

Anlage 1

Disease-Management-Programme in Hamburg

Aufgabenbeschreibung für die Datenstelle

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Verarbeitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE)	6
2.1	Entgegennahme der TE/EWE	6
2.2	Scannen der TE/EWE	6
2.3	Weiterleitung der TE/EWE	6
2.4	Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren	7
2.4.1	Erfassung der TE/EWE	7
2.4.2	Prüfung der TE/EWE auf Vollständigkeit	7
2.4.3	Anforderung unvollständiger TE/EWE	7
2.4.4	Weiterleitung der TE/EWE	7
3	Leistungen im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation (ED und FD)	7
3.1	Annahme der Dokumentationen	8
3.1.1	Annahme belegloser Dokumentationen	8
3.1.2	Annahme beleghafter Dokumentationen	9
3.2	Archivierung der ED/FD	10
3.2.1	Archivierung bei belegloser Dokumentation	11
3.2.2	Archivierung bei beleghafter Dokumentation	11
3.3	Prüfung der Berechtigung des Arztes zur Erstellung von DMP-Dokumentationen	11
3.4	Prüfung der ED/FD auf Einhaltung der Frist	12
3.5	Zwischenspeicherung der ED/FD	14
3.6	Pseudonymisierung der Datensätze	14
3.7	Prüfung der ED/FD auf Vollständigkeit und Plausibilität	15
3.8	Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible DMP-Dokumentationen	15
3.8.1	Korrekturverfahren für beleglose DMP-Dokumentationen	16
3.8.2	Korrekturverfahren für beleghafte Dokumentationen	17
3.9	Bestätigungen für elektronisch erstellte Dokumentationen	19
3.9.1	Erstellung der eDMP-Versandlisten	19
3.9.2	Prüfung der eingehenden eDMP-Versandlisten	19
3.9.3	Korrekturverfahren für eDMP-Versandlisten	19
3.9.4	Erinnerungsverfahren	19
3.10	Weiterleitung der ED/FD	20
4	Rückmeldeverfahren	20
4.1	Zweckgebundenheit des Arzt-Versicherten-Paares	20

4.2	Generierung des Arzt-Versicherten-Paares	20
4.3	Definition und Speicherung des Arzt-Versicherten-Paares	21
4.4	Meldungen der Krankenkassen	22
4.4.1	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Krankenversicherturnummer	22
4.4.2	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen- Institutionskennzeichens	23
4.4.3	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen- Institutionskennzeichens und Wechsel der Versichertennummer	24
4.4.4	Meldung der Krankenkasse bei Beendigung, Stornierung oder Reaktivierung von DMP-Einschreibungen	25
4.4.5	Beendigung von DMP-Fallverlufen durch die Datenstelle	25
5	Weiterleitung der Daten	27
5.1	Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse	27
5.2	Weiterleitung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung bzw. KVH	27
5.2.1	Erstellen des Arzt-Reminders	28
5.2.2	Datenweitergabe an den externen Evaluator	28
5.3	Testdatenlieferungen	29
5.4	Besonderheiten BKK'n	29
5.5	Besonderheiten IKK'n	30
6	Leistungen bei Prufungen gem. § 15a RSAV	31
6.1	Anforderung der zur Durchfuehrung der Prufung nach § 15a RSAV relevanten Unterlagen	31
6.2	Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen	31
6.3	Definition der vorzulegenden Unterlagen	31
6.4	Sortierfolge der Unterlagen	33
6.5	Versand der vorzulegenden Unterlagen	33
6.6	Verschlüsselung von Daten	33
6.7	Lieferschein	33
6.8	Nachforderung von Prufunterlagen	34
6.9	Dokumentation und/oder Image sind nicht auffindbar	34
7	Informationen an die Auftraggeber	34
7.1	Online-Recherche	35
7.2	Statusdatensatz	35
7.3	Verbandsstatistik	35
7.4	Information an den koordinierenden Arzt	36
7.5	Abrechnungsstatistiken	36

7.5.1 Vergütungsdatei für die Kassenärztliche Vereinigung	36
7.5.2 Rechnungsbegründende Unterlagen für die Krankenkassen	37

Hinweis

Die in dieser Leistungsbeschreibung genannten Anhänge bezeichnen die Anhänge zur Aufgabenbeschreibung.

1 Einleitung

Der koordinierende Arzt erstellt für die Einschreibung von Versicherten eine TE/EWE sowie eine Erstdokumentation. Im weiteren Verlauf der DMP-Teilnahme erstellt er ausschließlich Folgedokumentationen. Diese leitet er an die Datenstelle weiter. Dabei werden die Erst- und Folgedokumentationen vom 01.07.2008 an mit Ausnahme des DMP Brustkrebs ausschließlich elektronisch erstellt und übermittelt.

Die TE/EWE nimmt die Datenstelle an und leitet diese unmittelbar an die jeweiligen Krankenkassen weiter. Die Dokumentationsdaten aus den von den koordinierenden Ärzten übermittelten Erst- und Folgedokumentationen werden von der Datenstelle erfasst, sowie hinsichtlich ihrer fristgerechten Übermittlung, ihrer Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Entsprechend der detaillierten Beschreibung in den folgenden Gliederungspunkten fordert die Datenstelle notwendige Ergänzungen bzw. Berichtigungen der Dokumentationsdaten beim koordinierenden Arzt an. Bei elektronisch übermittelten Erstdokumentationen fordert sie die schriftliche Bestätigung des Arztes an.

Über die Erfassung, Prüfung und Weiterleitung von Dokumenten hinaus stellt die Datenstelle den Auftraggebern sowie den koordinierenden Ärzten Statistiken, Auswertungen und ein geschütztes Online-Rechercheverfahren bereit, welches Aufschluss über den Stand der Datenverarbeitung gibt. Bei Fragen zur Erfassung und Korrektur von Dokumentationen, werden die Ärzte durch eine telefonische Hotline unterstützt.

Soweit die Datenstelle arztbezogene Prozesse umsetzt, kommuniziert sie mit der Betriebsstätte und nicht mit Einzelärzten innerhalb einer Betriebsstätte. Dies gilt auch dann, wenn im folgenden von einzelnen Ärzten gesprochen wird.

2 Verarbeitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE)

Der koordinierende Arzt sendet die vom Arzt und Versicherten (oder dessen gesetzlichen Vertreter) unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung im Original (in Papierform) an die Datenstelle.

2.1 Entgegennahme der TE/EWE

Die Datenstelle nimmt die TE/EWE an und versieht sie auf der Vorderseite mit einem Eingangsstempel. Dabei ist ein Stempel zu verwenden, der das Institutionskennzeichen der Datenstelle beinhaltet. Änderungen bzw. Ergänzungen der TE/EWE werden von der Datenstelle nicht vorgenommen.

2.2 Scannen der TE/EWE

Alle bei der Datenstelle eingehenden TE/EWE werden eingescannt. Die Images werden den Krankenkassen auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Nur soweit einzelne Krankenkassen die Datenstelle mit der Erbringung der unter Punkt 2.4 beschriebenen Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren beauftragt haben, sind die Images auch versichertenbezogen zur Verfügung zu stellen.

2.3 Weiterleitung der TE/EWE

Die Datenstelle sortiert innerhalb eines Arbeitstages die nach Punkt 2.1 angenommenen TE/EWE nach den an den DMP teilnehmenden Krankenkassen je DMP und leitet diese zweimal wöchentlich auf gesichertem Transportweg im Original an das DMP-Datenzentrum bzw. die jeweilige Krankenkasse weiter.

2.4 Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren

2.4.1 Erfassung der TE/EWE

Die TE/EWE werden vor dem Scannen (vgl. Pkt. 2.2) auf der Vorderseite eindeutig gekennzeichnet. Alle bei der Datenstelle eingegangenen und eingescannten TE/EWE werden elektronisch als Datensätze erfasst. Sofern es sich um einen Korrekturbogen der TE/EWE handelt, werden lediglich die fehlerhaften Felder neu erfasst.

2.4.2 Prüfung der TE/EWE auf Vollständigkeit

Die erfassten TE/EWE werden auf Vollständigkeit geprüft.

2.4.3 Anforderung unvollständiger TE/EWE

Die unvollständigen oder fehlenden Angaben auf Teilnahme- und Einwilligungserklärungen werden bei den koordinierenden Ärzten angefordert. Eingehende Korrekturen werden ebenfalls nach Punkt 2.2 gescannt.

2.4.4 Weiterleitung der TE/EWE

Der elektronische Datensatz der TE/EWE wird an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse weitergeleitet. Zusätzlich zu den nach Punkt 2.3 weitergeleiteten TE/EWE werden auch die bei der Datenstelle eingehenden Korrekturdaten der TE/EWE im Original an das DMP-Datenzentrum bzw. die jeweiligen Krankenkassen übermittelt.

3 Leistungen im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation (ED und FD)

Die DMP-Dokumentationen (ED und FD) werden in belegloser (eDMP) oder in beleghafter Form bei der Datenstelle eingereicht. Dokumentationen, die vom koordinierenden Arzt vom 01.07.2008 an erstellt werden, sollen ausschließlich per eDMP übermittelt werden. Lediglich für das DMP Brustkrebs dürfen koordinierende Ärzte längstens bis zum 30.06.2009 beleghafte Dokumentationen erstellen.

Beim eDMP erfasst der koordinierende Arzt die DMP-Dokumentationen in seiner Praxis (Ort der Leistungserbringung). Die erfassten DMP-Dokumentationen werden in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst, verschlüsselt und an die Datenstelle übermittelt. Die Übermittlungsdatei wird auf Datenträgern (z.B. CD-ROM, Diskette) oder elektronisch (KV-Portal, DMP-Online) an die Datenstelle übersandt. Die von der Arztpraxis als Datensatz an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen müssen der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmten Schnittstellenbeschreibung in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Die Datenstelle wird über neue oder angepasste Schnittstellenbeschreibungen von den Auftraggebern rechtzeitig informiert.

Beim beleghaften Verfahren füllt der koordinierende Arzt die DMP-Dokumentation aus, unterschreibt sie und sendet sie anschließend im Original an die Datenstelle. Für DMP-Dokumentationen, die nach dem 01.04.2007 erstellt werden, ist die Unterschrift des Arztes nur noch auf der Erstdokumentation erforderlich.

3.1 Annahme der Dokumentationen

3.1.1 Annahme belegloser Dokumentationen

Die Datenstelle gewährleistet die unveränderte Übernahme der von den DMP-Ärzten auf Datenträgern oder elektronisch übermittelten Dokumentationsdaten in ihr EDV-System. Dabei dokumentiert sie elektronisch den Eingang der einzelnen Dokumentationen.

Sofern DMP-Dokumentationen auf Datenträgern übermittelt werden, stellt die Datenstelle sicher, dass die Versandumschläge solange zusammen mit dem Datenträger aufgehoben werden, bis eine Identifikation des absendenden Arztes vorgenommen werden konnte.

Sind die von einem koordinierenden Arzt übermittelten Daten unverschlüsselt und/oder mehrfach komprimiert worden, hat die Datenstelle diese Daten wie ordnungsgemäß übermittelte Daten zu behandeln. Die Datenstelle klärt die Ursachen der Nichtverschlüsselung bzw. der Mehrfachkomprimierung telefonisch mit dem koordinierenden Arzt.

Sofern das Handling in der Arztpraxis nicht ursächlich für die Nichtverschlüsselung bzw. die Mehrfachkomprimierung oder andere Auffälligkeiten im Bezug auf die Arztsoftware ist, informiert die Datenstelle die Hersteller der Arztpraxissoftware, die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP sowie die KVH über die bestehende Problematik.

Sofern eine übermittelte Dokumentation nicht verarbeitet werden kann, jedoch zu ermitteln ist, welche DMP-Dokumentation betroffen ist, wird der Arzt telefonisch gebeten, diese DMP-Dokumentation erneut an die Datenstelle zu übermitteln.

Für nicht einlesbare Datenträger werden alle verfügbaren Möglichkeiten der Identifikation des betroffenen Arztes, wie ggf. vorhandenes Label, Anschreiben des Arztes, Briefumschlag etc. ausgenutzt. Sofern der betroffene Arzt zu ermitteln ist, wird er von der Datenstelle telefonisch darüber informiert, dass der Datenträger nicht lesbar ist, und gleichzeitig aufgefordert, die betroffenen Datensätze erneut zu übermitteln. Dabei sind dem Arzt insbesondere die Vorteile der elektronischen Dokumentationsübermittlung (KV-Portal, DMPonline) vorzustellen. Sollte eine Identifikation des betroffenen Arztes nicht möglich sein, wird der Datenträger vernichtet; über die Zahl der betroffenen Datenträger wird die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP sowie die KVH monatlich informiert.

3.1.2 Annahme beleghafter Dokumentationen

Die Datenstelle nimmt die eingehenden DMP-Dokumentationen an, versieht sie auf der Vorderseite mit einem Eingangsstempel, der das Institutionskennzeichen der Datenstelle beinhaltet, kennzeichnet die DMP-Dokumentationen eindeutig mit einem Barcode und erfasst die Daten. Eine Änderung oder Ergänzung der Originalbelege ist nicht zulässig. Zusätzlich werden alle eingehenden Belege eingescannt. Anschließend werden die Belege und Images archiviert (vgl. Pkt. 3.2).

Soweit nach dem 01.07.2008 erstellte Dokumentationsbögen beleghaft bei der Datenstelle eingehen, sind diese abzuweisen. Der Arzt ist schriftlich aufzufordern die Dokumentationen erneut elektronisch zu übermitteln. Ferner sind die betroffenen Ärzte der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP sowie der KVH zu melden.

Abweichend hiervon, sind beleghafte DMP-Dokumentationen für das DMP-Brustkrebs zu verarbeiten, wenn diese Dokumentationen bis zum 30.06.2009 vom Arzt erstellt worden sind.

3.2 Archivierung der ED/FD

Alle bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationsdaten werden archiviert. Für die Archivierung gilt, dass

- alle eingehende Belege (Dokumentationen, Korrekturen von Dokumentationen, eDMP-Versandlisten etc.) sowohl physisch, als auch als Image zu archivieren sind. Die Datenstelle hat sicherzustellen, dass jederzeit eine Verbindung in beide Richtungen zwischen Originalbeleg und Image hergestellt werden kann.
- für die Vertragsregion Hamburg ein von den übrigen Vertragsregionen getrenntes Archiv angelegt wird,
- nur befugte Personen der Datenstelle Zugriff auf die archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze haben;
- die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten zu beachten sind,
- die eingegangenen beleghaften und beleglosen DMP-Dokumentationen, alle eingegangenen Kopien mit Datenkorrekturen/-ergänzungen sowie alle dazugehörigen eDMP-Versandlisten und von der Datenstelle erzeugten Versandlisten (in Dateiform) physisch für 7 Jahre, beginnend mit dem auf das Ende der DMP-Teilnahme eines Versicherten folgenden Kalenderjahr, zu archivieren sind;
- die DMP-Dokumentationen bzw. Datensätze so zu archivieren sind, dass sie jederzeit und innerhalb von 4 Wochen für Prüfzwecke durch die Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können. Die Datenstelle gewährleistet, dass die jeweilige Aufsichtsbehörde die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Aufsichtsbehörde eine Prüfung der archivierten DMP-Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, gewährleistet die Datenstelle, dass
 - ausschließlich die mit der Prüfung beauftragten Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde die entsprechenden Unterlagen erhalten. Diese Mitarbeiter werden der Datenstelle rechtzeitig vom Auftraggeber bzw. der Prüfbehörde benannt;
 - die eingesetzten Archivierungstechnologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit/Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen;
- nach Ablauf von 7 Jahren, beginnend mit dem, auf das Ende der DMP-Teilnahme eines Versicherten folgenden Kalenderjahr, die archivierten DMP- zu vernichten bzw. die Datensätze und Images zu löschen sind;

- die Datenstelle ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, welches sie mit den Auftraggebern abstimmt.

3.2.1 Archivierung bei belegloser Dokumentation

Beim beleglosen Dokumentationsverfahren werden die in elektronischer Form eingegangenen DMP-Dokumentationen in elektronischer Form gespeichert. Für die Archivierung der elektronischen Daten gilt, dass:

- die Datensätze gemäß den Standards der elektronischen Datenarchivierung im Sozialversicherungssektor auf einem dazu geeigneten und gesetzlich erlaubten Medium zu speichern sind;
- die Datensätze mit einem Read-Only-Schutz zu speichern sind;
- die Datenträger (z. B. Diskette oder CD-ROM) nicht archiviert, sondern zeitnah vernichtet werden müssen.

3.2.2 Archivierung bei beleghafter Dokumentation

Die Papierbelege werden direkt nach dem Scannen im Archiv eingelagert und können über die eindeutige Kennzeichnung jederzeit gefunden werden.

3.3 Prüfung der Berechtigung des Arztes zur Erstellung von DMP-Dokumentationen

Die Datenstelle führt die von der KVH übermittelten Informationen zur Berechtigung der Ärzte zur Erstellung von DMP-Dokumentationen in einer historisierten Arztliste zusammen. Dabei dokumentiert sie insbesondere bekannt gewordene Arztnummernwechsel im zeitlichen Kontext für die bis zum 30.06.2008 gültige Arztnummernsystematik. Für die vom 01.07.2008 an geltenden Arzt- und Betriebsstättennummern nach dem Vertragsarztänderungsgesetz historisiert die Datenstelle die Zuordnung zwischen koordinierendem Arzt- und Betriebsstättennummer und der Berechtigung DMP-Dokumentationen zu erstellen. Zusätzlich stellt die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP der Datenstelle Listen der am DMP- Brustkrebs teilnehmenden Krankenhäuser zur Verfügung.

Bei Dokumentationen, die ab dem 01.07.2008 erstellt werden, ist zu prüfen, ob der Arzt am betreffenden DMP teilnimmt **und** in der angegebenen Betriebsstätte zur Erbringung von

DMP-Leistungen zugelassen ist. Sofern die Kombination aus Lebenslanger Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) nicht in der aktuellen Arztliste enthalten oder sie laut aktueller Arztliste nicht mehr gültig ist, wird die KVH per Mail informiert.

Die Datenstelle prüft zudem bei jeder eingehenden DMP-Dokumentation, ob das Kennzeichen „Dokumentation in Vertretung“ auf der DMP-Dokumentation vorhanden ist. Soweit es sich um Folgedokumentationen handelt, ist in diesen Fällen keine Prüfung auf die Berechtigung des Arztes zur Erstellung von DMP-Dokumentationen durchzuführen. In allen übrigen Fällen prüft die Datenstelle, ob der koordinierende Arzt berechtigt ist, DMP-Dokumentationen zu erstellen. Dies ist der Fall, wenn der Arzt (lebenslange Arztnummer) für die jeweilige Praxis und die Betriebsstättennummer als berechtigt in den Arztlisten der KVH geführt wird (Kombination muss auf der Arztliste vorhanden sein). Wird erst nach Erstellung der Dokumentation, jedoch noch innerhalb der geltenden Übermittlungsfrist die Teilnahme des Arztes am DMP erklärt, ist die Dokumentation als gültig zu bewerten. Bei negativem Prüfergebnis wird hierüber die KVH und die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP informiert. Sofern die KVH die Berechtigung zur Dokumentationserstellung bis zum Ende der Übermittlungsfrist (vgl. Pkt. 3.4) bestätigt, wird die Dokumentation weiterverarbeitet. Sofern dies nicht der Fall ist, wird der Dokumentationsdatensatz storniert und der Arzt, falls bekannt, informiert. Handelt es sich um beleglose Dokumentationen, wird keine eDMP-Versandliste (vgl. Pkt. 3.9) an den betreffenden Arzt gesendet.

Bei fehlender LANR und bekannter BSNR werden die fehlenden Daten im Rahmen des Korrekturverfahrens bei der Betriebsstätte angefordert. Bei fehlender BSNR und bekannter LANR werden die fehlenden Daten im Rahmen des Korrekturverfahrens beim betreffenden Arzt angefordert. In beiden Fällen erfolgt keine Information an die KVH.

3.4 Prüfung der ED/FD auf Einhaltung der Frist

Jede in der Datenstelle eingegangene DMP-Dokumentation wird auf Einhaltung der Übermittlungsfrist geprüft. Die Übermittlungsfrist beginnt mit der Erstellung einer Erst- oder Folgedokumentation durch den koordinierenden Arzt. Im Falle der Erstdokumentation endet die Übermittlungsfrist 52 Tage nach Ablauf des auf die Erstellung folgenden Quartals. Für Folgedokumentationen endet die Übermittlungsfrist 52 Tage nach Ablauf des Quartals der Dokumentationserstellung. Fällt das Ende der Frist auf einen Sonn- oder Feiertag, endet die Frist mit dem folgenden Werktag. Maßgeblich für diese Prüfung ist das Posteingangsdatum der Datenstelle. Soweit DMP-Dokumentationen vom Arzt irrtümlich einer falschen Datenstelle zugesandt worden sind, ist es ausreichend, dass die DMP-Dokumentationen innerhalb der Übermittlungsfrist bei der unzuständigen Datenstelle eingehen.

Dokumentationen müssen innerhalb der Übermittlungsfrist vollständig und plausibel der Datenstelle vorliegen. Soweit Erstdokumentationen elektronisch erstellt werden, muss bis zum Ablauf der Übermittlungsfrist auch die vom Arzt unterschriebene eDMP-Versandliste in der Datenstelle vorliegen.

Beispiel 1:

Eine Erstdokumentation mit Erstellungsdatum 15.02.2008 muss bis zum 21. August 2008 vollständig und plausibel vorliegen.

Beispiel 2:

Eine Folgedokumentation mit Erstellungsdatum 15.02.2008 muss bis zum 23. Mai 2008 (hier: Fristverlängerung wegen Feiertag) vollständig und plausibel vorliegen.

Liegt das Posteingangsdatum außerhalb der Übermittlungsfrist, wird die Dokumentation als „verfristet“ gekennzeichnet. Ist eine Dokumentation unvollständig und/oder unplausibel führt die Datenstelle das Korrekturverfahren bis zum Ende der Übermittlungsfrist durch. Nach Ablauf der Übermittlungsfrist werden Dokumentationen mit unvollständigem und/oder unplausiblen Datensatz ebenfalls als „verfristet“ gekennzeichnet.

Für jede verfristete Dokumentation werden folgende Schritte von der Datenstelle durchgeführt:

- der jeweilige Arzt wird über die Verfristung der Dokumentation informiert (vgl. Pkt. 7.4),
- die jeweilige Krankenkasse wird durch den Statusdatensatz über die Verfristung der Dokumentation informiert (vgl. Pkt. 7.2).

Verfristete Dokumentationen werden nicht an die jeweilige Krankenkasse, die KVH und den jeweiligen Evaluator weitergeleitet.

Die Datenstelle prüft auch die Einhaltung der Dokumentationsintervalle zwischen den Dokumentationen. Dabei gelten zu früh übermittelte Dokumentationen als gültig. Der Reminder setzt dann auf die letzte gültige Dokumentation auf.

3.5 Zwischenspeicherung der ED/FD

Die erfassten Daten werden nach der Erfassung bei der Datenstelle in folgenden Zwischenspeichern gespeichert:

- Zwischenspeicher 1

Alle erfassten Datensätze werden in einer Datenbank unverändert (d. h. nicht pseudonymisiert, mit Arzt- und Versichertenbezug) gespeichert.

- Zwischenspeicher 2

Die für die Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung bestimmten Datensätze mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug (vgl. Pkt. 3.6) werden auf einem von dem Zwischenspeicher 1 getrennten Medium gespeichert. Hierbei ist von der Datenstelle eine EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff von Zwischenspeicher 2 auf Zwischenspeicher 1 erlaubt.

Es ist zu beachten, dass sich die zwischengespeicherten Datensätze stets auf einem im Sinne des Datenschutzes sicheren Medium befinden. Auf schriftliche Mitteilung der jeweiligen Datenempfänger können die Daten auf dem Zwischenspeicher 2 mit einem Löschkennzeichen versehen oder gelöscht werden.

3.6 Pseudonymisierung der Datensätze

Bei der Übernahme der Daten in den Zwischenspeicher 2 ist der Versichertenbezug zu pseudonymisieren. Alle Versichertenstammdaten mit Ausnahme des Geburtsjahres (also Vorname, Nachname, Geburtstag und Geburtsmonat) werden gelöscht. Die Datenstelle stellt in diesem Zusammenhang sicher, dass die Zuordnung Versichertennummer zum Pseudonym eindeutig ist und ein Pseudonym nicht unterschiedlichen Versicherten zugeordnet wird. Zur Pseudonymisierung ist das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entwickelte Pseudonymisierungsverfahren anzuwenden. Dieses sieht insbesondere vor, dass

- die Versichertennummer bis zu 12 Stellen umfassen kann,
- das zu erzeugende Pseudonym genau 21 Stellen umfasst und sich aus dem 9-stelligen unverschlüsselten Institutionskennzeichen der Krankenkasse und einem 12-stelligen Chiffre (pseudonymisierte Versichertennummer) zusammensetzt,
- das Pseudonym ausschließlich Ziffern enthalten darf und
- die Pseudonymisierung der Versichertennummer mittels Zufallszahl erfolgt.

Die Datenstelle stellt durch geeignete Zuordnungstabellen sicher, dass eine Versichertennummer ausschließlich einmal pseudonymisiert und einem Versicherten genau ein Pseudonym zugeordnet wird. Bei Änderungen in der Kassen- oder Krankenversicherungsnummer ohne Wechsel der Krankenkasse, bleibt das ursprünglich vergebene Pseudonym für den Versicherten erhalten. Hierzu stellen die Krankenkassen eine historisierte Patientenhistorie, welche eine entsprechende Zuordnung auch bei Krankenversichertenkarten-Nummerwechsel ermöglicht zur Verfügung.

Weiterhin ist zu gewährleisten, dass eine Wiederherstellung des Versichertenbezuges im Rahmen des § 28f Abs. 2 der RSAV auf Anfrage eines Mitglieds der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V möglich ist. Dabei ist der Versichertenbezug auf Basis der gespeicherten Daten wiederherzustellen. Die Daten sind dem betroffenen Mitglied der Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung zu stellen.

3.7 Prüfung der ED/FD auf Vollständigkeit und Plausibilität

Alle erfassten Erst- und Folgedokumentationen werden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Die Prüfung erfolgt auf Basis der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen erstellten Plausibilitätsrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung. Die jeweils geltenden Richtlinien werden der Datenstelle von den Auftraggebern (Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP) rechtzeitig zur Verfügung gestellt.

3.8 Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible DMP-Dokumentationen

Für fristgerecht eingereichte unvollständige und/oder unplausible DMP-Dokumentationen fordert die Datenstelle die entsprechenden Daten beim dokumentierenden Arzt an (Korrekturverfahren). Soweit es sich hierbei um einen Vertretungsarzt handelt (nur bei Folgedokumentationen), werden die Daten beim Vertretungsarzt angefordert.

Soweit der Arzt Nachfragen hat, leistet die Datenstelle Unterstützung bei der Fehlerkorrektur. Die Datenstelle stellt sicher, dass eine persönlich besetzte Hotline in der Zeit von Montag bis Freitag in der Zeit von 8:00 bis 18:00 Uhr erreichbar ist. Daneben stehen den koordinierenden Ärzten die Kontaktwege (Fax und E-Mail) zur Verfügung.

3.8.1 Korrekturverfahren für beleglose DMP-Dokumentationen

Da ein Korrekturverfahren bei der beleglosen Datenübermittlung nicht vorhanden ist, sind unvollständige und unplausible Dokumentationen in das beleghafte Korrekturverfahren zu überführen.

Hierzu druckt die Datenstelle alle bis zum 30.06.2008 elektronisch erstellten unplausiblen oder unvollständigen Dokumentationen (für das DMP-Brustkrebs bis 30.06.2009) bis zum Ablauf der Übermittlungsfrist in einem Dokumentationsbogen aus und führt für diese Belege das beleghafte Korrekturverfahren (vgl. Pkt. 3.8.2) durch.

Für die vom 01.07.2008 an elektronisch erstellten Dokumentationen (beim DMP-Brustkrebs vom 01.07.2009 an) werden die Dokumentationsparameter ausgedruckt und den Ärzten mit Korrekturhinweisen zur Verfügung gestellt. Auch für diese Dokumentationen ist das beleghafte Korrekturverfahren durchzuführen (vgl. Pkt. 3.8.2). Der Korrekturbogen hat eine der eDMP-Versandliste gleichlautende Formulierung zu enthalten, mit der der Arzt neben der durchgeführten Korrektur zugleich die Erstellung der ursprünglichen elektronischen Dokumentation bestätigt. Daher ist ein Versandlistenverfahren bei Rücksendung der vom Arzt unterschriebenen Korrekturen nicht mehr durchzuführen.

Soweit für den Versicherten vom koordinierenden Arzt eine plausible Dokumentation (ggf. auch mit einem anderen Erstellungsdatum innerhalb desselben Quartals) eingeht, ist das Korrekturverfahren für die unvollständige/ unplausible Dokumentation zu beenden.

Übermittelt der koordinierende Arzt eine elektronische Dokumentation unter Angabe des Korrekturkennzeichens, wird die Korrektur der Originaldokumentation zugeordnet und die Dokumentationsparameter der Originaldokumentation entsprechend aktualisiert.

Beispiel 1:

15.07.2008 ED_{plausibel} 01.08.2008: ED_{Korrektur(plausibel)}

Bei Eingang der Erstdokumentation wird eine eDMP-Versandliste an den Arzt gesandt. Bei Eingang eines Korrekturdatensatzes, der ebenfalls plausibel und fristgerecht ist, ist ein erneutes Versandlistenverfahren durchzuführen. Auf der Basis der Daten der Korrektur sind die Daten der Erstdokumentation – mit Ausnahme des Erstellungsdatums – zu aktualisieren. Geht die unterschriebene eDMP-Versandliste nicht fristgerecht bei der Datenstelle ein, ist die erste Erstdokumentation für die Bildung der Fallverläufe (vgl. Pkt. 4.2) zu reaktivieren und die Korrektur zu stornieren.

Beispiel 2:

15.07.2008 ED_{unplausibel} 01.08.2008: ED_{Korrektur(plausibel)}

Bei Eingang der unplausiblen Erstdokumentation wird keine eDMP-Versandliste an den Arzt gesandt. Auf der Basis der Daten der Korrektur sind die Daten der Erstdokumentation – mit Ausnahme des Erstellungsdatums – zu aktualisieren und insbesondere das Korrekturdatum zu übernehmen. Anschließend ist das Versandlistenverfahren für die aktualisierte Dokumentation durchzuführen.

Beispiel 3:

15.07.2008 ED_{plausibel} 01.08.2008: ED_{plausibel (kein Korrekturkennzeichen)}

Bei Eingang jeder plausiblen und fristgerechten Erstdokumentation ist dem Arzt eine eDMP-Versandliste zuzusenden.

Beispiel 4:

15.07.2008 ED_{unplausibel} 01.08.2008: ED_{plausibel (kein Korrekturkennzeichen)}

Bei Eingang der unplausiblen Erstdokumentation ist zunächst das Korrekturverfahren einzuleiten. Übermittelt der Arzt anstelle einer Korrektur eine neue Erstdokumentation ist der Korrekturprozess für die unplausible Erstdokumentation abzubrechen und aufgrund der plausiblen Erstdokumentation dem Arzt eine eDMP-Versandliste zuzusenden.

3.8.2 Korrekturverfahren für beleg hafte Dokumentationen

Zur Anforderung von Korrekturen sind die Daten der letzten vorliegenden DMP-Dokumentation in einen neuen Vordruck zu übernehmen. Dieser Dokumentationsbogen ist vor dem Versand mit einem Barcode eindeutig zu kennzeichnen und gleichzeitig sicherzu-

stellen, dass eine maschinelle Zuordnung zwischen Original- und Korrekturbeleg jederzeit in beide Richtungen möglich ist. Zusammen mit ergänzenden Korrekturhinweisen ist der Dokumentationsbogen an den koordinierenden Arzt zu senden. Dabei ist dieser aufzufordern, die Fehler auf dem Korrekturbogen zu berichtigen, seine Änderungen mit Datum und Unterschrift zu versehen und an die Datenstelle zurückzusenden. Bei Nachfragen des Arztes leistet die Datenstelle telefonische Unterstützung bei der Fehlerkorrektur. Alle 14 Tage werden die Ärzte von der Datenstelle schriftlich an noch ausstehende Korrekturanforderungen erinnert.

Bei Eingang der Korrektur wird geprüft, ob der Bogen mit Korrekturdatum und Unterschrift des Arztes bestätigt worden ist. Dabei ist zu beachten, dass nur bei ED, die Unterschrift des Arztes erforderlich ist. Ist ein Korrekturdatum nicht vorhanden (ED und FD), ist ersatzweise das Posteingangsdatum bei der Datenstelle als Korrekturdatum in die Datenbank zu übernehmen.

Die Verarbeitung der eingegangenen Korrekturbögen erfolgt analog der Verarbeitung von Originaldokumenten, d. h. nach Eingang des Korrekturbogens in der Datenstelle werden die Prozesse (Annahme, Erfassung, Prüfung auf Plausibilität, Scannen, Archivierung) durchgeführt.

Für beim Eingang weiterhin unvollständige und/oder unplausible DMP-Dokumentationen, wird das Korrekturverfahren bis zum Ablauf der Übermittlungsfrist mit der Besonderheit erneuert durchgeführt, dass diese innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang des Korrekturbelegs zu versenden sind.

Soweit für den Versicherten vom koordinierenden Arzt eine plausible Dokumentation (ggf. auch mit einem anderen Erstellungsdatum innerhalb desselben Quartals) eingeht, ist das Korrekturverfahren für die unvollständige/ unplausible Dokumentation zu beenden.

Sollte nach Ende der Übermittlungsfrist weiterhin keine vollständige und plausible DMP-Dokumentation bei der Datenstelle vorliegen, wird die Nachforderung abgebrochen und die DMP-Dokumentation durch die Datenstelle als „verfristet“ gekennzeichnet.

3.9 Bestätigungen für elektronisch erstellte Dokumentationen

3.9.1 Erstellung der eDMP-Versandliste

Die Datenstelle erzeugt innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang für alle plausibel und fristgerecht elektronisch übermittelten Erst- und Folgedokumentationen je koordinierendem Arzt eine eDMP-Versandliste. Hierzu werden auch alle noch nicht verfristeten Dokumentationen, für die vom koordinierenden Arzt die unterschriebene eDMP-Versandliste noch nicht vorliegt, berücksichtigt. Die eDMP-Versandliste wird mit einem Barcode versehen, der eine automatisierte Zuordnung zu den Dokumentationsdatensätzen ermöglicht. Eine elektronische Zweitfassung der eDMP-Versandliste wird in der Datenstelle so archiviert, dass diese im Falle der Prüfung nach § 15a RSAV vorgelegt werden kann. Die Datenstelle übermittelt die eDMP-Versandliste nach Erhalt der Dokumentationsdaten an den jeweiligen koordinierenden Arzt mit der Bitte, um Prüfung, Unterzeichnung und unmittelbarer Rücksendung an die Datenstelle.

Für vollständige, plausible und fristgerechte eDMP-Dokumentationen für die die vom Arzt unterschriebene eDMP-Versandliste vorliegt, für die ein elektronischer Korrekturdatensatz übermittelt wird, der ebenfalls vollständig, plausibel und fristgerecht ist, ist ein erneutes Versandlistenverfahren durchzuführen (vgl. Pkt. 3.8.1 Beispiel 1).

3.9.2 Prüfung der eingehenden eDMP-Versandlisten

Die eingehenden eDMP-Versandlisten werden auf das Vorhandensein der Unterschrift des Arztes geprüft. Ein Arztstempel ist nur dann erforderlich, wenn sich keine Arztnummer aus dem Personalienfeld ergibt.

Eine Arztunterschrift gilt auch als vorhanden, wenn sie mit dem Zusatz „i. A.“ oder „i. V.“ gekennzeichnet ist. Eine i.A. oder i.V. Unterschrift darf nur von einem anderen Arzt der Praxis geleistet werden.

Die eingegangenen eDMP-Versandlisten werden bei der Datenstelle eingescannt und archiviert.

3.9.3 Korrekturverfahren für eDMP-Versandlisten

Geht eine eDMP-Versandliste in der Datenstelle ein,

- die nicht von der Datenstelle erzeugt wurde (z. B. durch Praxissoftware) oder
 - auf der die Unterschrift fehlt oder
 - die nicht eindeutig einer eDMP-Versandliste zuzuordnen ist (z. B. nicht lesbare Kopie),
- wird eine neue eDMP-Versandliste (vgl. Pkt. 3.9.1) an den Arzt geschickt.

3.9.4 Erinnerungsverfahren

Die Datenstelle fordert ausstehende eDMP-Versandlisten regelmäßig beim koordinierenden Arzt an. Hierzu erhält dieser eine aktualisierte eDMP-Versandliste, die alle noch zu bestätigenden eDMP-Dokumentationen beinhaltet.

3.10 Weiterleitung der ED/FD

Die Dokumentationsdaten werden gemäß Beschreibung im [Punkt 5](#) an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen, die KVH und die Gemeinsamen Einrichtung weitergeleitet.

Vollständige, plausible und fristgerechte eDMP-Folgedokumentationsdatensätze sind auch dann weiterzuleiten, wenn die unterschriebene eDMP-Versandliste nicht vorgelegen hat.

4 Rückmeldeverfahren

Nachfolgend werden die Aufgaben der Datenstelle im Zusammenhang mit der Generierung und Pflege des Arzt-Versicherten-Paares sowie die Umsetzung des Rückmeldeverfahrens beschrieben.

4.1 Zweckgebundenheit des Arzt-Versicherten-Paares

Das Arzt-Versicherten-Paar (AVP) dient primär als Basis für die Nachvollziehbarkeit von Dokumentationsverläufen im Zusammenhang mit der Bereitstellung der Datensätze zur Evaluation sowie dem Heraussuchen und der Bereitstellung der zur Durchführung der Prüfung nach § 15a RSAV relevanten Unterlagen. Gleichzeitig soll durch das Arzt-Versicherten-Paar und das Rückmeldeverfahren ein valides Reminding ermöglicht werden.

4.2 Generierung des Arzt-Versicherten-Paares

Ausgehend von jeder Erstdokumentation für einen Versicherten je DMP bildet die Datenstelle einen Fallverlauf. An diesen Fallverlauf werden alle nachfolgenden Folgedokumentationen für das selbe DMP angehängt. Die Datenstelle unterstellt dabei, dass für jeden so gebildeten Fallverlauf bei der jeweiligen Krankenkasse eine Einschreibung vorliegt. Der Fallverlauf wird von der Datenstelle beendet, wenn:

- die Krankenkasse die Datenstelle über eine vorgenommene Ausschreibung informiert (vgl. Pkt. 4.4.4) oder,
- ausgehend von der letzten vorliegenden Dokumentation für mindestens 2 abgelaufene Dokumentationszeiträume nach Ende der Übermittlungsfrist keine Dokumentationen bei der Datenstelle eingegangen sind (vgl. Pkt. 4.4.5) oder
- im Fallverlauf eine neue Erstdokumentation für dasselbe DMP eingeht. In diesem Fall beginnt mit der neuen Erstdokumentation ein neuer Fallverlauf. Dabei hat die Datenstelle sicherzustellen, dass eine vom selben Arzt zum Tag der neuen Erstdokumentation erstellte Folgedokumentation verarbeitet wird.

Zur Bildung des Arzt-Versicherten-Paares greift die Datenstelle auf die angelegten Fallverläufe zurück. Dabei bestimmt sich das Arzt-Versicherten-Paar grundsätzlich nach der Betriebsstättennummer in der vom Arzt die letzte Dokumentation für das jeweilige DMP erstellt wurde. Als ergänzende Information wird die Leistungserbringernummer des jeweiligen Arztes mitgespeichert. Abweichend hiervon bestimmt sich das Arzt-Versicherten-Paar bis zum Eingang der nächsten Dokumentation wenn:

- der dokumentierende Arzt das Kennzeichen „Dokumentation in Vertretung“ gesetzt hat; in diesem Fall wird keine Änderung am Arzt-Versicherten-Paar vorgenommen oder
- die Krankenkasse ein abweichendes Arzt-Versicherten-Paar gemeldet hat.

4.3 Definition und Speicherung des Arzt-Versicherten-Paares

Die Datenstelle gewährleistet, dass das generierte Arzt-Versicherten-Paar folgende Informationen umfasst:

- Angabe zur Indikation,
- lebenslange Arztnummer,
- Betriebsstättennummer,
- ggf. Krankenhaus-IK,

- Krankenversichertennummer (numerisch, alphanumerisch),
- Name des Versicherten,
- Vorname des Versicherten,
- Geburtsdatum des Versicherten,
- Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse von der KV-Karte,
- Haupt-Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse, das die Datenstelle dem vom Auftraggeber übermittelten Kassenverzeichnis entnimmt,
- Versichertenpseudonym,

Die Datenstelle gewährleistet, dass Versicherte, die nicht über die Krankenversicherthennummer eindeutig einem Fallverlauf zugeordnet werden können, über Name und Geburtsdatum identifiziert werden können. Gründe für eine fehlende Zuordnung aufgrund der Krankenversicherthennummer können insbesondere sein:

- Während der Übergangszeit der Einführung der eGK können für einen Versicherten Dokumentationen mit mehreren gültigen Krankenversicherthennummern übermittelt werden.
- Wechsel der Krankenversicherthennummer aufgrund Wechsel des Versichertenstatus ohne Wechsel der Krankenkasse.

Ebenso ist nicht auszuschließen, dass mehrere unterschiedliche Institutionskennzeichen ein und derselben Krankenkasse von Leistungserbringern oder den Krankenkassen übermittelt werden. Bestandteil des primären Ordnungsmerkmals ist deshalb das Haupt-Institutionskennzeichen der Krankenkasse.

Die Datenstelle gewährleistet, dass die Versicherteninformationen zu einem Versichertenpseudonym zusammengeführt werden können.

4.4 Meldungen der Krankenkassen

Die Datenstelle erhält von den Krankenkassen zur Historisierung der Versicherteninformationen folgende Meldungen. Die Meldungen werden in der Regelfall- und nur im Ausnahmefall dokumentationsbezogen übermittelt. Die Datenstelle verarbeitet die Meldungen der Krankenkassen innerhalb von 5 Arbeitstagen.

4.4.1 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Krankenversichertennummer

Sachverhalt

Die Krankenkasse stellt fest, dass sich die Krankenversichertennummer eines aktuellen oder ehemaligen DMP-Teilnehmers geändert hat.

Meldung der Krankenkasse

Die Krankenkasse verwendet für die Meldung das RDK-Segment beziehungsweise die analogen Datensatzbeschreibungen (CSV und DIMAS;EDIFACT) mit folgenden Inhalten:

- Angabe zur Indikation
- Datenstellen-Institutionskennzeichen
- KV-Bereich
- Kassen-Institutionskennzeichen
- Versichertennummer (alt)
- Ggf. Datensatz-Identifikation, welche die Datenstelle vergeben hat
- Versichertennummer neu
- Versichertennummer neu gültig ab
- Versichertenpseudonym
- ggf. einheitliche Versichertennummer
- ggf. einheitliche Versichertennummer (neu)
- ggf. einheitliche Versichertennummer neu gültig ab

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt die Informationen in die Datenbank. Die bisher bekannte Arzt-Nummer/Betriebsstättennummer wird beibehalten.

Die Datenstelle gewährleistet eine Verknüpfung des „alten“ und „neuen“ Versichertenstammdatensatzes, um u. a. für spätere Datenlieferungen zur Evaluation und Durchführung der Prüfungen nach § 15a RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

4.4.2 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens

Sachverhalt

Die Krankenkasse stellt fest, dass das Krankenkassen-Institutionskennzeichen für aktuelle bzw. ehemalige DMP-Teilnehmer sich geändert hat.

Meldung der Krankenkasse

Die Krankenkasse verwendet für die Meldung das RDK-Segment beziehungsweise die analogen Datensatzbeschreibungen (CSV und DIMAS) mit folgenden Inhalten:

- Datenstellen-Institutionskennzeichen
- KV-Bereich
- Kassen-Institutionskennzeichen
- Kassen-Institutionskennzeichen neu
- Kassen-Institutionskennzeichen neu gültig ab

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt das gemeldete neue Kassen-Institutionskennzeichen in die Datenbank.

Die Datenstelle gewährleistet eine Verknüpfung des „alten“ und „neuen“ Versichertenstammdatensatzes, um u. a. für spätere Datenlieferungen zur Evaluation und Durchführung der Prüfungen nach § 15a RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

4.4.3 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens und Wechsel der Versicherungsnummer

Sachverhalt

Die Krankenkasse stellt fest, dass sich Kassen-Institutionskennzeichen und die Krankenversicherungsnummer geändert haben.

Meldung der Krankenkasse

Die Krankenkasse verwendet für die Meldung das RDK-Segment beziehungsweise die analogen Datensatzbeschreibungen (CSV und DIMAS) mit mindestens folgenden Inhalten:

- Angabe der Indikation
- Datenstellen-Institutionskennzeichen
- KV-Bereich
- Kassen-Institutionskennzeichen
- Kassen-Institutionskennzeichen neu
- Kassen-Institutionskennzeichen neu gültig ab
- Versichertennummer alt
- Versichertennummer neu
- Versichertennummer neu gültig ab
- ggf. Datensatz-Identifikation, welche die Datenstelle vergeben hat

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt die gemeldete neue Versichertennummer und das Kassen-Institutionskennzeichen in die Datenbank.

Die Datenstelle gewährleistet eine Verknüpfung des „alten“ und „neuen“ Versichertenstammdatensätze, um u. a. für spätere Datenlieferungen zur Evaluation und Durchführung der Prüfungen nach § 15a RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

4.4.4 Meldung der Krankenkasse bei Beendigung, Stornierung oder Reaktivierung von DMP-Einschreibungen

Die Krankenkassen informieren die Datenstelle regelmäßig über fallbezogene Änderungen. Diese umfassen folgende Meldungen:

- Beendigung der DMP-Teilnahme (Kündigung der DMP-Teilnahme, Tod, 2 fehlende Folgedokumentationen etc.),
- Stornierung der DMP-Teilnahme,
- Reaktivierung von bereits als beendet bzw. storniert gemeldeten DMP-Teilnahmen.

Soweit die Krankenkasse das Ende oder die Stornierung einer DMP-Teilnahme meldet, beendet die Datenstelle in diesen Fällen den aktuellen DMP-Fall und das Arzt-Versicherten-Paar sowie alle noch laufenden Reminder- und Korrekturprozesse für diese Einschreibung.

Bei Meldung einer Reaktivierung wird der beendete DMP-Fall bei der Datenstelle wieder aktiviert und ggf. noch nicht abgeschlossene Korrekturprozesse bis zum Ablauf der Übermittlungsfrist wieder aufgenommen.

4.4.5 Beendigung von DMP-Fallverläufen durch die Datenstelle

Die Datenstelle beendet die Teilnahme von DMP-Teilnehmern nur dann, wenn entweder hierzu eine Meldung (Beendigung/ Stornierung) der entsprechenden Krankenkasse vorliegt (vgl. Pkt. 4.4.5) oder für dasselbe DMP eine neue Erstdokumentation eingeht (vgl. Pkt. 4.2).

Soweit Krankenkassen Fallbeendigungen nicht zeitnah der Datenstelle melden, sind die Fallverläufe von der Datenstelle ohne entsprechende Rückmeldung der Krankenkasse für Reminderaktivitäten nicht mehr zu berücksichtigen, wenn für 2 Dokumentationszeiträume in Folge der Datenstelle keine Folgedokumentation für einen Versicherten vorliegt. Hierzu führt die Datenstelle folgende Prüfung durch:

- Ausgehend von der letzten vorliegenden Dokumentation werden die nächsten beiden Dokumentationsquartale ermittelt.
- Liegt zu Beginn des auf das letzte der beiden Dokumentationsquartale folgende Quartal keine Folgedokumentation für eine der beiden Dokumentationsquartale vor, ist der Fallverlauf für Reminderaktivitäten durch die Datenstelle nicht mehr zu berücksichtigen.

Beispiel: 1

- Einschreibung am 15.04.2007
Dokumentationsintervall: jedes Quartal
- Folgedokumentation: 15.07.2007
Dokumentationsintervall: jedes Quartal
- Prüfung der Datenstelle am 01.07.2008:
 - a) die nächsten beiden Dokumentationszeiträume:
 - 01.10.2007 – 31.12.2007
 - 01.01.2008 – 31.03.2008
 - b) Liegt eine Folgedokumentation für das 4. Quartal 2007 oder das 1. Quartal 2008 vor?

→ Fallverlauf bei der Datenstelle ist ab 01.07.2008 für Reminderaktivitäten nicht mehr zu berücksichtigen.

Beispiel: 2

- Einschreibung am 15.04.2006
Dokumentationsintervall: jedes zweite Quartal
 - Folgedokumentation: 15.10.2006
Dokumentationsintervall: jedes zweite Quartal
 - Prüfung der Datenstelle am 01.04.2008:
 - a) die nächsten beiden Dokumentationszeiträume:
 - 01.04.2007 – 30.06.2007
 - 01.10.2007 – 31.12.2007
 - b) Liegt eine Folgedokumentation für das 2. Quartal 2007 oder das 4. Quartal 2007 vor?
- Fallverlauf bei der Datenstelle ist ab dem 01.04.2008 für Reminderaktivitäten nicht mehr zu berücksichtigen.

5 Weiterleitung der Daten

5.1 Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse

Eingehende DMP-Dokumentationen sind innerhalb von 8 Arbeitstagen abschließend zu bearbeiten. Vollständige, plausible und fristgerechte Dokumentationen sind für die Datenübermittlung an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen bereit zu stellen. Die zur Übermittlung bereit gestellten Datensätze sind wöchentlich, nach Wahl der Auftraggeber auch in kürzeren Abständen, den DMP-Datenzentren der Krankenkassen zu übermitteln. Die Datensätze werden hierzu in Dateien zusammengefasst und verschlüsselt übertragen. Soweit von einzelnen Krankenkassen erwünscht, sind ihre datenannehmenden Stellen auch mit unplausiblen Datensätzen zu beliefern. Die Vereinbarung über die Lieferung von unplausiblen Daten wird bilateral zwischen den Auftraggebern und der Datenstelle getroffen.

Die Übermittlung der Datensätze an Krankenkassen muss nach Wahl des jeweiligen Auftraggebers im EDIFACT-, CSV- oder einem anderen, bilateral zwischen den Krankenkassen und der Datenstelle vereinbarten, Format erfolgen. Die Krankenkassen/-verbände geben der Datenstelle die Datensatzbeschreibungen ihrer Mitgliedschaften rechtzeitig bekannt.

Treten bei der Übermittlung der von der Datenstelle generierten Dateien technische Fehler auf, müssen alle von dem Fehler betroffenen Datensätze nach Überprüfung und eventueller

Fehlerkorrektur von der Datenstelle erneut an die jeweilige datenannehmende Stelle übermittelt werden.

Im Falle einer Änderung eines Versichertenpseudonyms sind die Dokumentationsdaten nicht erneut an die Datenannahmestelle der Krankenkasse zu übermitteln.

5.2 Weiterleitung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung bzw. KVH

Die von der Datenstelle angenommenen und im Zwischenspeicher 2 gespeicherten Dokumentationsdaten (vgl. Punkt 3.5) werden an die Gemeinsame Einrichtung und die KVH übermittelt. Die Datensätze werden in Dateien zusammengefasst, verschlüsselt und elektronisch übermittelt. Der KVH und der Gemeinsamen Einrichtung werden ausschließlich plausible und vollständige Datensätze übermittelt.

Treten bei der Übermittlung der von der Datenstelle generierten Dateien technische Fehler auf, müssen alle von dem Fehler betroffenen Datensätze nach Überprüfung und eventueller Fehlerkorrektur von der Datenstelle erneut an die jeweilige datenannehmende Stelle übermittelt werden.

Im Falle der Änderung eines Versichertenpseudonyms sind die Dokumentationsdaten erneut an die Gemeinsame Einrichtung zu übermitteln.

5.2.1 Erstellen des Arzt-Reminders

Die Datenstelle erstellt einmal im Quartal im Auftrag der jeweiligen Gemeinsamen Einrichtung für jeden am DMP teilnehmenden Arzt einen Reminderbrief, in dem dieser über die Anzahl der Dokumentationen, die in diesem Quartal eingehen müssen, informiert wird.

Nach seiner Erstellung wird der Arzt-Reminder an den entsprechenden Arzt verschickt. Der jeweiligen Gemeinsamen Einrichtung wird quartalsbezogen eine arztbezogene Übersicht der versendeten Reminder nach o.g. Aufstellung zur Verfügung gestellt.

5.2.2 Datenweitergabe an den externen Evaluator

Die Datenstelle hat die Aufgabe, alle in der DMP-Datenbank gespeicherten und abgeschlossenen Datensätze an den von den Auftragsgebern bestimmten externen Evaluator zu übermitteln. Die Daten sind mit dem bestehenden Versicherten-Pseudonym sowie mit einem von der Datenstelle erzeugten Arzt-Pseudonym zu übermitteln.

Die Datenstelle hat die Aufgabe, für die Pseudonymisierung des Arztbezugs ein Pseudonymisierungsverfahren zu entwickeln. Das Verfahren muss sicherstellen, dass jeder Arzt immer mit demselben Pseudonym versehen wird. Das Verfahren ist gegenüber dem externen Evaluator offen zulegen, und erst nach ausdrücklicher Genehmigung durch diesen anzuwenden, gegebenenfalls muss ein vom externen Evaluator vorgeschriebenes Verfahren angewandt werden.

Da die Krankenkassen dem Evaluator weitere Daten mit demselben Pseudonym übermitteln müssen, ist diesem das Pseudonymisierungsmodell von der Datenstelle gleichfalls zur Verfügung zu stellen.

Bei erstmaliger Fallübermittlung sind den Krankenkassen auf Anforderung zum Abgleich als Textdatei folgende Daten zeitnah zur Verfügung zu stellen: Diagnose, KV-Region, IK-Kennzeichen der Krankenkasse, Krankenversicherungsnummer; Versichertenpseudonym.

Die Fristen für die Datenlieferungen an den jeweiligen Evaluator ergeben sich aus den Kriterien des BVAs zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme in der jeweils gültigen Fassung. Grundsätzlich werden die Daten halbjährlich jeweils bis zum 31.03. bzw. 30.09. des Jahres übermittelt. Für die IKK, BKKn und den VdAK sind die Daten an den Evaluator „Medical Netcare GmbH (MNC)“ und für die AOK Rheinland/Hamburg sowie die Knappschaft an den Evaluator „Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (infas)“ zu liefern.

Die Datenlieferung erfolgt entsprechend der jeweils aktuellen gültigen Datensatzbeschreibung (Anlage 3a).

5.3 Testdatenlieferungen

Bei Änderungen der Datenformate, neuen Indikationen, Umstellung interner Prozesse der Auftraggeber oder der Datenstelle, die Auswirkungen auf die Datenlieferungen haben könn-

ten, sendet die Datenstelle auf Anforderung der Auftraggeber Testdaten. Testdaten werden einvernehmlich mit den Auftraggebern vereinbart.

5.4 Besonderheiten BKK'n

Ein Vergütungsanspruch für die Leistungen im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung für die teilnehmenden Krankenkassen besteht nur gegenüber der jeweiligen BKK, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD ihren Beitritt erklärt hat.

Der BKK-Landesverband NORD stellt regelmäßig dem Auftragnehmer eine Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen, welche diese Vereinbarung anerkannt haben, zur Verfügung mit der Information, an welche Adresse die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, die Dokumentationsdaten sowie die Rechnungen übersandt werden müssen. BKK'n, die nicht die Zentrale Annahmestelle (ZAS) als datenannehmende Stelle nutzen, werden in dieser Liste besonders kenntlich gemacht und setzen sich mit dem Auftragnehmer in Verbindung, um die entsprechenden Modalitäten der Datenflüsse abzuklären.

5.5 Besonderheiten IKK'n

Ein Vergütungsanspruch für die Leistungen im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung für die teilnehmenden Krankenkassen besteht nur gegenüber der jeweiligen IKK, die gegenüber der IKK Hamburg ihren Beitritt erklärt hat. Sofern die jeweilige IKK nicht mehr am Vertrag teilnehmen möchte, gelten für sie die Kündigungsfristen dieses Datenstellenvertrages. Die Kündigung erfolgt gegenüber der Datenstelle und der IKK Hamburg.

Die IKK Hamburg stellt regelmäßig dem Auftragnehmer eine Liste der teilnehmenden Innungskrankenkassen, welche diese Vereinbarung anerkannt haben, zur Verfügung mit der Information, an welche Adresse die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, Dokumentationsbögen sowie die Rechnungen übersandt werden müssen. Der IKK-Bundesverband hat eine Clearingstelle (Zentrale Annahmestelle (ZAS¹)) für Daten geschaffen.

Sofern nichts Abweichendes von der IKK Hamburg mitgeteilt wurde, sind die Daten und Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Rechnungen der außerhamburgischen Innungskrankenkassen direkt an die Clearingstelle bzw. zukünftig an die jeweilige IKK zu senden.

Sollten Innungskrankenkassen die IKK Hamburg nicht zur Antragstellung auf Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme Asthma bronchiale, Brustkrebs, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1, Koronare Herzkrankheit, und ggf. weiterer strukturierter Behandlungsprogramme bevollmächtigt haben oder den Antrag selbst stellen oder gegenüber der IKK Hamburg keinen Beitritt zum Datenstellenvertrag erklärt haben, gilt abweichend, dass diese Kassen in der Liste besonders kenntlich gemacht werden und sich mit dem Auftragnehmer in Verbindung setzen, um die entsprechenden Modalitäten der Datenflüsse abzuklären.

Rechnungsbegründende Anlagen sind tabellarisch im Excel-Format oder im CSV- bzw. TXT-Format zur tabellarischen Weiterverarbeitung in Excel/Access an die benannte Abrechnungsstelle der jeweiligen IKK zu liefern, sofern sie dies wünscht.

6 Leistungen bei Prüfungen gem. § 15a RSAV

Nachfolgend werden die Aufgaben der Datenstelle zur Vorbereitung der Prüfung nach § 15a RSAV beschrieben. Es gelten die jeweils aktuellen Vorgaben der Prüfbehörden des Bundes und/oder der Länder sowie der Auftraggeber.

6.1 Anforderung der zur Durchführung der Prüfung nach § 15a RSAV relevanten Unterlagen

Der Prüfdienst des Bundesversicherungsamtes beziehungsweise die zuständigen Landesprüfdienste informieren jede Krankenkasse separat und zu unterschiedlichen Zeitpunkten über die in das Prüfverfahren einzubeziehenden Versicherten anhand der Versichertennummer und unter Angabe der zu prüfenden Jahre (Ausgleichsjahre).

Die Krankenkassen fordern die zur Durchführung der Prüfung nach § 15a RSAV relevanten Unterlagen bei der Datenstelle in Form von Datensätzen an. Dazu wird das vereinbarte Datenformat in der jeweils aktuellen Fassung verwendet.

¹ Die Aufgaben der ZAS werden zukünftig von der Bitmarck Service GmbH übernommen.

6.2 Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen

Die Prüfung nach § 15a RSAV erfordert die Vorlage der TE/EWE sowie der Dokumentationen vom Beginn der Einschreibung des Versicherten an einschließlich der auf das Ende des Ausgleichsjahres nachfolgenden zwei Dokumentationszeiträume.

6.3 Definition der vorzulegenden Unterlagen

Folgende Unterlagen sind der Prüfbehörde je in das Prüfverfahren einbezogenen Versicherten von Beginn der Einschreibung an vorzulegen:

- Erstdokumentationen (ED), inkl. sämtlicher Korrekturen. Sollte im Einzelfall auf dem letzten Korrekturbeleg der gesamte Korrekturverlauf nach vollziehbar sein, so ist dieser Korrekturbeleg ausreichend. Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Dokumentationsbögen (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) in Kopie akzeptiert.
- Folgedokumentationen (FD), inkl. sämtlicher Korrekturen. Sollte im Einzelfall auf dem letzten Korrekturbeleg der gesamte Korrekturverlauf nach vollziehbar sein, so ist dieser Korrekturbeleg ausreichend. Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Dokumentationsbögen (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) in Kopie akzeptiert.
- Vom Arzt unterschriebene Versandlisten. Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Versandlisten (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) in Kopie akzeptiert. Die Schwärzung von ggf. weiteren auf den Listen enthaltenen Versicherten ist nicht erforderlich.
- Mögliche Bestätigungen des koordinierenden Arztes zur Aktualität der Befunddaten (Datenfreigabeerklärungen). Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Nachweise in (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) Kopie akzeptiert.
- Protokolle oder separate Listen, aus denen die Eingangsdaten der Dokumentationen einschließlich aller Korrekturen erkennbar sind, sofern kein Posteingangsstempel auf dem Dokument angebracht ist (ED und FD).
- Bei belegloser Dokumentation (eDMP) werden die Dokumentationsdaten als Images reproduziert. Dabei ist sicherzustellen, dass die jeweilige Versandliste zugeordnet wird und die bildliche Wiedergabe mit der gesamten beleglosen Dokumentation übereinstimmt.

Sofern eDMP in der Vergangenheit ohne das Versandlistenverfahren umgesetzt wurde, informiert die Datenstelle im die Krankenkassen über die betroffenen Dokumentationen. Die Krankenkassen werden die erforderlichen Nachweise der Arzt- und/oder Versichertenunterschrift unmittelbar bei den jeweiligen DMP-Ärzten anfordern und an den zuständigen Prüfdienst weiterleiten.

- Images werden auf einer CD-ROM grds. in schwarz-weiß bereitgestellt. Images, bei denen die Felder des Vordruckes ausgeblendet sind, können nicht anerkannt werden. Der Dateiname des Images muss dem folgenden Standard entsprechen:

IK der Krankenkasse, KVNR, Ordnungsmerkmal bei der Datenstelle, Eingangsdatum (vorzugsweise, z. B. 999999999_4X60200_ED_20030721.png).

Befinden sich prüfrelevante Informationen auf der Rückseite, so ist sicher zu stellen, dass auf Nachfrage im Einzelfall diese als Image oder Kopie vorgelegt werden kann. Ferner sind im Einzelfall Images auch in Farbe zur Verfügung stellen. Der Prüfdienst hält sich vor, in Einzelfällen die Übereinstimmung mit den Originalen zu prüfen.

6.4 Sortierfolge der Unterlagen

Die Datenstelle sortiert die zur Durchführung der Prüfung nach §15a RSAV bereitzustellenden relevanten Unterlagen je Fall nach

- dem Institutionskennzeichen der Krankenkasse (IK) und
- innerhalb dieses IKs nach der Krankenversicherthenummer.

6.5 Versand der vorzulegenden Unterlagen

Die Datenstelle verpflichtet sich, den Versand der Prüfunterlagen unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an den von den Krankenkassen genannten Adressaten (Prüfdienst oder Krankenkasse) per Paketkurier und gegen Empfangsbekanntnis vorzunehmen. Die Krankenkassen teilen der Datenstelle den Adressaten bei jeder Anforderung mit.

Der zuständige Prüfdienst fordert die Bereitstellung der prüfrelevanten Unterlagen innerhalb von 8 Wochen nach Eingang der Anforderung bei der Krankenkasse. Die Vertragspartner gewährleisten in enger Abstimmung und Zusammenarbeit eine fristgerechte Lieferung der relevanten Prüfunterlagen an den zuständigen Prüfdienst.

6.6 Verschlüsselung von Daten

Sofern die Datenstelle die zur Durchführung der Prüfung nach § 15a RSAV relevanten Unterlagen in Form von Dateien auf einem Datenträger an den zuständigen Prüfdienst zu versenden beabsichtigt, ist die Datei als ZIP-Datei mit Kennwortschutz zu übermitteln.

6.7 Lieferschein

Die an die Prüfdienste übermittelten Daten und Unterlagen sind von der Datenstelle durch einen Lieferschein zu dokumentieren. Der Lieferschein wird der anfordernden Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

Der Lieferschein umfasst folgende Mindestangaben:

- KV-Bereich,
- Diagnose,
- Kassen-IK,
- Krankenversichertennummer,
- Name des Versicherten,
- Vorname des Versicherten,
- Geburtsdatum des Versicherten,
- Belegart (Erst- oder Folgedokumentation),
- Datensatz-ID,
- Belegform (Image, Datensatz, eDMP),
- Image-Name,
- Arztnummer/Betriebsstättennummer,
- Jüngstes Arztunterschriftsdatum des Arztes auf der Dokumentation sowie,
- Doku-ID der Datenstelle.

6.8 Nachforderung von Prüfunterlagen

Sofern seitens eines Auftraggebers nachträglich ergänzende oder fehlende Prüfunterlagen nachgefordert werden, stellt die Datenstelle die Bereitstellung der Unterlagen innerhalb der seitens des Auftraggebers gesetzten Frist sicher.

6.9 Dokumentation und/oder Image sind nicht auffindbar

Sofern die Datenstelle den Originalbeleg einer DMP-Dokumentation nicht vorlegen kann, obwohl die Krankenkasse über einen Dokumentationsdatensatz verfügt und dieser das Unterschriftsdatum des Arztes und das Posteingangsdatum des Dokumentationsbogens erhält, hat die Datenstelle einen Dokumentationsbogen aus dem Dokumentationsdatensatz zu reproduzieren und an den von den Krankenkassen genannten Adressaten (Prüfdienst oder Krankenkasse) per Paketkurier und gegen Empfangsbekanntnis vorzunehmen. Die Krankenkassen teilen der Datenstelle den Adressaten bei jeder Anforderung mit. Zusätzlich muss die Krankenkasse eine Durchschrift der Dokumentation bei dem jeweiligen Arzt abfordern oder dem Versicherten und dem Prüfdienst vorlegen. Die Angaben im Datensatz und auf der Durchschrift des Dokumentationsbogens müssen identisch sein. Die Dokumentation muss vollständig und plausibel sein, den Nachweis über den Eingang der Dokumentation hat die Datenstelle zu führen.

7 Informationen an die Auftraggeber

Die Datenstelle erstellt für die Auftraggeber diverse Statistiken und Auswertungen, welche im Folgenden beschrieben sind.

Zu jeder versandten Statistik und Auswertung, werden die jeweiligen Empfänger per E-Mail informiert. Dies gilt auch für Statistiken und Auswertungen, die von der Datenstelle online (vgl. Pkt. 7.1) erstmalig zur Verfügung gestellt werden. Die genauen Erstellungs- und Versandtermine aller Statistiken und Auswertungen werden zwischen den Auftraggebern und der Datenstelle vereinbart.

7.1 Online-Recherche

Die Datenstelle stellt den Auftraggebern auf Anforderung die Möglichkeit zur Verfügung, über gesicherte Kommunikationsverbindungen zeitnah nach administrativen und steuerungsrelevanten Daten zu recherchieren.

Den einzelnen Auftraggebern stehen dabei jeweils nur ihre eigenen Daten zur Verfügung.

Diese Daten werden mindestens einmal wöchentlich aktualisiert und auf einem separaten EDV-System zur Verfügung gestellt. Dabei ist für einen Transfer der Daten das in der GKV

eingesetzte Verschlüsselungsverfahren und für Onlineabfragen die Verbindung mittels Secure Socket Layer (SSL) zu verschlüsseln.

Erbringt die Datenstelle Leistungen hinsichtlich der Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren (vgl. Pkt. 2.4), sind die Images der TE/EWE aufzublenden. Darüber hinaus sind die für Krankenkassen bestimmten Teile der Dokumentationen anzuzeigen. Versichertenbezogen wird eine lückenlose Auflistung aller Dokumente mit Aussagen zu Plausibilität und Eingangsfristen sowie fehlender Dokumentationen je DMP ermöglicht.

7.2 Statusdatensatz

Die Datenstelle erstellt für alle Krankenkassen den Statusdatensatz. Aufbau und Versand richten sich nach dem zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmten Format. Die Datensätze werden den DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen täglich zur Verfügung gestellt. Die Datenstelle wird von der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP über neue oder angepasste Schnittstellenbeschreibungen rechtzeitig informiert.

7.3 Verbandsstatistik

Die Datenstelle stellt jedem Auftraggeber getrennt nach Indikationen und Kassenart eine Statistik zur Verfügung, die folgende Angaben enthält:

- TE/EWE
- ED
 - Gesamt
 - Datensatz plausibel und vollständig
 - verfristet
- FD
 - Gesamt
 - Datensatz plausibel und vollständig
 - verfristet

Es wird immer ein kumulierter Gesamtstand je Kalenderjahr sowie die Veränderung gegenüber der Vorwoche für jede einzelne o. g. Position sowie für jede Indikation und Dokumentationsart ausgewiesen.

7.4 Information an den koordinierenden Arzt

Die Datenstelle übermittelt 14-tägig dem jeweiligen koordinierenden Vertragsarzt die ihn betreffenden Angaben entsprechend Punkt 7.5.1.

7.5 Abrechnungsstatistiken

7.5.1 Vergütungsdatei für die Kassenärztliche Vereinigung

Die Datenstelle erstellt getrennt nach DMP 5 Wochen nach Abschluss des Quartals, elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der plausibel, vollständig und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen. Soweit Dokumentationen für bereits beendete DMP-Teilnehmer erstellt werden, sind diese in der Auswertung besonders zu kennzeichnen. Die Auswertung ist spätestens 8 Wochen nach Ablauf des Quartals an die KVH zu übermitteln.

Weiterhin erstellt die Datenstelle, getrennt nach DMP, für jedes Quartal unter Angabe der Versichertennummern, frühestens 8 Wochen nach Ablauf des Quartals, elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der Dokumentationen, die innerhalb der maximalen Nachforderungsfrist (52 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes) nicht vollständig und plausibel vorlagen. Soweit Dokumentationen für bereits beendete DMP-Teilnehmern erstellt werden, sind diese in der Auswertung besonders zu kennzeichnen.

Die Auswertungen sind spätestens 8 Wochen nach Ablauf des Quartals an die KVH zu übermitteln.

7.5.2 Rechnungsbegründende Unterlagen für die Krankenkassen

Die Datenstelle erstellt gegenüber den Krankenkassen monatliche Rechnungen für die erbrachten Leistungen; für diese Rechnungen sind rechnungsbegründende Unterlagen zu erstellen, aus denen die abgerechneten Mengen und Preise hervorgehen.

Die zahlungsbegründenden Unterlagen werden mittels Status-Datensatz zur Verfügung gestellt.