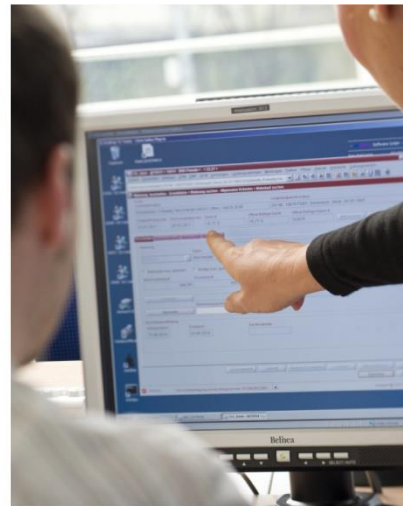


ANWENDERINFORMATIONEN BITMARCK_21c|ng 73/23



Inhaltsverzeichnis

1	Pflege	3
1.1	Entschädigungsrecht nach SGB XIV zum 01.01.2024	3
1.1.1	Rechtliche Grundlage	3
1.1.2	Umsetzung in BITMARCK_21c ng	6
1.1.3	Anpassungen in der Aktionssteuerung ng.....	7
1.1.4	Anpassungen ab 01.01.2025	7
1.2	Änderungen durch das PUEG.....	7
1.2.1	Umsetzungen der Gesetzesänderung zum § 43c SGB XI (gültig ab 01.01.2024)	8
1.2.2	Erhöhung des Übertrags aus Kurzzeitpflege bei Versicherten bis zum 25 Lebensjahr und Pflegegrad 4 oder 5.....	13
1.2.3	Automatischer Versand der Übersicht nach § 108 Absatz 1 Satz 1 SGB XI.....	15
1.2.4	Änderungen der Begutachtungsfristen.....	15
1.2.5	Anpassungen beim Datenaustausch mit dem Medizinischen Dienst (MD Pflege)	16
1.2.6	Neue Berichtspflicht nach § 18d Abs. 3 SGB XI.....	17
1.3	Beschäftigtennummer für ambulante Pflegekräfte.....	17
1.4	TP6: Umsetzung der vollelektronischen Abrechnung nach § 105 Abs. 2 SGB XI.....	18
1.4.1	Anpassungen zu Digitalen Pflegeanwendungen	19
1.5	Stand E2E-Prozess Pflege	19
1.6	Elektronischer Versorgungsplan	20
2	Versorgungsmanagement.....	21
2.1	Neue Bearbeitungsfrist Arznei- u. Verbandmittel - Cannabis	21
2.1.1	Umgehungslösung.....	21

1 Pflege

Im Fachbereich Pflege ergeben sich derzeit zahlreiche Anpassungsbedarfe an BITMARCK_21c|ng. Neben Änderungen aus dem vor wenigen Tagen verabschiedeten Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) stellen uns auch das neue Entschädigungsrecht nach SGB XIV zum 01.01.2024 sowie neue Technische Anlagen im elektronischen Abrechnungsverfahren mit den gesetzlichen Pflegekassen (TP6) vor große Herausforderungen.

Wir möchten Sie daher mit dieser Anwenderinformationen über die aktuellen Planungsstände informieren.

Bitte beachten Sie, dass wir uns bei diversen Themen noch in einer Konzeptionsphase befinden und sich die tatsächlichen Softwareumsetzungen verändern bzw. zeitlich verschieben können.

Das Vorgehen haben wir mit dem Fachworkshop Pflege, der mit Vertreterinnen und Vertretern von Krankenkassen aus dem BITMARCK-Kundenkreis besetzt ist, entsprechend abgestimmt.

1.1 Entschädigungsrecht nach SGB XIV zum 01.01.2024

1.1.1 Rechtliche Grundlage

Mit dem Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019 wird das Entschädigungsrecht mit Wirkung zum 01.01.2024 in einem eigenen Vierzehnten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB XIV) geregelt

Das Bundesversorgungsgesetz (BVG) einschließlich des § 35 BVG (Pflegezulage) wird am 01.01.2024 durch Artikel 58 Nummer 2 des Gesetzes vom 12.12.2019 (BGBl. S. 2652) außer Kraft gesetzt. Das SGB XIV beinhaltet jedoch im Kapitel 23 (Vorschriften zu Besitzständen) / § 142 Abs. 1 SGB XIV die gesetzliche Regelung, dass Personen, deren Ansprüche nach dem BVG oder nach einem Gesetz, das das BVG ganz oder teilweise für anwendbar erklärt, die Leistungen nach § 35 Abs. 1 BVG (Pflegezulage) in der bis zum 31.12.2023 geltenden Fassung weiter erhalten. Berechtigte haben nach Eintritt der Bestandskraft der Entscheidung über Leistungen nach Kapitel 23 des SGB XIV zwölf Monate Zeit, um zu wählen, ob sie im alten Recht bleiben oder ins neue Recht wechseln (§ 152 SGB XIV i. V. m. § 35 Abs. 1 BVG). Es gibt demnach Bestandsfälle, die entweder nach dem altem BVG-Recht oder nach dem neuem Recht des SGB XIV Leistungen beziehen (wählen) und es gibt Fälle mit Neuansträgen auf Pflegeleistungen nach §§ 74, 75 SGB XIV ab 01.01.2024, für die automatisch das SGB XIV gilt.

- Neuansträge und Bestandsfälle (bei denen die Wahl auf das neue Recht SGB XIV gefallen ist) erhalten entsprechend der Vorschriften des SGB XIV die Pflegeleistungen der Pflegekasse im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XI. Die Träger der Sozialen Entschädigung prüfen, ob sie ergänzende Leistungen nach § 75 SGB XIV erbringen müssen und erlassen einen entsprechenden Bescheid.

- Für Bestandsfälle, die sich für das alte Recht und damit für den Verbleib als Bestandsfall ausgesprochen haben, gilt das Folgende:
Gewährt die Pflegekasse neben der Geldleistung nach § 144 Absatz 1 Nr. 10 SGB XIV Pflegeleistungen, mindert der Träger der Sozialen Entschädigung den monatlichen Betrag nach § 144 SGB XIV um den Betrag, der der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG in 12/2023 entsprach (§ 146 Abs. 2 SGB XIV i. V. m. §§ 152, 144 Abs. 1 Nr. 10 SGB XIV).

Daraus ergeben sich im Wesentlichen zwei Sachverhalte:

- Bezieher von SGB XIV-Leistungen (Bestandsfälle nach Ausübung des Wahlrechts hin zum neuen Recht sowie Neuanträge ab 01.01.2024), die ebenfalls Leistungen von der Pflegekasse nach dem SGB XI erhalten.
- BVG-Bestandsfälle nach Ausübung des Wahlrechts mit Verbleib beim „alten“ bis 31.12.2023 gültigen Recht, die zusätzlich Leistungen von der Pflegekasse nach dem SGB XI erhalten und bei denen der Träger der Sozialen Entschädigung deshalb den monatlichen Betrag nach § 144 SGB XIV um den Betrag, der der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG in 12/2023 entsprach, mindert.

WICHTIG!!!

Im Zuge der Einführung des SGB XIV fällt zudem die Ruhensvorschrift im § 34 Abs. 1 SGB XI für BVG-Leistungen weg (SGB XIV Leistungen sind naturgemäß nicht in dieser Ruhensvorschrift aufgenommen worden). Damit entfällt auch das bisher gelebte Recht „BVG gilt vor SGB XI“. Es kann somit keine abweichenden Beträge mehr geben, sondern es gilt immer die Höhe des SGB XI.

der Beantragung, Erbringung oder Erstattung einer nach dem Zwölften Buch, dem Zweiten oder dem Achten Buch vorgesehenen Leistung benötigt werden,“.

bb) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. im Recht der Sozialen Entschädigung für erforderlich gehalten werden,“.

b) In Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Kriegsopferfürsorge“ durch die Wörter „Sozialen Entschädigung,“ ersetzt.

2. In § 65 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Verwaltungsbehörden der Kriegsopferversorgung“ durch die Wörter „die nach Landesrecht zur Durchführung des Vierzehnten Buches zuständigen Stellen“ ersetzt.

3. In § 66 Absatz 2 werden die Wörter „Verwaltungsbehörden der Kriegsopferversorgung“ durch die Wörter „die nach Landesrecht zur Durchführung des Vierzehnten Buches zuständigen Stellen“ ersetzt.

4. In § 75 Absatz 2 Satz 2, § 77 Absatz 2 Satz 3 und Absatz 6 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

5. In § 88 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „der Kriegsopferfürsorge,“ gestrichen.

6. In § 103 Absatz 3, § 104 Absatz 1 Satz 4, § 105 Absatz 3 und § 108 Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Kriegsopferfürsorge“ durch die Wörter „Sozialen Entschädigung, soweit diese Besondere Leistungen im Einzelfall erbringen,“ ersetzt.

7. Nach § 120 Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

„(7) Für Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBl. I S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 64 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 und Absatz 3 Satz 2, des § 65 Absatz 1 Satz 3, des § 66 Absatz 2, des § 88 Absatz 1 Satz 2, des § 103 Absatz 3, des § 104 Absatz 1 Satz 4, des § 105 Absatz 3 und des § 108 Absatz 2 Satz 1 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter.“

Artikel 39

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. nach dem Vierzehnten Buch und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen,“.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 2 wird das Komma am Ende gestrichen.

bbb) Nummer 3 wird aufgehoben.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „dem Bundesversorgungsgesetz und“ durch die Wörter „die Leistungen zur Teilhabe nach dem Vierzehnten Buch und die Leistungen der Eingliederungshilfe nach“ ersetzt.

2. In § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 wird das Wort „Bundesversorgungsgesetzes“ durch die Wörter „Vierzehnten Buches“ ersetzt.

3. § 21 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „vorsehen,“ die Wörter „bis zu deren Außerkrafttreten“ eingefügt und wird das Wort „haben“ durch das Wort „hatten“ ersetzt.

b) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. nach § 145 Absatz 2 Nummer 4 des Vierzehnten Buches ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz weiter erhalten oder Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches beziehen,“.

4. § 23 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Absätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 74 Satz 1 Nummer 1 des Vierzehnten Buches oder Pflegeleistungen für Geschädigte nach § 146 Absatz 2 des Vierzehnten Buches in Verbindung mit § 43 des Elften Buches, nach § 44 des Siebten Buches, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde.“

5. In § 34 Absatz 1 Nummer 2 werden die Wörter „unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,“ gestrichen.

6. In § 50 Absatz 2 werden in Nummer 1 und 3 jeweils die Wörter „Bundesversorgungsgesetz“ und „Bundesversorgungsgesetzes“ durch die Wörter „Vierzehnten Buch“ und „Vierzehnten Buches“ ersetzt.

7. § 56 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Beitragsfrei sind auf Antrag Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 74 Satz 1 Nummer 1 des Vierzehnten Buches oder Pflegeleistungen für Geschädigte nach § 146 Absatz 2 des Vierzehnten Buches in

1.1.2 Umsetzung in BITMARCK_21c|ng

Der Anwendungsfall „Pflegebedürftigkeit feststellen“ sowie die Anwendungsfälle „Ambulante Pflege bearbeiten“, „Stationäre Pflege bearbeiten“, „Sonstige Pflegeleistungen bearbeiten“ und „Pflegehilfsmittel bearbeiten“ wird im Antrag um eine neue Kennzeichnungsmöglichkeit – wie zum Beispiel mit einer Check-Box „Erstattungsanspruch nach SGB XIV“ – erweitert. Diese ist manuell durch die Sachbearbeiterin bzw. den Sachbearbeiter zu setzen.

Weicht der Zustand der im Antragsregister einer (Pflege-)Leistungsmaßnahme vorhandenen Check-Box vom Zustand der Check-Box in einer leistungsbegründenden Pflegebedürftigkeit ab (im Hinblick auf die fortlaufenden Leistungsmaßnahmen sowie der Leistungsart „Entlastungsleistung §45 a/b“) können auch mehr als eine leistungsbegründende Pflegebedürftigkeit vorhanden sein. => siehe Leistungen-Parameter „PflegeFortlaufendeLeistungsmaßnahmenTrotzAenderungPflegebeduerftigkeit“). Es erfolgt eine neue Meldung im administrierbaren Schweregrad „Hinweis“.

Die aktuelle gesetzliche Regelung sieht vor, dass die „Pflegekasse nach ihren Vorschriften zahlt“, daher gehen wir erst einmal von den normalen Pflegekonten aus (4er und 5er Konten). Alle Rechnungen werden somit auf diese Konten gebucht. Sollte der Kontenrahmen angepasst werden, werden wir eine weitere Anpassung vornehmen und eine neue Belegpositionsart mit entsprechenden Kontenfindungsregeln (KFR) implementieren.

Beim Speichern einer freigegeben Rechnung bzw. Erstattung in (Pflege-)Leistungsmaßnahmen mit dem Kennzeichen „Erstattungsanspruch nach SGB XIV“ wird im Bereich „Ersatzleistungswesen (ELW)“ ein „Erstattungsanspruch Sonstige“ mit der neuen Grundlage „Forderung nach SGB XIV“ angelegt. Existiert zu diesem Zeitpunkt bereits ein Erstattungsanspruch, wird die (Pflege-)Leistungsmaßnahmen diesem zugeordnet. Im Erstattungsanspruch muss einmalig manuell der Träger ausgewählt werden, an den halbjährlich der Erstattungsanspruch gestellt wird. Die nötigen Informationen zu den abzurechnenden Pflegeleistungen werden von den (Pflege-)Leistungsmaßnahmen spätestens zum Zeitpunkt der Abrechnung an den Erstattungsanspruch übergeben. Bei ELW wird das Konto „0230 – Forderungen an andere Sozialleistungsträger“ verwendet, solange keine neuen Konten bekannt sind.

Der Anwendungsfall „Pflegeunterstützungsgeld bearbeiten“ wird im Antrag um eine neue Kennzeichnungsmöglichkeit wie bspw. in Form einer Check-Box „Erstattungsanspruch nach SGB XIV“ erweitert. Diese ist manuell durch den Sachbearbeiter zu setzen. Weicht der Zustand der im Antragsregister einer (Pflege-)Leistungsmaßnahme der verknüpften, pflegebedürftigen Person vorhandenen Check-Box vom Zustand der Check-Box in einer leistungsbegründenden Pflegebedürftigkeit ab (im Hinblick auf die fortlaufenden Leistungsmaßnahmen sowie der Leistungsart „Entlastungsleistung §45 a/b“) können auch mehr als eine leistungsbegründende Pflegebedürftigkeit vorhanden sein => siehe Leistungen-Parameter „PflegeFortlaufendeLeistungsmaßnahmenTrotzAenderungPflegebeduerftigkeit“), erfolgt eine neue Meldung im administrierbaren Schweregrad „Hinweis“.

Aktuell lautet das Gesetz „Pflegekasse zahlt nach ihren Vorschriften“, daher gehen wir erst einmal von den normalen Pflegekonten aus (4er und 5er Konten). Alle Rechnungen werden somit auf diese Konten gebucht. Sollte der Kontenrahmenplan angepasst werden, werden wir eine weitere Anpassung vornehmen und eine neue Belegpositionsart mit entsprechenden KFR implementieren.

Beim Speichern einer Zahlung in dem betreffenden Leistungsmaßnahme mit dem Kennzeichen „Erstattungsanspruch nach SGB XIV“ wird im Bereich ELW ein Erstattungsanspruch sonstige mit der neuen Grundlage „Forderung nach SGB XIV“ angelegt. Existiert zu diesem Zeitpunkt bereits Erstattungsanspruch, wird die (Pflege-)Leistungsmaßnahme diesem zugeordnet. Im Erstattungsanspruch muss einmalig manuell der Träger ausgewählt werden, an den halbjährlich der Erstattungsanspruch gestellt wird. Die nötigen Informationen zu den abzurechnenden Pflegeleistungen werden von den (Pflege-)Leistungsmaßnahmen spätestens zum Zeitpunkt der Abrechnung an den Erstattungsanspruch übergeben. Bei ELW wird auf das Konto 0230 – Forderungen an andere Sozialleistungsträger verwendet, solange keine neuen Konten bekannt sind.

1.1.3 Anpassungen in der Aktionssteuerung

Im Bereich „Aktionssteuerung“ werden die Aktivitäten „Aktualisiere Pflegebedürftigkeit“, „Erstelle Ambulante Pflegeleistung Antrag in Bearbeitung“ und „Erstelle Sonstige Pflegeleistung Antrag in Bearbeitung“ angepasst. Es wird die optionale Inputvariable wie bspw. „Erstattungsanspruch nach SGB XIV“ eingebaut. Es wird keine neue Version dieser Aktivitäten ausgeliefert.

Die oben genannten Anpassungen im Abschnitt 1.1.2 und 1.1.3 sind derzeit für das Release 24.95 (voraussichtliche Marktfreigabe im 1. Quartal 2024) vorgesehen.

1.1.4 Anpassungen ab 01.01.2025

Ab 01.01.2025 kommt der Bestandsabgleich nach § 60 a/b SGB XIV. Auch mit Blick auf die KV-Leistungen, die ab 2027 nach SGB XIV folgen sollen, werden wir im Release 25.10 (voraussichtliche Marktfreigabe im 4. Quartal 2024) folgende Anpassung vornehmen:

- Unter der „Versicherten Person“ wird ein neues Merkmal „Erstattungsanspruch nach SGB XIV“ implementiert, ähnlich dem „Beihilfe-Kennzeichen“. Hier kann global angegeben werden, ob ein Erstattungsanspruch besteht.
- Im Anwendungsfall „Pflegebedürftigkeit feststellen“ bleibt zusätzlich das Kennzeichen und muss auch gesetzt werden, denn es ist immer zu prüfen, ob die Pflegebedürftigkeit auch tatsächlich mit dem Erstattungsanspruch in Zusammenhang steht und nicht auf Grund anderer Erkrankungen, beispielsweise Schlaganfall, Alter, usw., eingetreten ist. Das Merkmal wird also weiterhin benötigt. In allen Pflegeleistungsmaßnahmen wird dann auch eine Prüfung auf das neue Merkmal an der „Versicherten Person“ mit entsprechender Hinweismeldung implementiert.

Weitere Anforderungen werden sich voraussichtlich aus Ihrer neuen Praxis ergeben und können dann auch für die hinzukommenden KV-Leistungen nützlich sein. Diese sind in einer weiteren Ausbaustufe zu implementieren.

1.2 Änderungen durch das PUEG

Das PUEG enthält zahlreiche Änderungen, die zu umfassenden Softwareanpassungen in BITMARCK_21c führen. Davon sind auch mehrere Datenaustauschverfahren betroffen.

1.2.1 Umsetzungen der Gesetzesänderung zum § 43c SGB XI (gültig ab 01.01.2024)

1.2.1.1 Anpassungen im Register >Intervallzahlung<

Im Anwendungsfall „Stationäre Pflege bearbeiten“ wird im Register >Intervallzahlung< das bisherige Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2022< umbenannt in >Für Zahlmonate bis 12.2023<. Zudem wurde das bisherige Unterregister >Für Zahlmonate bis einschl. 12.2021< umbenannt in >Für Zahlmonate bis 12.2021<. Das Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023< ist nur noch verfügbar, wenn das aktuelle Aufnahmedatum der Leistungsmaßnahme der Leistungsart „Vollstationäre Pflege“ in Kombination mit der Konstellation „Stat. mit Vertrag §43 Abs.2“ vor dem 01.01.2024 liegt.

Links neben dem Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023< wird das neue Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< eingeführt, was mit Ausnahme der Feldlabel <[...] % Zuschlag § 43c €> prinzipiell identisch aufgebaut ist. Mit Ausnahme der bei der Berechnung nun anzusetzenden Prozentwerte (1. Intervall = 15 % / 2. Intervall = 30 % / 3. Intervall = 50 % / 4. Intervall = 75 %) bietet das neue Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< grundsätzlich die identischen Funktionen, wie das Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023<. Als weitere Ausnahme zu dem Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023< werden im Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< die Intervallbereiche disabled bzw. die in diesen Intervallbereichen vorhandenen Betragsfelder leer und disabled angezeigt, sofern das Datum im Feld <Ende am> eines Intervallbereichs zeitlich vor dem 01.01.2024 liegt.

In beiden Unterregistern >Für Zahlmonate bis 12.2023< und >Für Zahlmonate ab 01.2024< können mit Ausnahme der Intervallzeiträume einschl. der dazugehörigen Unterbrechungsmonate unterschiedliche Werte gespeichert werden.

Mit Aufruf einer entsprechenden Leistungsmaßnahme bzw. mit Auswahl des Registers >Intervallzahlung< wird grundsätzlich das vom Zeitraum her zum Tagesdatum relevante Unterregister systemseitig fokussiert.

Im Zuge der Berechnung von Betragswerten in einem der beiden Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023< oder >Für Zahlmonate ab 01.2024< wird die neue Meldung LEI70068 ausgegeben, wenn aufgrund des Datums im Feld <Aktualisierung ab> oder, wenn dieses nicht gesetzt ist anhand des Datums im Feld <Akt. Aufnahme> auch zeitraummäßig relevante Intervallbereiche des jeweils anderen Unterregisters betroffen sind, sodass ggf. auch dort eine entsprechende Berechnung durchzuführen ist. Die neue Meldung LEI70068 wird im initialen Schweregrad „Hinweis“ ausgeliefert.

Meldung LEI70068

Kurzmeldungstext: Berechnung ist ggf. auch im Unterregister "{\$Unterregister}" durchzuführen.

Langmeldungstext: Die Berechnung in diesem Unterregister muss ggf. auch in dem Unterregister "{\$Unterregister}" durchgeführt werden, da mindestens einer der berechneten Intervallbereiche vom Zeitraum her auch in den zeitlichen Geltungsbereich des anderen Unterregisters "{\$Unterregister}" fällt. Bitte beachten.

Im Zuge der manuellen Eingabe von Unterbrechungsmonaten in einem der beiden Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023< oder >Für Zahlmonate ab 01.2024< wird der Anwender

mittels neuer Meldung LEI70069, welche im administrierbaren Schweregrad „Hinweis“ ausgeliefert wird, darauf aufmerksam gemacht, dass eine Eingabe auch Auswirkungen auf den Zeitraum mindestens eines Intervallbereichs des jeweils anderen Unterregisters hat.

Meldung LEI70069

Kurzmeldungstext: Manuelle Erfassung der Ubr. Mon. hat auch Auswirkungen auf das Unterregister "\${Unterregister}"

Langmeldungstext: Die manuelle Erfassung der Unterbrechungsmonate in diesem Unterregister führt auch zu einer Zeitraumverschiebung mindestens eines Intervallbereichs des anderen Unterregisters "\${Unterregister}". Bitte beachten.

Die in der Quellkategorie „Pflege“ vorhandenen Dokumentvariablen

- „pf_intervall1_mtlIVZBetrag“,
- „pf_intervall1_zuschlagsbetragPar43c“,
- „pf_intervall2_mtlIVZBetrag“,
- „pf_intervall2_zuschlagsbetragPar43c“,
- „pf_intervall3_mtlIVZBetrag“,
- „pf_intervall3_zuschlagsbetragPar43c“,
- „pf_intervall4_mtlIVZBetrag“ und
- „pf_intervall4_zuschlagsbetragPar43c“

werden künftig wie folgt aufgelöst:

Sofern eines der beiden Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023< oder >Für Zahlmonate ab 01.2024< zum Zeitpunkt der Dokumentenerstellung im Fokus steht, werden für die Auflösung der genannten Dokumentvariablen die Werte des im Fokus stehenden Unterregisters herangezogen.

Steht keines der beiden Unterregister zum Zeitpunkt der Dokumentenerstellung im Fokus, werden die maßgebenden Betragswerte dem zum Tagesdatum oder dem zum aktuellen Aufnahmedatum (das zeitlich späteste dieser beiden Daten ist maßgebend) gültigen Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023< bzw. >Für Zahlmonate ab 01.2024< zur Auflösung der Dokumentvariablen genutzt.

Wird der Anwendungsfall „Stationäre Pflege bearbeiten“ aus der 360-Grad-Sicht der versicherten Person oder über die Aktivitäten im Web-Client aufgerufen, stehen grundsätzlich die beiden Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023< und >Für Zahlmonate ab 01.2024< in dem sich öffnenden Dialog ebenfalls zur Verfügung.

1.2.1.2 Anpassungen im Register >Journal<

Im Register >Journal< des Anwendungsfalls „Stationäre Pflege bearbeiten“ werden die in dem Register >Intervallzahlung< bzw. die in den beiden Unterregistern >Für Zahlmonate bis einschl. 12.2023< oder >Für Zahlmonate ab 01.2024< vorgenommenen Einträge / Änderungen mittels Journaleinträge in der Art dokumentiert, dass für den Anwender nachvollziehbar ist, in welchem der beiden Unterregister die für dieses Unterregister relevante Eingabe / Änderung erfolgte. Allgemeingültige manuelle Eingaben / Änderungen der Unterbrechungsmonate werden wie bisher dokumentiert.

1.2.1.3 Anpassungen im Register >Rechnung<

Im Register >Rechnung< des Anwendungsfalls „Stationäre Pflege bearbeiten“ wird im Zuge der manuellen bzw. im Zuge der maschinellen Rechnungsanlage mittels Batch-Jobs des

Batch-Programms „PV - IVZ-Stationäre Pflege“ der für Zahlmonate bis einschließlich des Monats 12.2023 versichertenindividuelle maßgebende Zuschlagsbetrag nach § 43c SGB XI sowie evtl. vorhandene abweichende Intervallzahlungsbeträge dem Register >Intervallzahlung< / Unterregister >Für Zahlmonate bis einschl. 12.2023< entnommen. Für Zahlmonate ab dem Monat 01.2024 werden die adäquaten Zuschlagsbeträge nach § 43c SGB XI sowie evtl. vorhandene abweichende Intervallzahlungsbeträge dem neuen Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< berücksichtigt.

Das im Register >Rechnung< vorhandene Eigenanteilsfeld <Zuschlag § 43c €> wird künftig erst systemseitig mit einem adäquaten Wert vorbelegt, wenn im Rechnungsunterregister >Rechnungsdaten< im Feld <Zeitraum von> ein Datumswert gesetzt wurde. Bislang wurde das Eigenanteilsfeld <Zuschlag § 43c €> mit Rechnungsneuanlage anhand des zum Tagesdatum der Rechnungsneuanlage gültigen Werts vorbelegt. Wird im Feld <Zeitraum von> ein gesetzter Datumswert wieder entfernt, wird das Eigenanteilsfeld <Zuschlag § 43c €> weiterhin nicht systemseitig geleert.

1.2.1.4 Neues Korrekturverfahren im Batch-Programm „Korrektur“

Im Rahmen des Batch-Programms „Korrektur“ existiert das neue Korrekturverfahren „PK-560724“, welches geschaffen wurde, um zum Zeitpunkt des Batch-Jobs bestehende Leistungsmaßnahme der Leistungsart „Vollstationäre Pflege“ in der Konstellation „Stat. mit Vertrag §43 Abs.2“, welche nicht vor dem 01.01.2024 beendet sind und ein aktuelles und erstmaliges Aufnahmedatum haben, im Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< des Registers >Intervallzahlung< mit entsprechenden Werten nachzuversorgen. Zudem dürfen diese Leistungsmaßnahmen im neuen Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< sowohl in der Berechnungshilfe (Rahmen „Zuschläge § 43c berechnen“), mit Ausnahme des Felds <Einheit>, als auch im Rahmen „Intervallzeiträume / Monatl. Beträge“ (Zuschlag § 43c oder abw. IVZ-Betrag) in irgendeinem der verfügbaren Intervallbereiche noch keinen Wert aufweisen.

Sollte eine potenzielle nachzuversorgende Leistungsmaßnahme aufgrund bereits vorhandener Werte im Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< von einer Nachversorgung ausgeschlossen werden, erfolgt im Batch-Protokoll eines entsprechenden Batch-Jobs eine entsprechende Hinweismeldung zur Leistungsmaßnahme.

Im Rahmen entsprechender Batch-Jobs werden zunächst die im Unterregister >Für Zahlmonate bis einschl. 12.2023< im Rahmen „Zuschläge § 43c berechnen“ vorhandenen Werte in die adäquaten Felder des neuen Unterregisters >Für Zahlmonate ab 01.2024< übertragen.

Mittels der beiden Batch-Parameter bzw. Check-Boxen „Vorwärtsrechnung [...]“ und/oder „Rückwärtsrechnung [...]“ kann der Anwender bei Bedarf zwischen verschiedenen Berechnungsvarianten zur Nachversorgung der Betragsfelder <[...] % Zuschlag § 43c €> des neuen Unterregisters >Für Zahlmonate ab 01.2024< wählen.

Im Folgenden werden die beiden Berechnungsvarianten ausführlich dargestellt.

1. Berechnungsvariante (Vorwärtsrechnung) zur Ermittlung und Nachversorgung der neuen Zuschlagsbeträge § 43c (anhand der im Rahmen „Zuschläge §43c berechnen“ vorhandenen Daten)

Anhand der bereits in das Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< / Rahmen „Zuschläge §43c berechnen“ übertragenen Daten (sofern diese auch im Unterregister >Für Zahlmonate

bis 12.2023< vorhanden waren) erfolgt unter Berücksichtigung der neuen Prozentwerte die gewohnte Berechnung der neuen Zuschlagsbeträge § 43c für die zum 01.01.2014 gültigen Intervallbereiche. Die Ergebnisse werden im Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< in den Feldern <[...] % Zuschlag § 43c €> des jeweiligen Intervallbereichs festgehalten.

Zuvor erfolgt jedoch noch die Prüfung, ob die in den Intervallbereichen des Unterregisters >Für Zahlmonate bis 12.2023< vorhandenen Betragswerte zu den evtl. vorhandenen Werten in der Berechnungshilfe (Rahmen „Zuschläge § 43c berechnen“) stimmig / plausibel sind. Ist dies nicht der Fall, werden die Zuschlagsbeträge nach § 43c im neuen Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< in Gänze nicht berechnet bzw. die Felder in Gänze nicht nachversorgt. Vielmehr erfolgt im Batch-Protokoll des Batch-Jobs eine entsprechende Hinweismeldung mit Angabe der betreffenden Leistungsmaßnahme, damit eine manuelle Prüfung der Leistungsmaßnahme erfolgen kann.

Für Leistungsmaßnahmen, bei denen eine Neuberechnung einschl. Nachversorgung der Felder <[...] % Zuschlag § 43c €> erfolgte, werden im Batch-Protokoll eines entsprechenden Batch-Jobs ausgegeben.

Ist sowohl die Check-Box „Vorwärtsrechnung“ als auch die Check-Box „Rückwärtsrechnung“ aktiviert, wird in entsprechenden Leistungsmaßnahmen primär die Vorwärtsrechnung ausgeführt. Erst wenn diese nicht möglich sein sollte, erfolgt eine Rückwärtsrechnung.

2. Berechnungsvariante (Rückwärtsrechnung) zur Ermittlung und Nachversorgung der neuen Zuschlagsbeträge § 43c (durch Rückrechnung der im Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023< / Felder <[...] % Zuschlag § 43c €> vorhandenen Betragswerte)

Die im Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023< vorhandenen Betragswerte <[...] % Zuschlag § 43c €> eines Intervallbereichs, welcher vom Zeitraum her den Stichtag 01.01.2024 beinhaltet oder nach dem 01.01.2024 beginnt, werden in die adäquaten Intervallbereiche des neuen Unterregisters >Für Zahlmonate ab 01.2024< nach vorheriger prozentualer Anpassung auf den nun gültigen Wert überführt.

Dabei werden folgende Berechnungen durchlaufen:

- Betrag <15 % Zuschlag § 43c €> (Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024<) = Betrag <5 % Zuschlag § 43c €> : 5 x 15
- Betrag <30 % Zuschlag § 43c €> (Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024<) = Betrag <25 % Zuschlag § 43c €> : 25 x 30
- Betrag <50 % Zuschlag § 43c €> (Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024<) = Betrag <45 % Zuschlag § 43c €> : 45 x 50
- Betrag <75 % Zuschlag § 43c €> (Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024<) = Betrag <70 % Zuschlag § 43c €> : 70 x 75

Insbesondere im Rahmen dieser Berechnungsvariante lassen sich mögliche Rundungsdifferenzen nicht ausschließen.

Für Leistungsmaßnahmen, bei denen eine Neuberechnung einschl. Nachversorgung der Felder <[...] % Zuschlag § 43c €> erfolgte, werden im Batch-Protokoll eines entsprechenden Batch-Jobs ausgegeben.

Zusätzliche Ermittlung und Versorgung eines vorhandenen abw. IVZ-Betrags

Sofern im Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023< zusätzlich ein abweichender IVZ-Betrag für einen zum 01.01.2024 oder später gültigen Intervallbereich vorhanden ist und der Batch-Parameter „Abw. IVZ-Beträge berechnen [...]“ zur Berechnung des neuen abw. IVZ-Betrags und zur Nachversorgung im neuen Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< aktiviert ist, werden bei entsprechenden Leistungsmaßnahmen zusätzlich zur Berechnung der Zuschlagsbeträge nach § 43c (nach einer der beiden vorgenannten Berechnungsmethoden) auch der im jeweils korrespondierendem Feld <Abw. IVZ-Betrag inkl. § 43c €> abweichende IVZ-Betrag berechnet und gesetzt. Sollte der Batch-Parameter „Abw. IVZ-Beträge berechnen“ nicht aktiviert sein, werden nur die Zuschlagsbeträge nach § 43c berechnet und gesetzt. In diesem Fall wird der Anwender mittels Hinweismeldung auf die Notwendigkeit der manuellen Berechnung des abweichenden IVZ-Betrags aufmerksam gemacht.

Zur Berechnung des Zuschlagbetrags § 43c entsprechender Leistungsmaßnahmen siehe 1. und/oder 2. Berechnungsvariante.

Die korrespondierenden abweichenden Intervallzahlungsbeträge werden zusätzlich wie folgt ermittelt:

- Abw. IVZ-Betrag 1. Intervall (15 % Zuschlag § 43c) =
Betrag <Abw. IVZ-Betrag inkl. § 43c €> (1. Intervall / Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023<) - Betrag <5 % Zuschlag § 43c €> + Betrag <15 % Zuschlag § 43c €>
- Abw. IVZ-Betrag 2. Intervall (30 % Zuschlag § 43c €) =
Betrag <Abw. IVZ-Betrag inkl. § 43c €> (2. Intervall / Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023<) - Betrag <25 % Zuschlag § 43c €> + Betrag <30 % Zuschlag § 43c €>
- Abw. IVZ-Betrag 3. Intervall (50 % Zuschlag § 43c €) =
Betrag <Abw. IVZ-Betrag inkl. § 43c €> (3. Intervall / Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023<) - Betrag <45 % Zuschlag § 43c €> + Betrag <50 % Zuschlag § 43c €>
- Abw. IVZ-Betrag 4. Intervall (75 % Zuschlag § 43c €) =
Betrag <Abw. IVZ-Betrag inkl. § 43c €> (4. Intervall / Unterregister >Für Zahlmonate bis 12.2023<) - Betrag <70 % Zuschlag § 43c €> + Betrag <75 % Zuschlag § 43c €>

Es wird für Leistungsmaßnahmen, bei denen auch der abweichende Intervallzahlungsbetrag mindestens eines Intervallbereichs neu berechnet und gesetzt wurde, im Batch-Protokoll des betreffenden Batch-Jobs eine Hinweismeldung ausgegeben.

Mittels Aktivierung des ebenfalls vorhandenen Batch-Parameters „Fälle nur auflisten“ wird eine systemseitige Nachversorgung entsprechender Leistungsmaßnahmen simuliert (ohne tatsächliche eine Nachversorgung der Beträge im Unterregister >Für Zahlmonate ab 01.2024< vorzunehmen), sodass anhand des Batch-Protokolls ersichtlich ist, welche Leistungsmaßnahmen nachversorgt werden würden oder bei welchen Leistungsmaßnahmen Fehler im Zuge der Nachversorgung auftreten würden.

Der Korrektur-Batch sollte idealerweise erst im Kalendermonat 12.2023 eingesetzt werden, damit die zu versorgenden Leistungsmaßnahmen sowie die im Register >Intervallzahlung< vorhandenen Werte möglichst aktuell sind.

1.2.1.5 Analyse-SQL zur Ermittlung abw. IVZ-Beträge im Register >Intervallzahlung<

Es existiert für Release 24.90 ein Analyse-SQL 19279, welches Leistungsmaßnahmen der Leistungsart „Vollstationäre Pflege“ der Konstellation „Stat. mit Vertrag § 43 Abs.2“ ausgibt, die nicht vor dem 01.01.2024 beendet sind und im Register >Intervallzahlung< in mindestens einem Intervallbereich einen abweichenden IVZ-Betrag aufweist. Dies ermöglicht den Anwender, eine manuelle Prüfung und falls gewünscht manuelle Nachversorgung der ab 01.01.2024

gültigen Eigenanteilsbegrenzungen nach § 43c SGB XI samt der einhergehenden abweichenden IVZ-Beträge vorzunehmen.

1.2.1.6 Dialoganpassung zum besseren Handling von Neu- und Korrekturrechnungen

Durch die Einführung und Änderung des §43c SGB XI sind die Erfassung von Neurechnungen bzw. Korrekturrechnungen für die stationäre Pflege mit hohen manuellen Aufwänden verbunden. Um die manuellen Aufwände weiter zu reduzieren, werden im Anwendungsfall "Stationäre Pflege bearbeiten" folgende Anpassungen vorgenommen: Der Button "Rechnungskopie" wird erweitert, so dass eine vollständige Kopie der letzten Rechnung inkl. aller Zahlungspositionen sowie Zu-/Abschlägen angelegt werden. Dadurch kann in der Rechnungskorrektur einfach die alte Rechnung storniert werden und die neue Rechnung mit den entsprechenden Korrekturen veranlasst werden. Die bestehende Funktion des Buttons "Rechnungskopie", welche eher eine Rechnungsvorlage ist, wird in einen neuen Button ausgelagert. Des Weiteren wird der Button "Neu" unter Zahlungsdaten in der Vorbelegung der Felder "von" und "bis" erweitert.

Die Umsetzungen sind für Release 24.90 (Marktfreigabe im 4. Quartal 2023) geplant.

1.2.2 Erhöhung des Übertrags aus Kurzzeitpflege bei Versicherten bis zum 25 Lebensjahr und Pflegegrad 4 oder 5

Zum 01.01.2024 erfolgt eine Anpassung des § 39 SGB XI. Hier wurden Absatz 4 und 5 neu eingefügt. Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, die einen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 oder 5 pflegt, der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, übernimmt die Pflegekasse abweichend von Absatz 1 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. Zusätzlich kann ein Übertrag zu 100% aus den Mitteln der Kurzpflege / Verhinderungspflege erfolgen.

1.2.2.1 Anpassung Dialog

Im Antragsregister des Anwendungsfalls „Ambulante Pflege bearbeiten“ wird die Check-Box sowie das Feld „Zzgl. Leistungsbetrag § 39 Abs.2“ umbenannt in „Zzgl. Betrag § 39 Abs. 2/4“.

Die in der Einzelpositionszeile vorhandene Art der Leistung „Zuschuss Kurzzeitpfl. §39Abs.3“ wird umbenannt in „Zusch. Kurzzeitpfl. §39Abs.2/4“.

Sofern Pflegebedürftige das 25 Lebensjahr zu Beginn einer Leistungsmaßnahme der Leistungsart „Verhinderungspflege § 39“ noch nicht vollendet haben, zu Beginn der Leistungsmaßnahme einen der Pflegegrade 4 oder 5 besitzen und der Beginn nach dem 31.12.2023 liegt, wird der im Antragsregister für das Feld „Zzgl. Betrag § 39 Abs. 2/4 €“ maßgebende Basisbetrag nicht mehr dem im Produktbaustein PV-Basis vorhandenem Parameter „Zuschlag Verhinderungspflege § 39 Abs. 2“ entnommen, sondern dem neuen Parameter „Zuschlag Verhinderungspflege § 39 Abs. 4“.

Bei beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen wird unter Berücksichtigung der zuvor beschriebenen Voraussetzungen der im Antragsregister für das Feld „Zzgl. Betrag § 39 Abs. 2/4 €“ maßgebende Basisbetrag ebenfalls dem neuen Parameter „Zuschlag Verhinderungspflege § 39 Abs. 4“ entnommen und halbiert.

Die zuvor beschriebenen Kriterien gelten auch im Antragsregister für das Feld „Max. (Rest-)Tage“ maßgebende Basisbetrag nicht mehr dem im Produktbaustein PV-Basis vorhandenem Parameter „Max. Dauer Verhinderungspflege“ entnommen, sondern dem neuen Parameter „Max. Dauer Verhinderungspflege § 39 Abs. 4“.

Mit dem Button „Prüfen“ werden neue Validierungen (Auslieferung als Hinweis, Schweregrad änderbar) durchgeführt:

1. neue Meldung LEI40313

Kurzmeldungstext: Übertrag aus Kurzzeitpflege erfolgt analog § 39 Abs. 4 SGB XI

Langmeldungstext: Da die pflegebedürftige Person das 25. Lebensjahr erst nach dem Leistungszeitraum der Leistungsmaßnahme vollendet, erfolgt ein Übertrag aus der Kurzzeitpflege entsprechend des § 39 Abs. 4 SGB XI.

2. neue Meldung LEI40314

Kurzmeldungstext: Übertrag aus Kurzzeitpflege nach § 39 Abs. 4 SGB XI nicht für den gesamten Maßnahmezeitraum möglich

Langmeldungstext: Da die pflegebedürftige Person das 25. Lebensjahr innerhalb des Maßnahmezeitraums vollendet, kann ein Übertrag aus Kurzzeitpflege nach § 39 Abs. 4 SGB XI nicht für den gesamten Zeitraum der Maßnahmezeitraum erfolgen. Vielmehr sind unter Beachtung des Tags der Vollendung des 25. Lebensjahres zwei getrennte Leistungsmaßnahmen anzulegen, sodass für die zweite Leistungsmaßnahme ein Übertrag in Höhe des § 39 Abs. 2 SGB XI berücksichtigt werden kann.

1.2.2.2 Anpassungen Aktionssteuerung

Die in der AS-Aktivität „Erstelle Ambulante Pflegeleistung Antrag in Bearbeitung“ vorhandenen Eingangsvariablen (Gruppe „Ersatzkraft“) „Zzgl. Leistungsbetrag § 39 Abs. 2“ und (Gruppierung „Entscheidung“) „Zzgl. Leistungsbetr. § 39 Abs. 2 €“ werden entsprechend der vorgenannten Dialoganpassungen umbenannt.

Die neuen Validierungen werden auch im Rahmen der Aktionssteuerung „Prüfe Ambulante Pflegeleistung Antrag“ und „Setze Ergebnis Ambulante Pflegeleistung Antrag in Bearbeitung“ durchlaufen, so dass über das Hinweishandling bei Bedarf Meldungen im Schweregrad „Hinweis“ in der Aktivität als Fehler bewertet werden können.

1.2.2.3 Anpassungen Produktbaustein

Im Produktbaustein PV-Basis existiert für die zugeordnete Maßnahme „Pflege ambulant“ der neue Parameter „Zuschlag Verhinderungspflege § 39 Abs. 4“, welcher initial mit dem Wert „1.774,00“ ausgeliefert wird, sofern der vorhandene Leistungskatalog den Stichtag „01.01.2024“ beinhaltet.

Darüber hinaus existiert für die zugeordnete Maßnahme „Pflege ambulant“ der neue Parameter „Max. Dauer Verhinderungspflege § 39 Abs. 4“, welcher initial mit dem Wert „56“ ausgeliefert wird, sofern der vorhandene Leistungskatalog den Stichtag „01.01.2024“ beinhaltet.

Des Weiteren wurde im Produktbaustein PV-Basis für die zugeordnete Maßnahme „Pflege ambulant“ der vorhandene Parameter „Zuschlag Verhinderungspflege §39 Abs. 3“ in „Zuschlag Verhinderungspflege § 39 Abs. 2“ umbenannt.

Die Umsetzungen sind für Release 24.90 (Marktfreigabe im 4. Quartal 2023) geplant.

1.2.3 Automatischer Versand der Übersicht nach § 108 Absatz 1 Satz 1 SGB XI

Es wird im Anwendungsfall (AWF) „Pflegebedürftigkeit feststellen“ im Register Antrag eine neue Check-Box „Übersicht nach § 108 SGB XI gewünscht“ implementiert.

Die neue Check-Box bleibt bei Auslieferung initial leer. Nach Kundenabstimmung muss bei Bedarf manuell aktiv gesetzt werden.

Die Checkbox ist jederzeit änderbar, ohne den Anwendungsfall in Korrektur zu nehmen. Die Veränderung sollte revisionssicher dokumentiert werden.

Die Aktivität „Aktualisiere Pflegebedürftigkeit“ wird um das neue optionale Feld „Übersicht nach § 108 SGB XI gewünscht“ (true /false) ergänzt.

Es wird ein neues Batch-Programm zur Verfügung gestellt. Das Batch-Programm selektiert alle Pflegebedürftigen Personen, welche zum Stichtag eine laufende Pflegebedürftigkeit und das neue Flag im Antrag haben. In der Batchkonfiguration kann ein Stichtag eingegeben werden, um vom diesen Stichtag 18 Monate oder x Monate (Parameter) in die Vergangenheit zu rechnen. Es kann auch der gesamte Zeitraum ausgewählt werden, so dass alle Leistungen ausgegeben werden können. Der Batch-Job erstellt einen Gesamtdruckauftrag je nach Schutzstufe des Batchusers, ggf. sind mehrere Batch-Jobs mit unterschiedlichen Batchusern + Schutzstufen notwendig. Wenn der Batch-Job gestartet wird, wird keine Rücksicht darauf genommen, ob ggf. bereits in einem Zeitraum davor ein manueller Auszug angestoßen wurde. Das ist organisatorisch durch die Pflegekasse sicherzustellen.

Im Gesetz wird von „in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten“ gesprochen – daraus ergibt sich, dass mindestens eine Rechnung im Status „in Bearbeitung“ vorliegen muss. Es wird jede Leistung mit jeder Rechnung aufgeführt. (gleiches Vorgehen Listendruck mit/ohne Kosten)

Damit auch unterjährige Auskünfte pro Versicherten erfolgen können, wird die bestehende Leistungsübersicht weiter ausgebaut. Es werden neue Filterkriterien aufgenommen und es wird ein neuer Brief + Liste für die Pflege zur Verfügung gestellt.

Der Ausdruck enthält alle benötigten Informationen.

1.2.4 Änderungen der Begutachtungsfristen

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen.

Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind.

Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter.

Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.

Entsprechend des ab 01.10.2023 in Kraft tretenden PUEG werden zusätzlich anstelle der bisherigen Begutachtungsfristen „1-Wochen-Frist“ und „2-Wochen-Frist“ die beiden neuen Begutachtungsfristen „5-Arbeitstage-Frist“ und „10-Arbeitstage-Frist“ gesetzlich vorgegeben (§ 18a Abs. 5 und 6 SGB XI).

In der ersten Ausbaustufe erfolgt eine Umsetzung zum 01.10.2023 (Release 24.85 p02, voraussichtliche Marktfreigabe September 2023)) ausschließlich für die Umstellung „5-Arbeitstage-Frist“ und „10-Arbeitstage-Frist“. Es wird versucht die Patchaufwände (24.95, 24.90 und 24.85p02) so gering wie möglich zu halten, um weitere geplante Umsetzungen nicht zu gefährden. Von der Änderung sind ebenfalls die Aktivitäten in der Aktionssteuerung betroffen.

In einer weiteren Ausbaustufe erfolgt die automatische Berechnung der Fristenden bei Verzögerung.

1.2.5 Anpassungen beim Datenaustausch mit dem Medizinischen Dienst (MD Pflege)

Durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) sind im Bereich der Feststellung der Pflegebedürftigkeit umfangreiche Änderungen vorgenommen worden, die ab Oktober 2023 in Kraft treten. Überwiegend handelt es sich dabei um redaktionelle Änderungen, die auf die Neustrukturierung der Regelungen für die Pflegebegutachtung (§§ 18 ff. SGB XI) zurückzuführen sind. Allerdings sind auch verschiedene Neuregelungen enthalten, die Anpassungen der Begutachtungs-Richtlinien erforderlich machen, z. B. die Übergangsregelung zur Begutachtung per strukturiertem Telefoninterview oder die Änderungen von Fristen von Wochen in Arbeitstagen. Die Begutachtungs-Richtlinien werden derzeit bereits durch den MD Bund überarbeitet. Es ist geplant, dass die aktualisierte Fassung bereits im September 2023 dem BMG zur Genehmigung vorgelegt und Mitte Oktober 2023 beschlossen wird.

Aufgrund der gesetzlichen Änderungen und der neuen Version der Begutachtungsrichtlinien ist ebenfalls eine Aktualisierung der verfahrensspezifischen Dokumente für den Datenaustausch zwischen den Pflegekassen und den Medizinischen Diensten erforderlich. Für eine grundsätzliche Überarbeitung der Dokumente ist die Kenntnis der neuen Fassung der Begutachtungs-Richtlinien unabdingbar, sodass eine umfassende Anpassung der Dokumente erst zu einem späteren Zeitpunkt – voraussichtlich ab Herbst 2023 - erfolgen kann.

Der vdek schlägt, nach Abstimmung mit dem MD Bund, jedoch vor, einige der gesetzlichen Änderungen bereits in der aktuellen Version 5.0 der verfahrensspezifischen Dokumente, die zum 01.10.2023 umgesetzt wird, zu ergänzen, sofern dies für alle Beteiligten technisch umsetzbar ist. Zum Beispiel könnten die Änderungen bei den Fristen oder die Erledigungsart per strukturiertem Telefoninterview aufgenommen werden. Dies könnte mit kleineren Änderungen des Schlüsselverzeichnisses umgesetzt werden.

Die Umsetzung erfolgt noch für das Release 24.85.p01.4 (voraussichtliche Marktfreigabe Mitte August 2023). Von der Änderung sind ebenfalls die Aktivitäten in der Aktionssteuerung betroffen.

1.2.6 Neue Berichtspflicht nach § 18d Abs. 3 SGB XI

Diese Version (Versionsnummer 2.0) der Technischen Verfahrensbeschreibung zu den Statistikmeldungen ist nach aktueller Fassung ab 2025 für das Berichtsjahr 2024 anzuwenden. Die Technische Verfahrensbeschreibung liegt uns vor. Es soll eine neue Lieferung der Datenart „ANTRA“ für Statistikdaten nach §18d Abs.3b SGB°XI (Anträge auf Pflegeleistungen nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB XI) vorgesehen werden.

Es erfolgt derzeit eine Analyse, ob die Statistik über BITMARCK_21c]ng erzeugt werden kann. Eine erste Prüfung lässt bereits darauf schließen, dass zunächst die Begutachtungsrichtlinien anzupassen sind und in Folge dessen auch das Verfahren MD Pflege.

1.3 Beschäftigtennummer für ambulante Pflegekräfte

Das Beschäftigtenverzeichnis für ambulante Pflegekräfte, kurz BeVaP, wird in § 293 Absatz 8 SGB V geregelt. Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste oder deren Träger müssen aufgrund des vorgenannten Paragraphen ihre Beschäftigten, die Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege erbringen, in das Verzeichnis eintragen und bestimmte Angaben zu diesen machen. Für Abrechnungen über das Datenaustauschverfahren TP 6 wurde bereits die maschinelle Ablage geschaffen.

Da ein nicht unerheblicher Teil der ambulanten Rechnungen weiterhin per Papier kommt, muss auch die manuelle Eingabe in BITMARCK_21c]ng möglich sein.

Im Unterregister >Zahlungsdaten< des Registers >Rechnung< der Anwendungsfälle "Ambulante Pflege bearbeiten" und "Sonstige Pflegeleistungen bearbeiten" wurden in der Einzelpositionszeile zwei neue Spalten zur Abbildung von Beschäftigtennummern hinzugefügt.

Insofern die Felder in der Leistungsmaßnahme "Sonstige Pflegeleistungen bearbeiten" ungleich der Leistungsart "Entlastungsleistungen §45a/b" befüllt werden, erfolgt die Meldung LEI70071: (Kurzmeldungstext) Angabe Beschäftigtennummer unplausibel. (Langmeldungstext) Die Angabe einer Beschäftigtennummer erfolgt in der Regel nur zur Leistungsart "Entlastungsleistungen §45a/b" / Schweregrad änderbar; initial = Hinweis.

Die Informationen „Beschäftigtennummer 1“ und "Beschäftigtennummer 2", die über das Datenaustauschverfahren TP 6 übermittelt werden, werden in den neuen Feldern der jeweiligen Leistungsmaßnahme eingespielt.

Zusätzlich wurde die PV-Zahlschnittstelle für atacama angepasst.

Die Umsetzungen sind für Release 24.90 (Marktfreigabe Q4 2023) geplant.

1.4 TP6: Umsetzung der vollelektronischen Abrechnung nach § 105 Abs. 2 SGB XI

Das Verfahren TP6 wird um den elektronischen Leistungsnachweis ergänzt. Dabei soll die bestehende Struktur erweitert werden. Zukünftig wird eine XML-Datei als Rahmen benutzt. In diesem Rahmen ist dann die bekannte EDIFACT-TP6-Datei enthalten sowie eine weitere XML-Datei für den elektronischen Leistungsnachweis. Bislang existiert eine solche Struktur nicht, daher muss die Verarbeitungslogik geprüft werden. Darüber hinaus wird die TP6-Auskunft bereits vorbereitet für die strukturellen Änderungen.

Die Übermittlung der Daten kann entweder außerhalb der Telematik Infrastruktur (TI) oder innerhalb der TI unter Nutzung des Übermittlungsverfahrens KIM erfolgen.

- Die Datenübermittlung außerhalb der TI wird geregelt. Sofern papiergebundene Leistungsnachweise verwendet wurden, muss die Datenübermittlung außerhalb der TI erfolgen.
- Die Datenübermittlung mittels KIM innerhalb der TI wird geregelt. Sofern eine vollelektronische Abrechnung unter Verwendung elektronischer Leistungsnachweise gemäß der Vereinbarung nach § 105 Abs. 2 Satz 2 SGB XI erfolgt, muss die Datenübermittlung unter Nutzung der TI erfolgen.

Die Datenübermittlungsarten basieren auf den Gemeinsamen Grundsätzen Technik (GGT) nach § 95 SGB IV, welche die technischen Standards für den Datenaustausch der Sozialversicherung mit Leistungserbringern insgesamt festlegt. Für die einzelnen Medien sind die jeweiligen Spezifikationen (s. www.gkv-datenaustausch.de) in der jeweiligen Fassung zu beachten.

Derzeit läuft über den GKV-SV eine Anfrage an das BMG den Umsetzungstermin von 01.04.2024 auf den 01.07.2024 zu verschieben, um eine neunmonatige Vorlaufzeit für Realisierung und Qualitätssicherung sicherzustellen.

Die fachlichen und technischen Spezifikationen sind noch nicht final abgeschlossen. Daher soll im Release 24.95 eine erste Umsetzungsanalyse erfolgen. Ein solch verschachteltes Datei-Format ist bislang in keinem Verfahren umgesetzt und stellt eine Herausforderung dar. Die Nachvollziehbarkeit zwischen TP6-Abrechnung und elektronischen Leistungsnachweis muss sichergestellt werden. Die Umsetzung ist für das Release 25.00 (voraussichtliche Marktfreigabe im 2. Quartal 2024) geplant.

Im Release 24.95 (voraussichtliche Marktfreigabe im 1. Quartal 2024) werden zusätzlich erste Vorbereitungsmaßnahmen für die Nachvollziehbarkeit und dem besseren Handling getroffen. Es ist geplant, die TP6-Auskunft, um neue Filterkriterien zu erweitern. Neu hinzugefügt werden „Art der abgegebenen Leistung“ und „Fehlercode“.

1.4.1 Anpassungen zu Digitalen Pflegeanwendungen

Die Digitalen Pflegeanwendungen wurden bereits vor einiger Zeit gesetzlich verabschiedet. Bislang gibt es keine zertifizierte DiPA auf dem Markt. Es befinden sich zwei Anwendungen in der Zertifizierung. Die grundsätzlichen Anpassungen in BITMARCK_21c|ng sind bereits erfolgt, damit Sie Ihre gesetzlichen Vorgaben erfüllen können. Es gibt zwei Anpassungen, die der Vollständigkeit dienen.

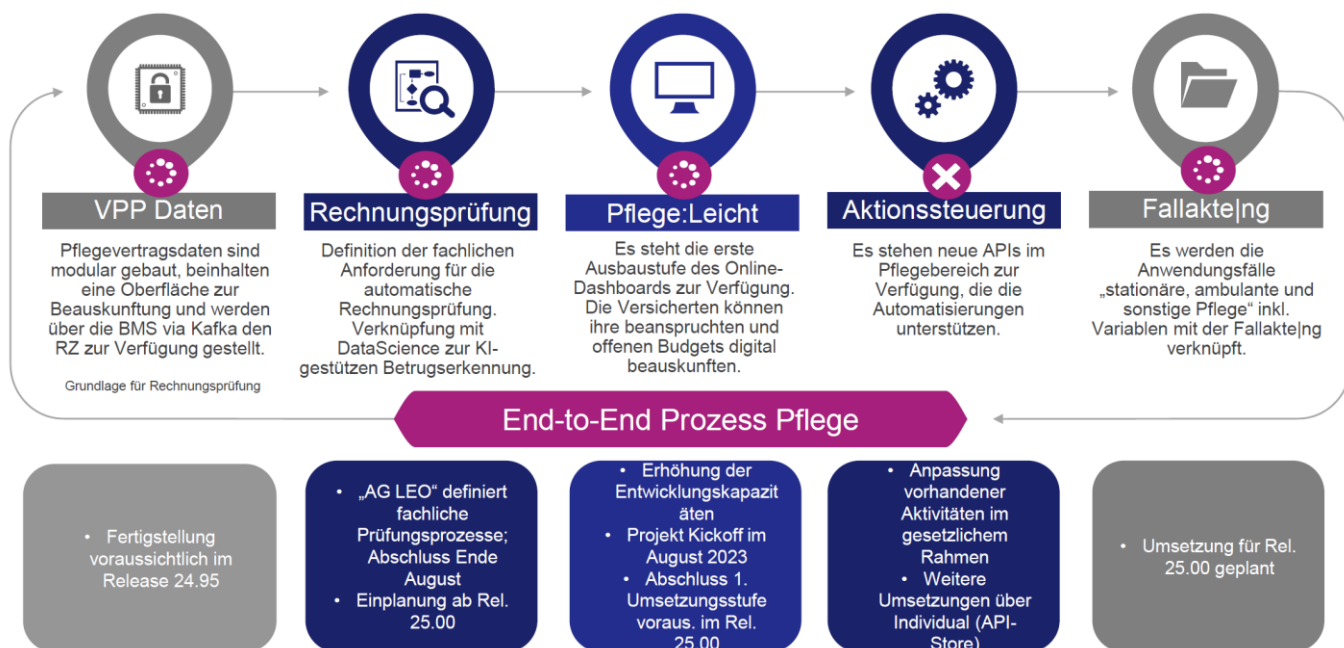
Bei einem Pflegegradwechsel soll keine manuelle Neuanlage der Leistungsmaßnahme notwendig sein. Vielmehr soll über einen Leistungsparameter steuerbar sein, ob die "alte" Leistungsmaßnahme abgeschlossen werden soll oder nicht. Die richtige Kontierung wird systemseitig sichergestellt. (vgl. Entlastungsleistung / Fortlaufende Leistungsmaßnahme)

§ 40a Absatz 2 Satz 8 SGB XI: Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten sind die Pflegebedürftigen von den Pflegekassen vorab in schriftlicher Form oder elektronisch zu informieren. Im Anwendungsfall „Sonstige Leistungen“ steht das Feld "Betrag Eigenanteil €" bereits zur Verfügung. Dieses muss auch als BK-Variabel für den Druckstrom zur Verfügung stehen.

Die Umsetzungen sind für das Release 24.95 (voraussichtliche Marktfreigabe im 1. Quartal 2024) geplant. Aufgrund der vielen gesetzlich vorgeschriebenen Themen mit Auswirkungen auf BITMARCK_21c|ng handelt es sich hierbei allerdings um ein niedrig priorisiertes Thema, dass ggf. auch in das Release 25.00 (voraussichtliche Marktfreigabe im 2. Quartal 2024) verschoben werden könnte.

1.5 Stand E2E-Prozess Pflege

In der Roadmap 2023 haben wir uns den E2E-Prozess für Pflege vorgenommen. Im folgenden Schaubild zeigen wir den aktuellen Umsetzungsstand auf:



1.6 Elektronischer Versorgungsplan

Im Rahmen einer jeden Pflegeberatung wird ein individueller Versorgungsplan erstellt. Dieser dokumentiert die Ziele und Maßnahmen, die sich aus der umfassenden Analyse des Unterstützungsbedarfs des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen ergeben haben. Der Pflegeplan wird mit dem Pflegeberater besprochen und gemeinsam erstellt.

Der Aufbau des Versorgungsplans wird in der technischen Beschreibung zur einheitlichen Struktur und zum elektronischen Austausch des Versorgungsplans festgelegt. Der Versorgungsplan muss beispielsweise allgemeine Informationen über die an der Versorgung beteiligten Personen sowie über den Pflegeberater enthalten. Außerdem wird der individuelle Unterstützungsbedarf, die Ziele und die notwendigen Maßnahmen dokumentiert.

Der Versorgungsplan wird in elektronischer Form erstellt, damit er auch an Pflegekassen, Ärzte, Pflegeeinrichtungen oder Beratungsstellen übermittelt werden kann. Die leistungsberechtigte Person muss jedoch vorher schriftlich ihr Einverständnis zur Weitergabe der Daten geben. Im Falle einer Geschäftsunfähigkeit ist auch ein Bevollmächtigter oder ein gesetzlicher Betreuer berechtigt, die Zustimmung zur elektronischen Übermittlung zu geben.

Die Übermittlung soll über die KIM erfolgen. Derzeit liegt uns ein Entwurf der FHIR-Profile vor. Eine Release-Zuordnung ist noch nicht getroffen. Auch, wenn die technische Anlage aktuell auf den 01.05.2024 terminiert ist, wird voraussichtlich keine zeitnahe Umsetzung in BITMARCK_21c|ng erfolgen. Durch die zuvor beschriebenen Änderungen haben wir in Abstimmung mit dem Fachbeirat andere notwendige Anpassungen höher priorisiert.

Primärer Ansprechpartner bei Rückfragen zu diesen Themen ist für alle Krankenkassen im Rahmen des First-Level-Supports der zuständige Fachberater bei Ihrem betreuenden Service-Centrum (ISC).

Ansprechpartner für alle Fachberater der ISC im Rahmen des Second-Level-Supports bei BITMARCK sind die bekannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Abteilung Fachlicher Support oder unser Service Desk unter Telefon: **0800 BITMARCK** (0800 24862725), Telefax **0800 BITMARCKFAX** (0800 24862725329), E-Mail: servicedesk@bitmarck.de.

2 Versorgungsmanagement

2.1 Neue Bearbeitungsfrist Arznei- u. Verbandmittel - Cannabis

2.1.1 Umgehungslösung

Rückwirkend zum 30.06.2023 wurden folgende Änderungen im § 31 SGB V Abs. 6 Satz 3 und Satz 11 „Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung bzgl. der Cannabisversorgung“ veröffentlicht:

„Verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Leistung nach Satz 1 im Rahmen der Versorgung nach § 37b oder im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung mit einer Leistung nach Satz 1 im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts, ist über den Antrag auf Genehmigung nach Satz 2 abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden.“

„Abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 ist über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Sofern eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, ist abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 über den Antrag auf Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang zu entscheiden; der Medizinische Dienst nimmt, sofern eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird, innerhalb von zwei Wochen Stellung.“

Die Änderungen führen zu folgenden notwendigen Anpassungen im bestehenden Anwendungsfall Arznei- & Verbandmittel:

Das Drop-Down Feld für "§13 Abs. 3a" wird um 3 Tage, 2 Wochen und 4 Wochen ergänzt. Weiterhin ist das Drop-Down Feld "Arzneimittelbesonderheiten" um Cannabis zu erweitern.

Arznei- und Verbandmittel

Journal	Antrag	MDK	Rechnung	Erstattung	Widerspruch	Notizen
Antrag			Entscheidung			
Ausgestellt am	Eingang am	Leistungsart		Ergebnis		Erläuterung
07.08.2023	07.08.2023	Arznei- und Verbandmittel		In Bearbeitung		
Abgabedatum	☐ Noctu	Arzneimittelbesonderheit		Abgabedatum	Am	
Anzahl	Betrag gesamt €	Bedarfsgrund		Anzahl	Betrag gesamt €	
LE-Nr.	Beantragter Leistungserbringer		LE-Nr.		Bewilligter Leistungserbringer	
	k.A.				k.A.	
Verordnung/Beschneidung			Frist §13 Abs. 3a			
Vom	Eingang am	Verordnungsbesonderheit		Fristende		Beschaid am
07.08.2023	07.08.2023			nicht relevant		
			Fristüberschreitung		☐ Fristverlängerung	

Wir werden voraussichtlich mit Release 24.95 inkl. einem Patch auf 24.90 eine Softwareänderung der PRG-Fristen im Anwendungsfall Arznei- & Verbandsmittel ausliefern, so dass eine fehlerfreie Verarbeitung der Dateien wieder gewährleistet ist.

Bis dahin steht Ihnen folgende manuelle Umgehungsmöglichkeit zur Verfügung.

Erfassung des Antrages wie gewohnt

Arznei- und Verbandmittel

Journal	Antrag	MDK	Rechnung	Erstattung	Widerspruch	Notizen
Antrag			Entscheidung			
Ausgestellt am	Eingang am	Leistungsart		Ergebnis		Erläuterung
07.08.2023	07.08.2023	Arznei- und Verbandmittel		In Bearbeitung		
Abgabedatum	☐ Noctu	Arzneimittelbesonderheit		Abgabedatum	Am	
Anzahl	Betrag gesamt €	Bedarfsgrund		Anzahl	Betrag gesamt €	
LE-Nr.	Beantragter Leistungserbringer		LE-Nr.		Bewilligter Leistungserbringer	
	k.A.				k.A.	
Verordnung/Beschneidung			Frist §13 Abs. 3a			
Vom	Eingang am	Verordnungsbesonderheit		Fristende		Beschaid am
07.08.2023	07.08.2023			nicht relevant		
			Fristüberschreitung		☐ Fristverlängerung	

Setzen der ursprünglichen Frist (3 oder 5 Wochen)

Arznei- und Verbandmittel

Journal	Antrag	MDK	Rechnung	Erstattung	Widerspruch	Notizen
Antrag			Entscheidung			
Ausgestellt am	Eingang am	Leistungsart		Ergebnis		Erläuterung
07.08.2023	07.08.2023	Arznei- und Verbandmittel		In Bearbeitung		
Abgabedatum	☐ Noctu	Arzneimittelbesonderheit		Abgabedatum	Am	
Anzahl	Betrag gesamt €	Bedarfsgrund		Anzahl	Betrag gesamt €	
LE-Nr.	Beantragter Leistungserbringer		LE-Nr.		Bewilligter Leistungserbringer	
	k.A.				k.A.	
Verordnung/Beschneidung			Frist §13 Abs. 3a			
Vom	Eingang am	Verordnungsbesonderheit		Fristende		Beschaid am
07.08.2023	07.08.2023			3-Wochen-Frist		28.08.2023
			Fristüberschreitung		☐ Fristverlängerung	

Auskunft... ELW-Fälle... Maßnahmen... Neu Löschen Übernehmen Verwerfen Abbre

Setzen des Häkchens „Fristverlängerung“, um das Fristende zu ändern.

Arznei- und Verbandmittel

Journal	Antrag	MDK	Rechnung	Erstattung	Widerspruch	Notizen
Antrag			Entscheidung			
Ausgestellt am	Eingang am	Leistungsart		Ergebnis		Erläuterung
07.08.2023	07.08.2023	Arznei- und Verbandmittel		In Bearbeitung		
Abgabedatum	☐ Noctu	Arzneimittelbesonderheit		Abgabedatum	Am	
Anzahl	Betrag gesamt €	Bedarfsgrund		Anzahl	Betrag gesamt €	
LE-Nr.	Beantragter Leistungserbringer		LE-Nr.		Bewilligter Leistungserbringer	
	k.A.				k.A.	
Verordnung/Beschneidung			Frist §13 Abs. 3a			
Vom	Eingang am	Verordnungsbesonderheit		Fristende		Beschaid am
07.08.2023	07.08.2023			3-Wochen-Frist		28.08.2023
			Fristüberschreitung		☒ Fristverlängerung	
Arzt-Nr.			Unterlagen angefordert am			
			07.08.2023			
LE-Nr.			Unterlageneingang am			
			☐ Korrektur nach Bescheid			
Zuzahlung						

Manuelle Änderung in das korrekte Fristende (in diesem Beispiel nach 2 Wochen)

Anzahl	Betrag gesamt €	Bedarfsgrund	Anzahl	Betrag gesamt €	
LE-Nr.	Beantragter Leistungserbringer		LE-Nr.	Bewilligter Leistungserbringer	
	k.A.			k.A.	
Verordnung/Bescheinigung			Frist §13 Abs. 3a	Fristende	Bescheid am
Vom	Eingang am	Verordnungsbesonderheit	3-Wochen-Frist	21.08.2023	
07.08.2023	07.08.2023		Fristüberschreitung		☒ Fristverlängerung
Arzt-Nr.			Unterlagen angefordert am	Unterlageneingang am	☐ Korrektur nach Bescheid
			07.08.2023		
LE-Nr.	Verordnender Leistungserbringer		Zuzahlung		
	k.A.				

Primärer Ansprechpartner bei Rückfragen zu diesen Themen ist für alle Krankenkassen im Rahmen des First-Level-Supports der zuständige Fachberater bei Ihrem betreuenden Service-Centrum (ISC).

Ansprechpartner für alle Fachberater der ISC im Rahmen des Second-Level-Supports bei BITMARCK sind die bekannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Abteilung Fachlicher Support oder unser Service Desk unter Telefon: **0800 BITMARCK** (0800 24862725), Telefax **0800 BITMARCKFAX** (0800 24862725329), E-Mail: servicedesk@bitmarck.de.