

Elektronische Datenlieferungen zur Abrechnung von Pflegehilfsmitteln

(Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln nach § 78 Absatz 1 SGB XI)

Stand: 01.09.2026
Version: 003
Anzuwenden: Für Abgaben ab 01.06.2025, verpflichtend ab dem 01.11.2025
Hinweis: Die Kategorie 0 „Zuzahlung“ der Kosten Versicherter (ID 25) ist ab der Abgabedatenversion 1.5 auch bei Nutzung anderer Kategorien verpflichtend pro Abrechnungszeile anzugeben. Wir bitten die Softwarehäuser, dies zeitnah zu berücksichtigen und die ARZ, ggf. abweichende Abgabedatensätze bis zur vollständigen Umsetzung anzunehmen und zu verarbeiten

1. Historie

Version	Status	Datum	Autor/Redaktion	Abschnitt	Erläuterung
003		01.09.2026	DAV / ARZ	2.	Hinweis zur Verwendung neuer Profilversionen
002		23.06.2025	DAV / ARZ/ ADAS	D.1/2./3.	überarbeitet
001		20.05.2025	DAV / ARZ/ ADAS	D.3	überarbeitet
000		11.04.2025	DAV / ARZ/ ADAS		Initiales Dokument- Vorab-Version

2. Einleitung

Diese Technische Anlage regelt die digitale Übermittlung der Anlage 3 - *Erklärung zum Erhalt von Pflegehilfsmitteln (Empfangsbestätigung)*- gemäß dem Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln nach § 78 Absatz 1 SGB XI zwischen Apotheke und ihrem Apothekenrechenzentrum zum Zwecke der Abrechnung.

Ergänzend muss sich die Apotheke nach den Vorgaben des Vertrages die Anlage 3 vom Patienten unterzeichnen lassen. Das unterzeichnete Dokument verbleibt in der Apotheke und wird nicht an die Pflegekasse übermittelt. Es besteht jedoch die Verpflichtung der Apotheke, die besagte Anlage auf Anforderung den Pflegekassen *in elektronischer Form (z. B. als PDF)* unter Angabe des Genehmigungskennzeichens -sofern vorhanden- zur Verfügung zu stellen. Die Technische Anlage enthält im beigefügten Anhang 1 ergänzend Mustervordrucke zum Verbleib in der Apotheke. Der DAV regt zur bundesweiten Vereinheitlichung an, ausschließlich die zur Verfügung gestellten Mustervordrucke zu verwenden.

Für die korrekte Übermittlung an das Apothekenrechenzentrum wird in der Warenwirtschaft der Apotheke ein elektronischer Verordnungsdatensatz generiert. Er ähnelt der elektronischen Verordnung für pharmazeutische Dienstleistungen, wie sie in Anhang 5 zur Technischen Anlage 1 zur Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V hinterlegt ist.

Hinsichtlich möglicher Abgaben bis drei Monate in die Zukunft ist es zwingend notwendig, dass Instanzversionen entsprechend ihrer zum Zeitpunkt der Erstellung gültigen inkraftgetretenen

Profilversionen (siehe TA7 Anhang 2) genutzt werden. Daher müssen Verordnungsinstanzen (Ausstellungsdatum = 1. Tag des Versorgungsmonats) bei einem bevorstehenden Profilewechsel in der aktuellen Version erstellt werden und nicht in der bevorstehenden Profileversion (Ausstellungsdatum / Versorgungsmonat in der Zukunft), die zum Zeitpunkt der Erstellung noch nicht aktiv ist.

Die Einzelheiten zum elektronischen Verfahren werden in nachfolgenden Abschnitten beschrieben. **Zur leichteren Lesbarkeit sind die Abweichungen vom pDL-Datensatz grün markiert.**

D. allgemeine Vorgaben bei Pflegehilfsmitteln aus Apotheken

1. elektronischer Verordnungsdatensatz

Workflow-Type für Generierung der Rezept-ID: 980 (Pflegehilfsmittel)

Für die Produktgruppen 51 und 54 müssen immer getrennte E-Belege erstellt werden und dürfen jeweils nur eine Genehmigungsnummer enthalten. Die Apotheke kann je Lieferung einen Datensatz erstellen oder einen Datensatz, der alle Lieferungen für einen Versicherten eines Versorgungsmonats zusammenfasst, welcher mit folgenden Abweichungen zu befüllen ist:

- Rezept-ID (ID 5 - Dokumenten-ID) sowie Dokumententyp und –version (ID 2 und 3)
 - Der Bereich für die ersten 3 Ziffern (=Workflow-Type) zwischen 900-999 ist für diese Sonderbelege reserviert. Jeder konkrete Sonderbeleg definiert genau einen speziellen Workflow-Type.
 - Die nachfolgenden 22 Zeichen gemäß gemSpec_DM_eRp werden mit einem zentralen Generator auf Apotheken-Seite generiert
- Krankenkasse bzw. Kostenträger (ID 11 – Name des Kostenträgers)
 - Name der Krankenkasse
- Versichertendaten (ID 20 bis 38)
 - die Versichertendaten (Name und Vorname Versicherte/r, Adresse, Geburtsdatum, wie auf der elektronischen Gesundheitskarte angegeben)
- Kostenträgerkennung / Versichertennummer:
 - Kostenträgertyp (ID 7) mit default – Wert „GKV“
 - Prüfnummer (ID 4) als String mit default – Wert „000000“
 - das Institutionskennzeichen der Krankenkasse nach § 293 Absatz 1 SGB V (ID 9),
 - die Krankenversicherungsnummer (KVRN) laut Versichertenkarte (ID 19a)
- Statusfeld (ID 14 bis 17 - Versichertenart, Besondere Personengruppe, DMP Kennzeichnung und Kennzeichen Rechtsgrundlage gemäß Technische Anlage zu Anlage 4a BMV-Ä)
 - geliefert werden die Daten der Versichertenkarte; alternativ sind die Dummy-Werte ID14 = 1, ID15 = 00, ID16 = 00 und ID17 = 00 zu übermitteln.
- Zuzahlungsstatus (ID 77)
 - Default - Wert „1“ (von Zuzahlungspflicht befreit / gebührenfrei)
- Betriebsstättennummer (BSNR) (ID 61a)
 - Wird von den Apotheken mit 9x0 (000000000) befüllt.
 - Ortsname ID65 – Wert „Apo“, Straße ID66 – Wert „Apo“, Hausnummer ID67 – Wert „Apo“, Telefonnummer ID69 – Wert „Apo“ der BSNR
- Typ der ausstellenden / verschreibenden Person default ID 41 – Wert „00“
- Arztnummer (LANR) (ID 42a)
 - Wird von den Apotheken mit 9x0 (000000000) befüllt.

- Name der ausstellenden / verschreibenden Person ID 44 bis 49 und 58 – Wert „Apo“
- Kategorie (ID 81) – default – Wert „00“
- Noctu (ID 82 – Bool) – default – Wert „false“
- Kennzeichnung Impfstoff (ID 84 – Bool) – default – Wert „false“
- BVG (ID 85 – Bool) – default – Wert „false“
 - o (ACHTUNG: bis einschließlich Profilversion 1.1.0)
- SER (ID 85 – Bool) – default – Wert „false“
 - o (ACHTUNG: ab Profilversion 1.3)
- Kennzeichen Mehrfachverordnung (ID 87 – Bool) – default – Wert „false“
- Aut Idem (ID 102 – Bool) – default – Wert „false“
- Anzahl der verordneten Packungen (ID 113) immer mit 1
- ID des Produkts (PZN) (ID 115) wird mit dem Wert 18774742 (Pflegehilfsmittel- elektronische Datenlieferung) gefüllt
 - o Darreichungsform (ID 103 – kodiert) – default - Wert = „---“
 - o Packungsgröße nach N-Bezeichnung ID110 – default - Wert „KA“
 - o (ACHTUNG: bis einschließlich Profilversion 1.1.0) wird ersetzt durch ID 111 & ID 112 Packungsgröße (ID 111) – default Wert „1“
 - (ACHTUNG: ab Profilversion 1.3)
 - o Packungsgröße Einheit (ID 112) – default Wert „St“
 - (ACHTUNG: ab Profilversion 1.3)
 - o Handelsname (ID 116) = Name der PZN bzw. der SOK
 - o Wirkstoff (ACHTUNG: ab Profilversion 1.3)
 - Wirkstoffname (ID 119) – default Wert „---“
 - Wirkstärke
 - Wirkstoffmenge (ID 120a) – default Wert „1“
 - Wirkstoffmenge Einheit (ID 120b) – default Wert „St“
 - Wirkstoffbezugsmenge (ID 120c) – default Wert „1“
 - Wirkstoffbezugsmenge Einheit (ID 120d) – default Wert „St“
- Ausstellungsdatum (ID 80)
 - o 1. Tag des Versorgungsmonats
- Signatur
 - o Jeder Datensatz muss in der Apotheke elektronisch mindestens mit SMC-B signiert werden. Statt einer fortgeschrittenen Signatur kann auch eine qualifizierte elektronische Signatur des Datensatzes erfolgen.

2. In der Apotheke zu erzeugender Quittungsdatensatz:

Nach der jeweils erbrachten Leistung hat die Apotheke eine eigene elektronische Quittung zu generieren, da diese nicht aus dem Fachdienst der gematik bezogen werden kann.

Die elektronisch zu erzeugende Quittung hat folgende Informationen zu enthalten:

- Telematik-ID der aufrufenden Apotheke als Beneficiary in die erxComposition
- aktueller Zeitstempel in event.period.start (entspricht Abgabedatum/Leistungsdatum)
- aktueller Zeitstempel in event.period.end (entspricht Erstellungszeitpunkt der Quittung)
- Datum der Quittung in Composition.date (entspricht Erstellungszeitpunkt der Quittung)
- Identifier PrescriptionID des Task als identifier des Quittungs-Bundle
- Device-Ressource (Dummy) als Autor der Signatur
- Base64Binary-Ressource mit Binary.data = <base64-codierter Hashwert aus der Signatur des dem Task zugrunde liegenden Verordnungsdatensatzes> und contentTpe = "application/octet-stream"

- Signatur
 - Jeder Datensatz muss in der Apotheke elektronisch mindestens mit SMC-B signiert werden. Statt einer fortgeschrittenen Signatur kann auch eine qualifizierte elektronische Signatur des Datensatzes erfolgen. Der Zeitpunkt der Signatur darf nicht vor dem Datum der Quittung (Composition.date) liegen. Es bestehen keine weiteren zeitlichen Einschränkungen.

3. eAbgabedatensatz (<https://simplifier.net/eRezeptAbgabedaten>):

Hinweis: Für den eAbgabedatensatz gilt, dass standardmäßig Kann-Felder und Kann-Gruppen nur geliefert werden, wenn sie für die Abrechnung erforderlich sind. Für Muss-Felder und Muss-Gruppen können in bestimmten Fällen Dummy-Werte geliefert werden. Im Übrigen gelten die Spezifizierungen zum eAbgabedatensatz, wobei abweichend je Pflegehilfsmittelnummer der abgegebenen Pflegehilfsmittel eine Abrechnungszeile mit folgenden Inhalten zu füllen ist:

Pflegehilfsmittel aus der Apotheke

ID	Feldname (grau = Feldgruppe)	D (Pflegehilfsmittel) abweichend von A/B
18	Abrechnungszeile	
19	Zähler Abrechnungszeile	Jede Abrechnungszeile ist beginnend mit "1" lückenlos fortlaufend zu nummerieren.
20	PZN_Sonderkennzeichen	Pflegehilfsmittelnummer, Typ Invoice.Invoice.linItem.chargeItemCodeableConcept.coding:Hilfsmittelnummer
22	Faktor	Anzahl der Einheiten in Rechengröße (derzeit Stückzahl oder Einheiten à 100ml)
23	Bruttopreis	Bruttopreis = Nettopreis + Mehrwertsteuer, mit: Mehrwertsteuer = Nettopreis x Mehrwertsteuersatz, kaufmännisch gerundet Nettopreis = Stückzahl in Rechengröße x Nettopreis der Rechengröße
24	Umsatzsteuersatz	Voller Umsatzsteuersatz
25	Kosten Versicherter	Bei einem Pflegehilfsmittel wird immer die Kategorie „0“ geliefert.
26	Kategorie	0
27	Kostenbetrag	Betrag der Zuzahlung zu dieser Position der PG51. Bei einem Pflegehilfsmittel der PG54 ist der Kostenbetrag mit 0,00 anzugeben.
25	Kosten Versicherter	Bei einem Pflegehilfsmittel der PG54 wird zusätzlich zur Kategorie „0“ die Kategorie „1“ geliefert, wenn mit dieser Position der monatliche Höchstbetrag von 42,00€ überschritten wird.
26	Kategorie	1
27	Kostenbetrag	Eigenbeteiligung des Patienten (Betrag dieser Position, der den zulässigen Höchstbetrag der PG54 übersteigt)
25	Kosten Versicherter	Im Fall einer Beihilfeberechtigung wird zusätzlich zur Kategorie „0“ die Kategorie „2“ geliefert.
26	Kategorie	2
27	Kostenbetrag	Beihilfeanteil, der vom Patienten in der Apotheke geleistet wird. Diese Zuzahlung (ggf. aufgerundet) berechnet sich ausschließlich aus dem Leistungsbetrag der Pflegekasse. Leistungsbetrag der Pflegekasse = Gesamtbetrag inkl. Mehrwertsteuer abzüglich Beihilfe-/ Fürsorgeanteil.
28	Zusatzattribut	In Abrechnungszeile 1 wird ein Zusatzattribut angegeben, das den Vertrag zuordnet.
29	Gruppe	12 = Gruppe zusätzliche Abgabeangaben
30	Schlüssel	true
34	Dokumentation Freitext	Tarifkennzeichen 1100P53; Beihilfe <ja nein>

ID	Feldname (grau = Feldgruppe)	D (Pflegehilfsmittel) abweichend von A/B
28	Zusatzattribut	In Abrechnungszeile 1 wird ein Zusatzattribut angegeben, wenn eine Genehmigungsnummer vergeben wurde.
29	Gruppe	13= Gruppe für Genehmigungen
30	Schlüssel	true
31	Dokumentation Apotheke	Von der Pflegekasse vergebene Genehmigungsnummer; Falls kein Genehmigungskennzeichen ermittelbar ist, wird in der Warenwirtschaft bzw. durch das ARZ das Wort „ unbekannt “ ergänzt.
32	Datum Dokumentation	Genehmigungsdatum, wenn nicht vorhanden, das Abgabedatum

Hinweis zur Signatur: Jeder Datensatz muss in der Apotheke elektronisch mindestens mit SMC-B signiert werden. Statt einer fortgeschrittenen Signatur kann auch eine qualifizierte elektronische Signatur des Datensatzes erfolgen.4. eAbrechnungsdatensatz

Hinweis: Da aktuell keine Datenübermittlung an die Kassen geplant ist, muss kein eAbrechnungsdatensatz nach den Vorgaben der TA7 erstellt werden.