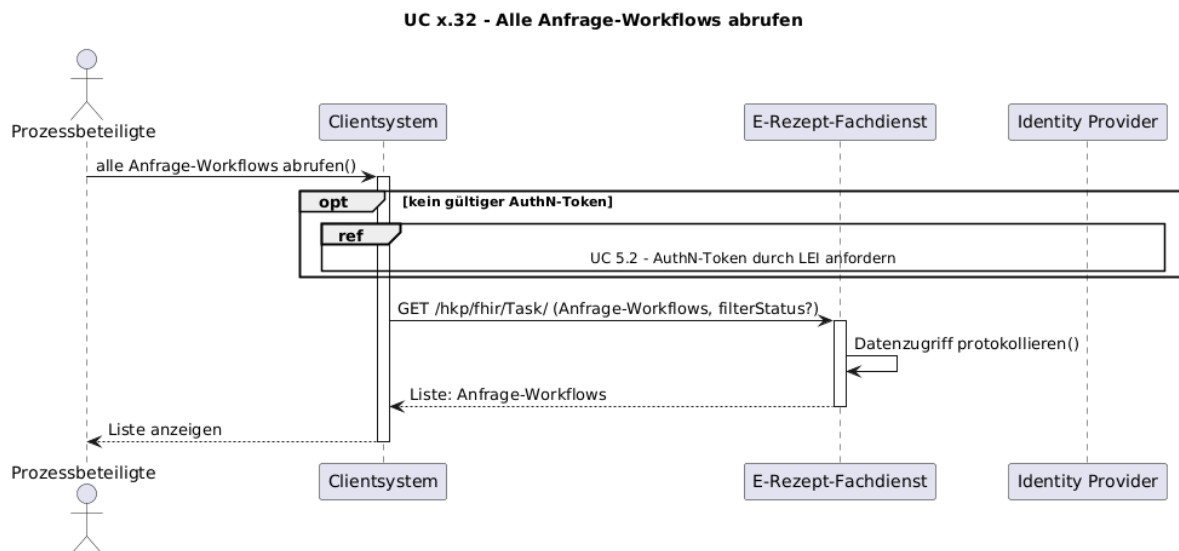
3311 **AF_10462 -Anwendungsfall "Alle Anfrage-Workflows abrufen"**

3312 Alle am Anwendungsfall "Alle Anfrage-Workflows abrufen" beteiligten Produkttypen und
3313 Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC x.32 - Alle Anfrage-Workflows abrufen
-------------	---

Vorbedingung	Keine
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Das Clientsystem fragt beim E-Rezept-Fachdienst alle Anfrage-Workflows an, optional gefiltert nach einem bestimmten Status. Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt eine Liste der Anfrage-Workflows an das Clientsystem.
Nachbedingung	- Der Abruf der Liste ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert. - Das Clientsystem hat eine Liste der Anfrage-Workflows erhalten.

3314



3315
3316

[<=]

3317 Im Anwendungsfall für den Versicherten wird "UC 5.1 - AuthN-Token durch Versicherten
3318 anfordern" ausgeführt, sofern kein gültiger AuthN-Token vorhanden ist.

3319 **11.11.5.4 Ein HKP Anfrage-Workflows abrufen**

3320 Mit diesem Anwendungsfall kann ein Anfrage-Workflow abgerufen werden. Der
3321 Anwendungsfall kann durch den Anfragenden, den Bearbeiter, dem Versicherten und
3322 weiteren Prozessbeteiligten ausgeführt werden.

3323 **AF_10463 -Anwendungsfall "Anfrageinformationen abrufen"**

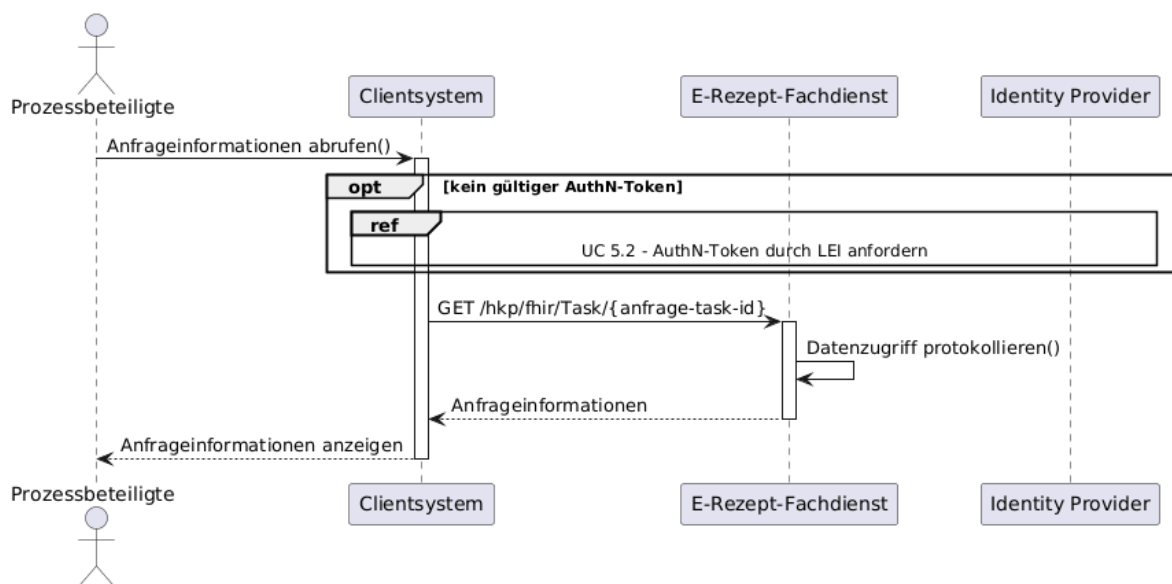
3324 Alle am Anwendungsfall "Anfrageinformationen abrufen" beteiligten Produkttypen und
3325 Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC x.33 - Anfrageinformationen abrufen
Vorbedingung	Keine
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Der Prozessbeteiligte markiert im Clientsystem eine Anfrage, die aktualisiert werden soll, und bestätigt dies. Das Clientsystem übermittelt beim Aufruf des E-Rezept-

	Fachdienstes die Anfragetask-ID. Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt die Anfrageinformationen an das Clientsystem.
Nachbedingung	- Der Abruf der Anfrage ist im E-Rezept-Fachdienst für den Versicherten protokolliert. - Das Clientsystem hat die Anfrageinformationen erhalten.

3326

UC x.33 - Anfrageinformationen abrufen



3327

3328 **[<=]**

3329 Im Anwendungsfall für den Versicherten wird "UC 5.1 - AuthN-Token durch Versicherten
3330 anfordern" ausgeführt, sofern kein gültiger AuthN-Token vorhanden ist.

3331 **11.11.5.5 HKP Anfrage-Workflow zum Bearbeiten abrufen**

3332 Mit diesem Anwendungsfall kann ein Anfrage-Workflow zum Bearbeiten abgerufen
3333 werden. Der Anwendungsfall kann durch den Bearbeiter (Verordnender, Pflegedienst oder
3334 Kostenträger) ausgeführt werden.

3335 **AF_10464 -Anwendungsfall "Anfrage-Workflow zur Bearbeitung abrufen"**

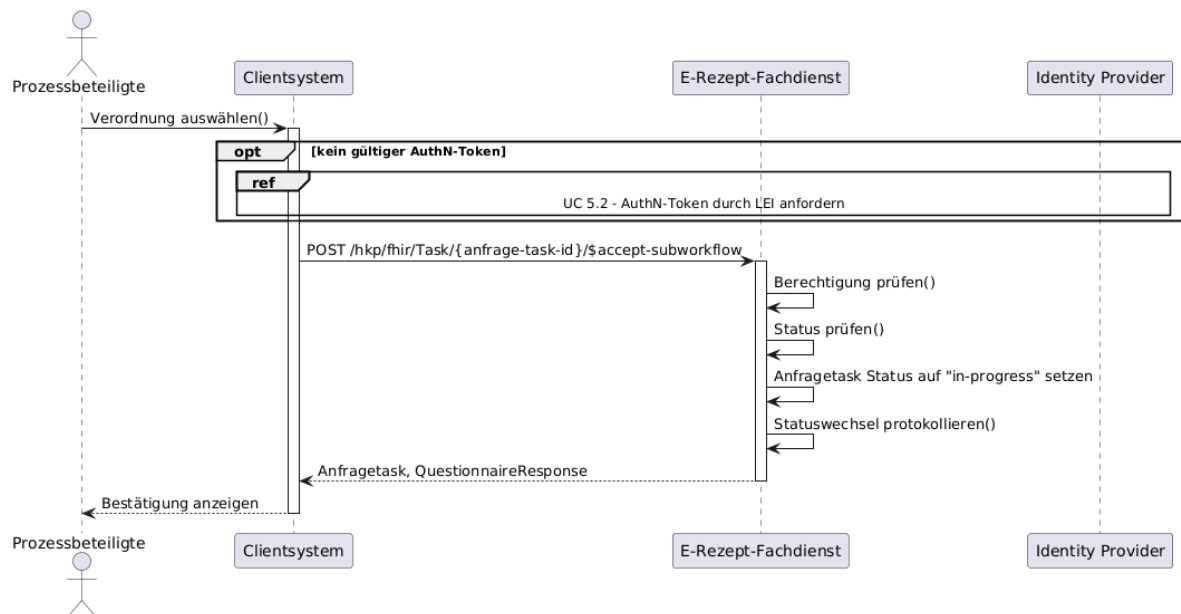
3336 Alle am Anwendungsfall "Anfrage-Workflow zur Bearbeitung abrufen" beteiligten
3337 Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC x.34 - Anfrage-Workflow zur Bearbeitung abrufen
Vorbedingung	- Der Prozessbeteiligte ist im Anfragetask als Bearbeiter zugewiesen. - Der Anfragetask hat den Status "requested".
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Der Prozessbeteiligte wählt einen zugewiesenen Anfragetask aus. Das Clientsystem ruft anhand der Anfragetask-ID den

	Anfragetask sowie die QuestionnaireResponse beim E-Rezept-Fachdienst ab. Der E-Rezept-Fachdienst prüft den Status des Anfragetasks. Der E-Rezept-Fachdienst setzt den Status des Anfragetasks auf "in-progress".
Nachbedingung	• Der Anfragetask im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "in-progress". • Der E-Rezept-Fachdienst protokolliert den Statuswechsel für den Versicherten. • Der Anfragetask steht im Clientsystem zur Anzeige bereit.

3338

UC x.34 - Anfrage-Workflow zur Bearbeitung abrufen



3339

3340

[<=]

3341

3342

11.11.5.6 HKP Anfrage-Workflow abschließen

3343

Mit diesem Anwendungsfall kann ein Anfrage-Workflow abgeschlossen werden. Der Anwendungsfall kann durch den Bearbeiter (Verordnender, Pflegedienst oder Kostenträger) ausgeführt werden.

3344

3345

AF_10465 -Anwendungsfall "Anfrage-Workflow abschließen"

3346

Alle am Anwendungsfall "Anfrage-Workflow abschließen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

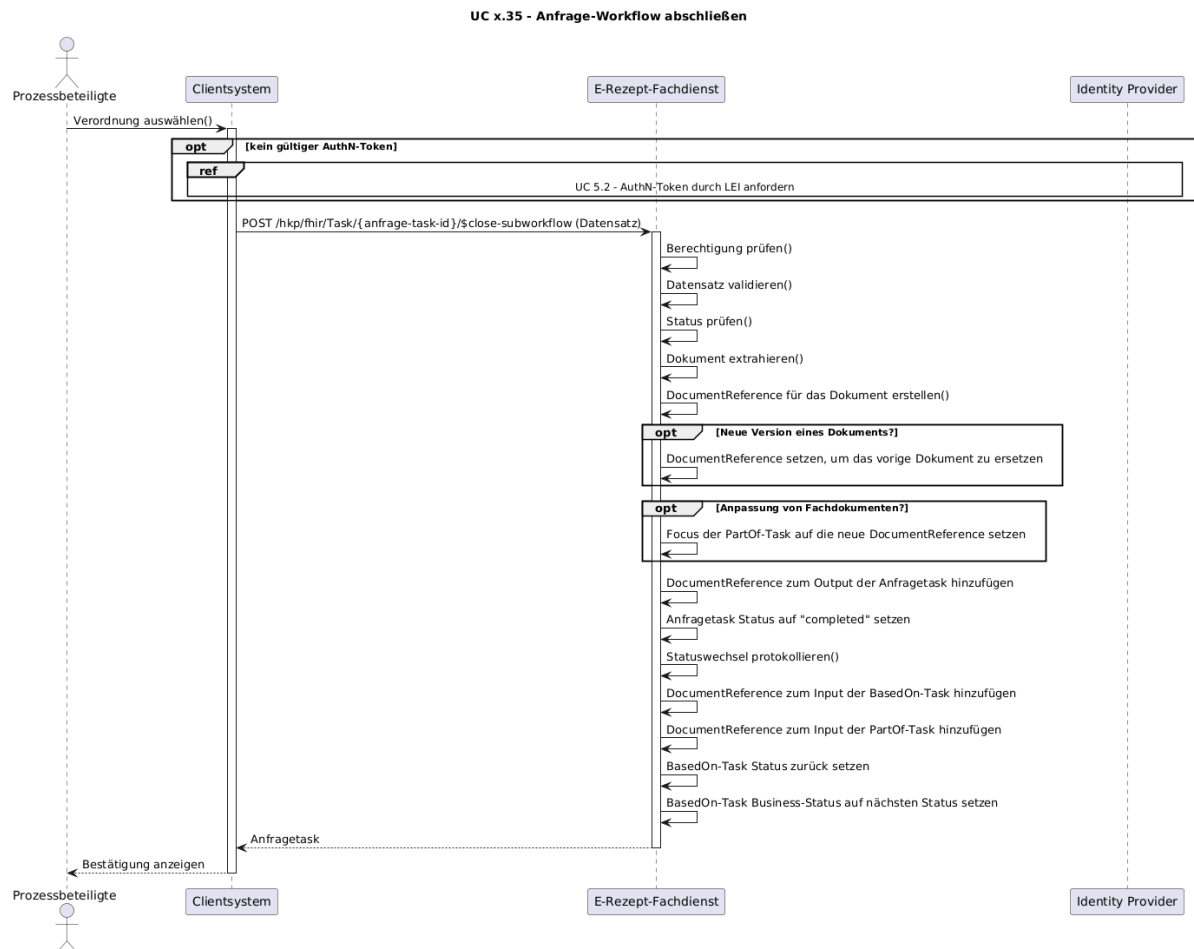
3347

3348

Name	UC x.35 - Anfrage-Workflow abschließen
Vorbedingung	• Der Prozessbeteiligte ist im Anfragetask als Bearbeiter zugewiesen. • Der Prozessbeteiligte hat den Anwendungsfall "UC x.34 - Anfrage-

	Workflow zur Bearbeitung abrufen" durchgeführt. • Der Anfragetask hat den Status "in-progress".
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Ein Prozessbeteiligter markiert im Clientsystem eine Anfrage, die abgeschlossen werden soll, und bestätigt dies. Das Clientsystem übermittelt beim Aufruf des E-Rezept-Fachdienstes die Anfragetask-ID sowie den benötigten Datensatz, der das Dokument beinhaltet. Der E-Rezept-Fachdienst extrahiert das Dokument und erstellt dafür eine DocumentReference mit Metadaten. Der E-Rezept-Fachdienst fügt diese DocumentReference dem Output des Anfragetask sowie dem Input des Verordnungs-Tasks hinzu. Der E-Rezept-Fachdienst setzt den Status des Anfragetasks auf "completed", setzt den fachlichen Status des Workflows, der dem Anfragetask zugrunde liegt, auf den nächsten Status und den technischen Status der Verordnung wieder auf den vorherigen Status zurück. Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt den aktualisierten Anfragetask an das Clientsystem.
Nachbedingung	• Der Anfragetask im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "completed". • Der Workflow, der dem Anfragetask zugrunde liegt, hat wieder den vorherigen technischen Status und den nächsten fachlichen Status. • Der E-Rezept-Fachdienst protokolliert den Statuswechsel für den Versicherten. • Der aktualisierte Anfragetask steht im Clientsystem bereit.

3349



3350

3351

[<=]

3352

3353

11.11.5.7 HKP Anfrage-Workflow ablehnen

3354

Mit diesem Anwendungsfall kann ein Anfrage-Workflow abgelehnt werden. Der Anwendungsfall kann durch den Bearbeiter (Verordnender, Pflegedienst oder Kostenträger) ausgeführt werden.

3355

3356

3357

AF_10466 -Anwendungsfall "Anfrage-Workflow ablehnen"

3358

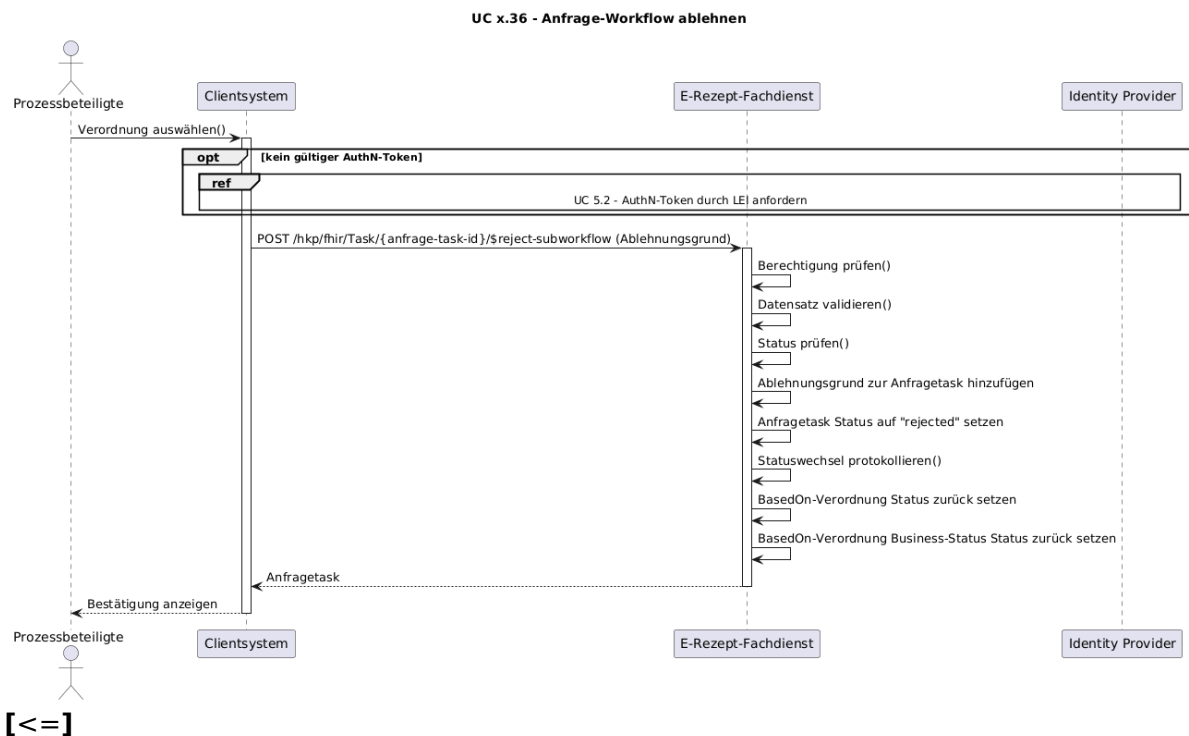
Alle am Anwendungsfall "Anfrage-Workflow ablehnen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

3359

Name	UC x.36 - Anfrage-Workflow ablehnen
Vorbedingung	- Der Prozessbeteiligte ist im Anfragetask als Bearbeiter zugewiesen. - Der Prozessbeteiligte hat den Anwendungsfall "UC x.34 - Anfrage-Workflow zur Bearbeitung abrufen" durchgeführt. - Der Anfragetask hat den Status "in-progress".
Kurzbeschreibung	Ein Prozessbeteiligter markiert im Clientsystem eine Anfrage, die

g (Außenansicht)	abgelehnt werden soll, und bestätigt dies. Das Clientsystem übermittelt beim Aufruf des E-Rezept-Fachdienstes die Anfragetask-ID sowie den Ablehnungsgrund. Der E-Rezept-Fachdienst setzt den Status des Anfragetasks auf "rejected" und setzt den fachlichen sowie den technischen Status der Verordnung, die dem Anfragetask zugrunde liegt, auf den vorherigen Status zurück. Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt den aktualisierten Anfragetask an das Clientsystem.
Nachbedingung	• Der Anfragetask im E-Rezept-Fachdienst hat den Status "rejected". • Die dem Anfragetask zugrunde liegende Verordnung im E-Rezept-Fachdienst hat wieder den vorherigen fachlichen und technischen Status. • Der E-Rezept-Fachdienst protokolliert den Statuswechsel für den Versicherten. • Der aktualisierte Anfragetask steht im Clientsystem bereit.

3360



3361
3362
3363

3364 11.11.6 Use Cases zum Dokumentenmanagement

3365 11.11.6.1 Workflow-begleitendes Dokument einstellen

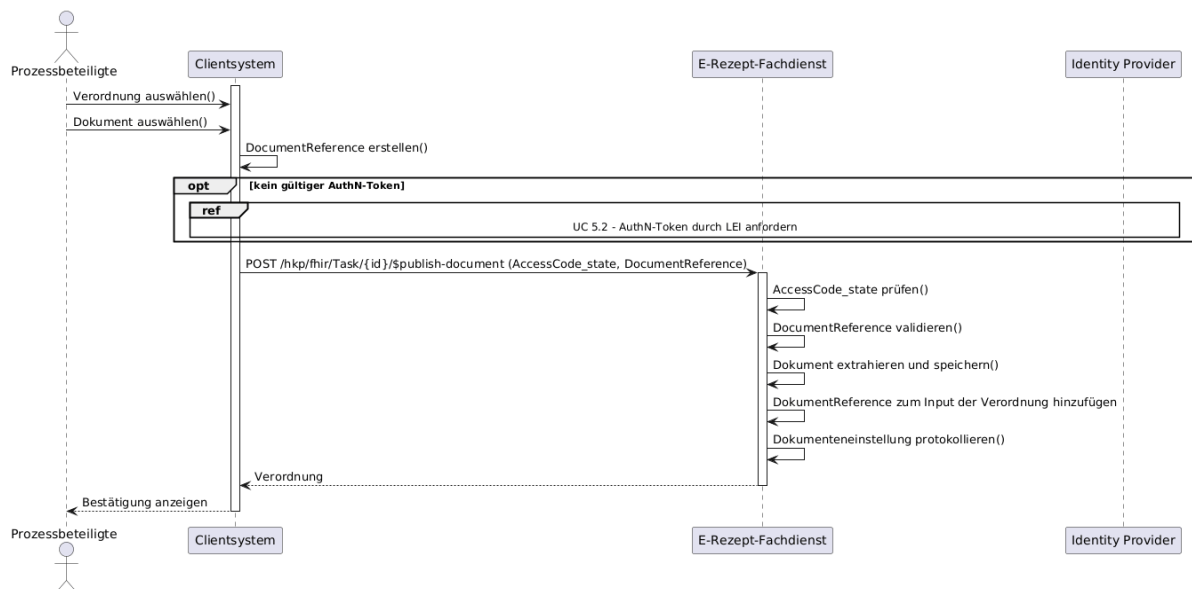
3366 Mit diesem Anwendungsfall kann ein Workflow-begleitendes Dokument eingestellt
3367 werden. Der Anwendungsfall kann durch den Verordnender, einen Pflegedienst oder den
3368 Kostenträger ausgeführt werden.

AF_10467 -Anwendungsfall "Workflow-begleitendes Dokument einstellen"

Alle am Anwendungsfall "Workflow-begleitendes Dokument einstellen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC x.50 - Workflow-begleitendes Dokument einstellen
Vorbedingung	Der Verordnungstoken liegt im Clientsystem vor.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Ein Prozessbeteiligte markiert im Clientsystem eine Verordnung, für die ein Dokument hochgeladen werden soll, und bestätigt dies. Das Clientsystem erstellt eine DocumentReference mit dem Dokument als Blob sowie den zugehörigen Metadaten. Das Clientsystem übermittelt beim Aufruf des E-Rezept-Fachdienstes die Verordnungs-ID, den AccessCode_state sowie die DocumentReference. Der E-Rezept-Fachdienst extrahiert das Dokument und speichert es. Der E-Rezept-Fachdienst fügt die DocumentReference dem Input des Workflows zur Verordnung hinzu. Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt die aktualisierte Verordnung an das Clientsystem.
Nachbedingung	- Der E-Rezept-Fachdienst protokolliert das Hinzufügen des Dokuments für den Versicherten. - Die aktualisierte Verordnung steht im Clientsystem bereit.

UC x.50 - Workflow-begleitende Dokument einstellen



[<=]

11.11.6.2 Alle Dokumente zu einem Task abrufen

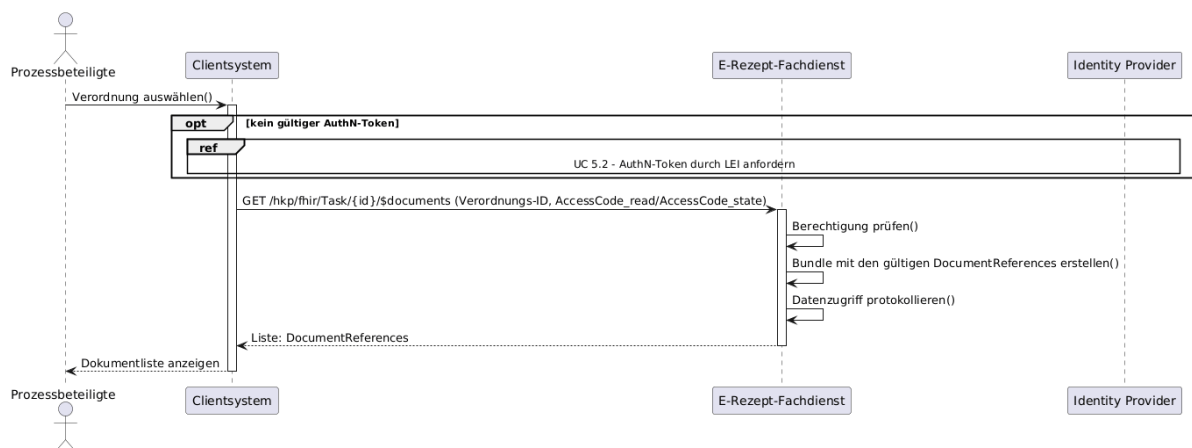
Mit diesem Anwendungsfall können alle Dokumente zu einem Task abgerufen werden. Der Anwendungsfall kann durch den Versicherten, den Verordnender, einen Pflegedienst oder einen Kostenträger ausgeführt werden.

AF_10468 -Anwendungsfall "Alle Dokumente zu einem Task abrufen"

Alle am Anwendungsfall "Alle Dokumente zu einem Task abrufen" beteiligten Produkttypen und Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC x.51 - Alle Dokumente zu einem Task abrufen
Vorbedingung	Der Verordnungstoken liegt im Clientsystem vor.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Ein Prozessbeteiligte markiert im Clientsystem eine Verordnung, für die die Dokumente abgerufen werden sollen, und bestätigt dies. Das Clientsystem übermittelt beim Aufruf des E-Rezept-Fachdienstes die Verordnungs-ID sowie entweder den AccessCode_read oder AccessCode_state. Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt die aktuellen gültigen Dokumente der Verordnung als Bundle mit DocumentReferences an das Clientsystem.
Nachbedingung	- Der E-Rezept-Fachdienst protokolliert den Abruf der Dokumente für den Versicherten. - Die Bundle mit den DocumentReferences steht im Clientsystem bereit.

UC x.51 - Alle Dokumente zu einem Task abrufen



[<=]

Im Anwendungsfall für den Versicherten wird "UC 5.1 - AuthN-Token durch Versicherten anfordern" ausgeführt, sofern kein gültiger AuthN-Token vorhanden ist.

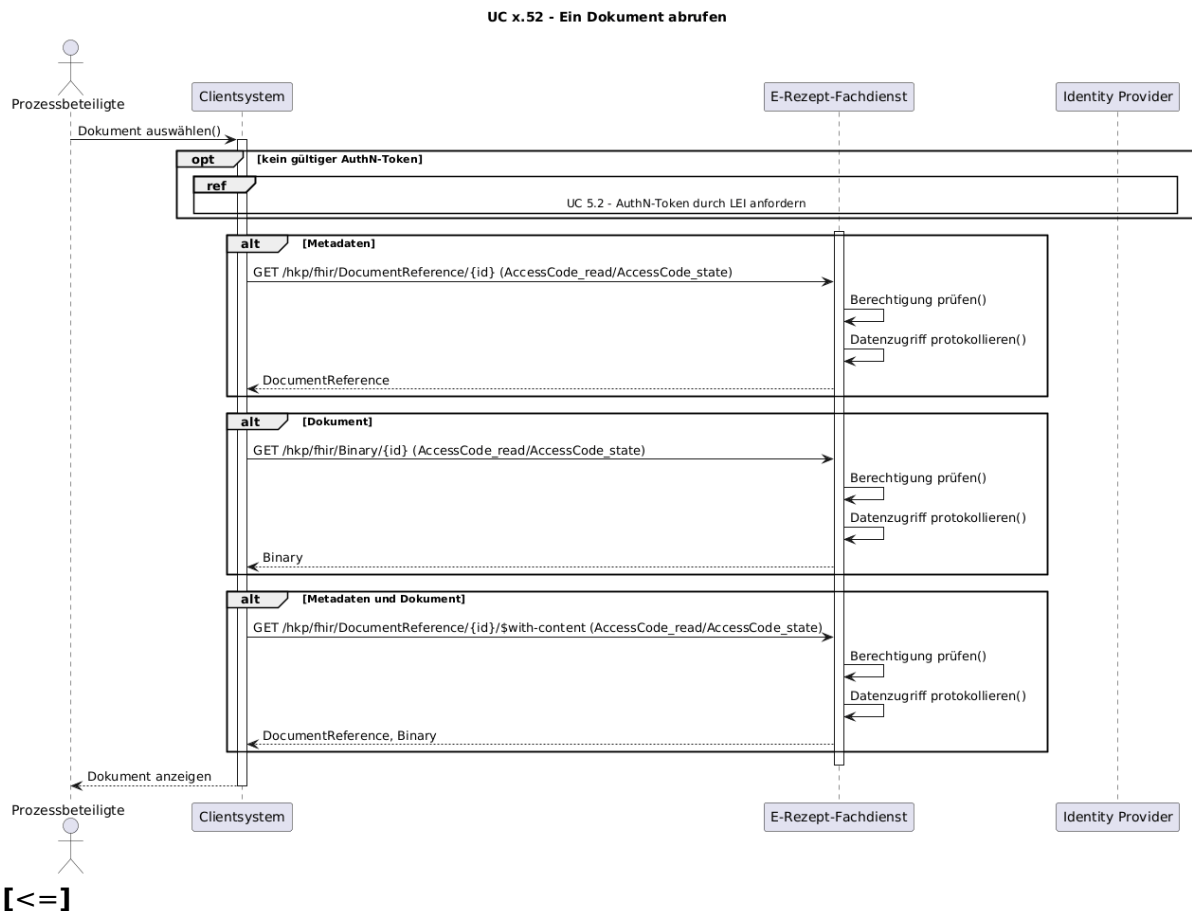
11.11.6.3 Ein Dokument abrufen

Mit diesem Anwendungsfall kann ein Dokument abgerufen werden. Der Anwendungsfall kann durch den Versicherten, den Verordnenden, einen Pflegedienst oder den Kostenträger ausgeführt werden.

3392 **AF_10469 -Anwendungsfall "Ein Dokument abrufen"**
 3393 Alle am Anwendungsfall "Ein Dokument abrufen" beteiligten Produkttypen und
 3394 Komponenten MÜSSEN die nachfolgenden Festlegungen umsetzen.

Name	UC x.52 - Ein Dokument abrufen
Vorbedingung	- Der Verordnungstoken liegt im Clientsystem vor. - Die Dokument-ID des Dokuments liegt im Clientsystem vor.
Kurzbeschreibung (Außenansicht)	Ein Prozessbeteiligte markiert im Clientsystem ein Dokument, das abgerufen werden sollen, und bestätigt dies. Das Clientsystem übermittelt beim Aufruf des E-Rezept-Fachdienstes die Document-ID sowie entweder den AccessCode_read oder den AccessCode_state. Der E-Rezept-Fachdienst übermittelt die Metadaten des Dokuments und/oder das Dokument an das Clientsystem.
Nachbedingung	- Der E-Rezept-Fachdienst protokolliert den Abruf des Dokuments für den Versicherten. - Die Metadaten des Dokuments und/oder das Dokument stehen im Clientsystem bereit.

3395



3396
3397

3398 Im Anwendungsfall für den Versicherten wird "UC 5.1 - AuthN-Token durch Versicherten
3399 anfordern" ausgeführt, sofern kein gültiger AuthN-Token vorhanden ist. Das FdV
3400 übermittelt beim Aufruf der Operation \$request-subworkflow keinen AccessCode_state an
3401 den E-Rezept-Fachdienst.

12 Datenschutz und Informationssicherheit

Da das Feature zur elektronischen Verordnung von häuslicher Krankenpflege in den bestehenden E-Rezept-Fachdienst integriert wird, gilt grundsätzlich das Datenschutz- und Sicherheitskonzept des E-Rezept-Fachdienstes, insbesondere das Bedrohungsmodell und die Maßnahmen, die zum Schutz der dort verarbeiteten Daten getroffen wurden.

Ergänzend gelten folgende Punkte:

Die gesetzliche Grundlage für das Feature zur elektronischen Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist durch § 312 Abs. 1 Nr. 12 SGB V gegeben.

Das Feature erweitert den Nutzerkreis des E-Rezept-Fachdienstes um die Leistungserbringerinstitutionenrolle „ambulanter Pflegedienst“, die auch als technische Rolle (oid_institution-pflege) abgebildet wird. Die fachlich relevante Leistungserbringerrolle „Pflegefachperson“ wird hingegen nicht in einer technischen Rolle abgebildet, da der Zugriff auf den Fachdienst durch Leistungserbringer und Kostenträger weiterhin rollenbasiert funktioniert. Der Zugriff von Kostenträgern beruht auf § 312 Abs. 7 SGB V sowie dem zukünftigen § 361c des Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GDIG, Stand: Kabinettsentwurf).

Seitens der Client-Systeme, die auf den Fachdienst zugreifen, kommt das Kostenträgerverwaltungssystem (KTRVS) und das Pflegeprimärsystem (PPS) hinzu.

Maßgebliche neue Informationsobjekte des Features sind:

- der neue Verordnungstyp (Datenklasse: personenbezogene medizinische Daten)
- Verordnungstoken (entspricht E-Rezept-Token)
- begleitende Dokumente (Datenklasse: personenbezogene medizinische Daten)
- der Telefon-Code (Datenklasse: Daten mit Sicherheitsrelevanz)
- AccessCode_state (Datenklasse: Daten mit Sicherheitsrelevanz)
- AccessCode_read (Datenklasse: Daten mit Sicherheitsrelevanz)

Die Autorisierung für den Zugriff auf die Daten einer Verordnung ist wie folgt geregelt:

Versicherte greifen mittels FdV mit E-Rezept-Funktionalität auf die Verordnungen im E-Rezept-Fachdienst zu. Nach einer erfolgreichen Authentisierung ist der Versicherte zum Zugriff auf seine Daten im E-Rezept-Fachdienst autorisiert. Der Versicherte erhält beim Abruf seiner Verordnungen die Daten für das Erstellen eines Verordnungstokens, den er entweder mittels einer Nachricht an einen Pflegedienst bzw. seinem Kostenträger senden kann oder bei einem Pflegedienst vor Ort als 2D-Code anzeigen und scannen lassen kann.

Leistungserbringer in der Rolle „verordnender Leistungserbringer“ erhalten beim Erzeugen einer Verordnung den AccessCode_state, mit dem sie anschließend auf die Verordnung zugreifen können.

Leistungserbringer in der Rolle „ambulanter Pflegedienst“ werden vom Versicherten

- mittels FdV entweder für das Lesen der Verordnung (AccessCode_read) im Rahmen einer unverbindlichen Anfrage oder für das Einlösen der Verordnung (AccessCode_state) oder
- für das Einlösen der Verordnung über das Präsentieren einer eGK und das PoPP-Verfahren oder
- für das Einlösen der Verordnung über (AccessCode_state) auf dem Patientenaufdruck

3444 autorisiert.

3445 Kostenträger werden vom Versicherten mittels FdV oder dem Patientenausdruck für einen
3446 Zugriff berechtigt (AccessCode_state).

3447 Nach § 361c Abs. 3 GDIG (Stand: Kabinettsentwurf) können Versicherte einen Zugriff
3448 durch die Kostenträger auch ohne Zurverfügungstellung eines Verordnungstoken
3449 autorisieren. Dies wird durch einen Telefon-Code ermöglicht, den Versicherte dem
3450 Kostenträger telefonisch übermitteln können und der auf dem Patientenausdruck steht.
3451 Dieser Code wird durch den Fachdienst generiert und beim Erzeugen einer Verordnung
3452 durch ein PS eines verordnenden Leistungserbringers vom Fachdienst an das PVS
3453 übertragen. Die Eigenschaften des Telefon-Codes werden in der Spezifikation festgelegt
3454 und folgend ggf. auftretende Implikationen (z.B. Restrisiken) daraus betrachtet. Durch
3455 einen Zugriff des Kostenträgers mittels Telefon-Codes erhält dieser für weitere Zugriffe
3456 einen Verordnungstoken. Um den Anwendungsfall des Clearings zwischen Kostenträgern
3457 bei Unzuständigkeit eines Kostenträgers zu unterstützen, ist es erforderlich, dass der
3458 Kostenträger, der vom Versicherten den Telefon-Code erhalten hat, den
3459 Verordnungstoken an einen anderen Kostenträger weitergeben kann, damit dieser auf die
3460 Verordnungsdaten zugreifen kann. Der Versicherte kann den Zugriff des anderen
3461 Kostenträgers in seinem Zugriffsprotokoll nachvollziehen.

3462 Der Zugriff auf die Protokolle der Versicherten ist zunächst – wie bisher – nur durch den
3463 Versicherten selbst mittels FdV möglich. Zusätzlich sieht das GDIG in § 307 Abs. 5 vor,
3464 dass die koordinierende Stelle in der gematik zukünftig Betroffenen auf Anforderung
3465 Auskunft über die Protokolldaten der Zugriffe erteilt. Diese Zugriffe durch die gematik
3466 sind in diesem Konzept noch nicht berücksichtigt.

3467 Neben Verordnungsdaten werden begleitende Dokumente dazu im Fachdienst
3468 verarbeitet. Die zugelassenen Dokumententypen entsprechen denen, die für die ePA
3469 zugelassen sind. Damit wird die Schad-Code-Problematik gleichartig zur ePA behandelt.

3470 Grenzen der Sicherheitsleistung:

3471 Die Abrechnung von Verordnungen für Versicherte mit einem Kostenträger erfolgt
3472 außerhalb der Fachanwendung.

3473 Versicherte sind – wie bisher auch – für einen sorgfältigen Umgang mit dem
3474 Patientenausdruck verantwortlich und müssen diesen vor Beschädigung, Zerstörung
3475 sowie Verlust schützen.

3476 Die Weitergabe von Verordnungstoken zwischen Beteiligten ist anwendungsfallabhängig
3477 eine Notwendigkeit und erfolgt nicht mittels des E-Rezept-Fachdienstes. Dass die am
3478 Austausch beteiligten Akteure sichere Übermittlungsverfahren (z.B. KIM, TI-M) dafür
3479 auswählen, liegt in ihrer Verantwortung.

3480

3481

3482

3483

3484

13 Anhang A - Verzeichnisse

13.1 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

3487

3488 **13.2 Abbildungsverzeichnis**

3489	Abbildung 1: Gesamtprozess der elektronischen Verordnung häuslicher Krankenpflege	
3490	(ohne Sonderfälle) und Abgrenzung der Inhalte des Fachkonzepts.....	11
3491	Abbildung 2: Übersicht über den Verordnungsprozess.....	37
3492	Abbildung 3: Beispielhafte Darstellung der verordneten Leistungen in dem TI-	
3493	Demonstrator.....	39
3494	Abbildung 4: Übersicht über den Einlöseprozess.....	44
3495	Abbildung 5: Fachliches Statusmodell.....	63
3496	Abbildung 6 : Systemüberblick HKP.....	92
3497	Abbildung 7 : Technisches Statusmodell des Verordnungs-Workflows.....	95
3498	Abbildung 8 : Zulässige Übergänge in den technischen Status cancelled.....	95
3499	Abbildung 9 : Statusübergänge des Verordnungs-Workflows.....	99
3500	Abbildung 10 : Anfrage-Workflow Statusübergänge.....	103
3501	Abbildung 11: Validierung von QuestionnaireResponse zu Questionnaire.....	116
3502	Abbildung 12: Fachlicher Soll-Prozess der elektronischen Verordnung von häuslicher	
3503	Krankenpflege.....	185
3504		

3505 **13.3 Tabellenverzeichnis**

3506	Tabelle 1: Übersicht über vorwiegend verwendete Begriffe im Fachkonzept.....	13
3507	Tabelle 2: Übersicht Leistungsgewährungsprinzipien.....	18
3508	Tabelle 3: Anwendungsfälle des fachlichen Soll-Prozesses.....	35
3509	Tabelle 4 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'initialisiert'.....	64
3510	Tabelle 5 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'offen'.....	66
3511	Tabelle 6 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'zugewiesen'.....	68
3512	Tabelle 7 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'Antragsprüfung'.....	70
3513	Tabelle 8 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'Korrekturanfrage'.....	72
3514	Tabelle 9 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'zugewiesen (beschieden)'	
3515		74

3516	Tabelle 10 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'abgeschlossen'.....	75
3517	Tabelle 11 : Erläuterungen zum fachlichen Statusmodell - Status 'gelöscht'.....	76
3518	Tabelle 12: Übersicht über die Datensätze, deren Inhalte, Signaturen, Speicherorte und	
3519	Rechte der einzelnen Akteure.....	77
3520	Tabelle 13: Übersicht über Gültigkeiten und Löschregeln.....	85
3521	Tabelle 14: Übersicht über die Anpassungsbedarfe der gesetzlichen Rahmenbedingungen	
3522		86
3523	Tabelle 15 : Technisches Statusmodell - Status.....	94
3524	Tabelle 16 : Business Statusmodell.....	96
3525	Tabelle 17 : Statusübergänge.....	99
3526	Tabelle 18 : Anfrage-Workflow Rollen.....	102
3527	Tabelle 19 : Anfrage-Workflow - Statusmodell.....	102
3528	Tabelle 20 : Anfrage-Workflow - Statusübergänge.....	103
3529	Tabelle 21 : Anfrage-Workflow - Fachliches Datenmodell.....	105
3530	Tabelle 22 : Anfrage-Workflow - Rolle mit Statusübergang.....	107
3531	Tabelle 23 : Anfrage-Workflow - Operation "\$get-request-forms".....	108
3532	Tabelle 24 : Anfrage-Workflow - Operation "\$request-subworkflow".....	109
3533	Tabelle 25 : Anfrage-Workflow - Operation "\$cancel-subworkflow".....	109
3534	Tabelle 26 : Anfrage-Workflow - Suche Anfrage-Task.....	110
3535	Tabelle 27 : Anfrage-Workflow - Suche Bundle Anfrage-Tasks.....	110
3536	Tabelle 28 : Anfrage-Workflow - Operation "\$accept-subworkflow".....	111
3537	Tabelle 29 : Anfrage-Workflow - Operation "\$get-proposal".....	112
3538	Tabelle 30 : Anfrage-Workflow - Operation "\$close-subworkflow".....	113
3539	Tabelle 31 : Anfrage-Workflow - Operation "\$reject-subworkflow".....	114
3540	Tabelle 32 : Struktur eines Questionnaire (schematisch).....	115
3541	Tabelle 33 : Struktur einer QuestionnaireResponse (schematisch).....	115
3542	Tabelle 34: Questionnaire FHIR-Artefakte.....	116
3543	Tabelle 35: Questionnaire FHIR-Artefakte Korrektur.....	117
3544	Tabelle 36 : Struktur der drei Operationstypen im Questionnaire-Profil.....	118
3545	Tabelle 37: Anfrage-Workflow - HKP Antragsprüfung durch Versicherten.....	121
3546	Tabelle 38: Anfrage-Workflow - HKP Antragsprüfung durch Pflegedienst.....	122
3547	Tabelle 39: Anfrage-Workflow - HKP Korrektur-Anfrage Pflegedienst Verordnender.....	123
3548	Tabelle 40: Anfrage-Workflow - HKP Korrektur-Anfrage Kostenträger Verordnender.....	123
3549	Tabelle 41: Anfrage-Workflow - HKP Korrektur-Anfrage Kostenträger Pflegedienst.....	124
3550	Tabelle 42: HKP Datenmodelle.....	125
3551	Tabelle 43: Dokumente im HKP-Workflow.....	134
3552	Tabelle 44: Löschfristen.....	137
3553	Tabelle 45: Übersicht über die im Dokument verlinkten Demonstratoren.....	186

3554	Tabelle 46: Überblick über die beteiligten Akteure - im MVP und Ausbaustufen.....188
3555	Tabelle 47: Überblick über die Anwendungsfälle - im MVP und Ausbaustufen.....189
3556	

3557 13.4 Referenzierte Dokumente

3558 13.4.1 Dokumente der gematik

3559 Die nachfolgende Tabelle enthält die Bezeichnung der in dem vorliegenden Dokument
3560 referenzierten Dokumente der gematik zur Telematikinfrastruktur.

3561

[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

3562

3563 13.4.2 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-protocol-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/sgb_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
[ImplementationsGuideSDC]	HL7 International, Structured Data Capture 4.0.0 - STU 4, 2026 URL: https://hl7.org/fhir/uv/sdc/en/

14 Anhang

14.1 Fachlicher Soll-Prozess

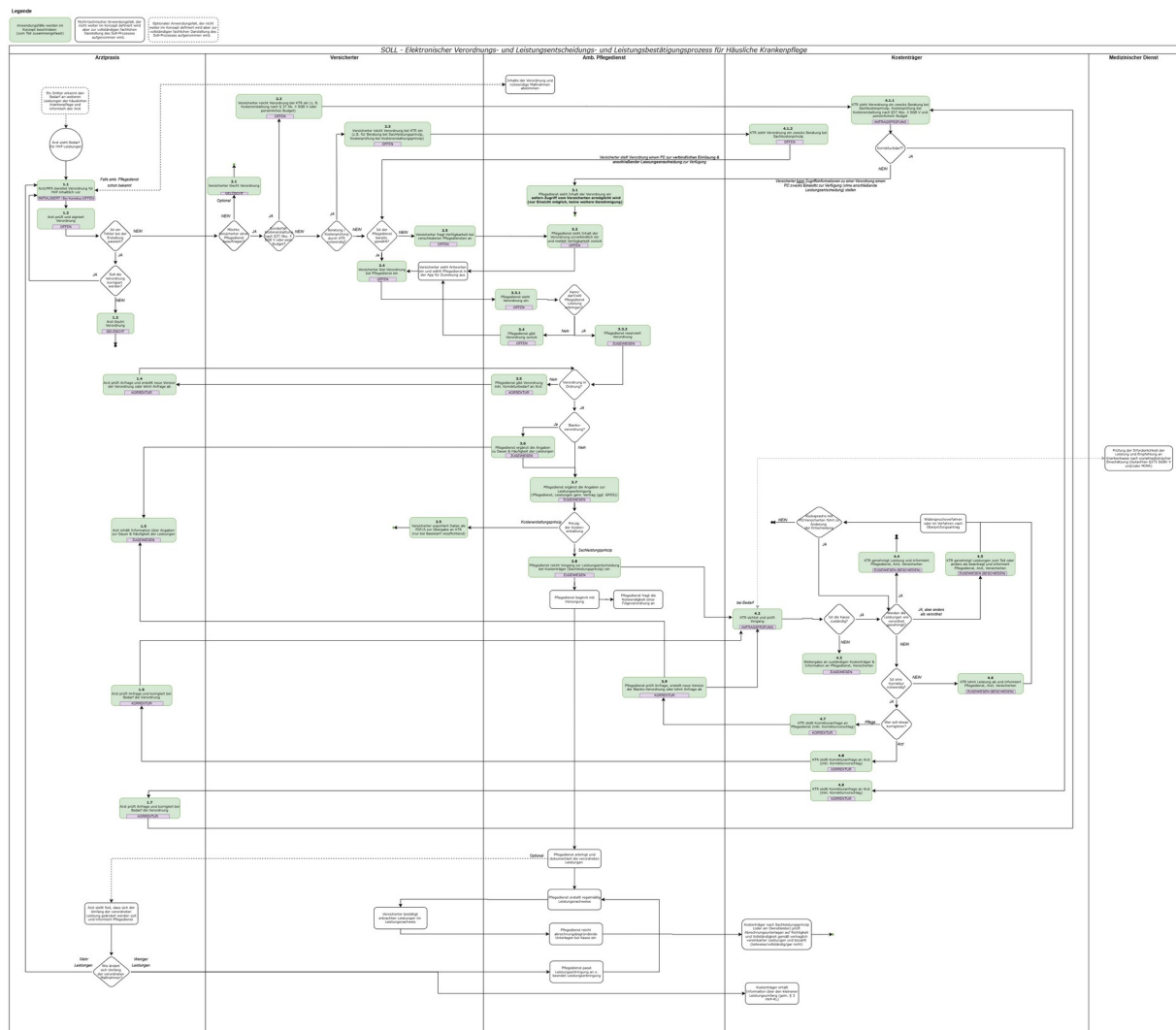


Abbildung 12: Fachlicher Soll-Prozess der elektronischen Verordnung von häuslicher Krankenpflege

14.2 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 45: Übersicht über die im Dokument verlinkten Demonstratoren

Prozessschritt	Anwendungsfallbeschreibung	Link
Ende zu Ende "Happy Case"	- 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 gematik 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
------------	--	------------------------------

14.3 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.

14.3.1 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 46: 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

14.3.2 Funktionen / Anwendungsfälle

Tabelle 47: 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

3597