

## Strukturvertrag nach § 73a SGB V

zwischen der

### **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg - vertreten durch den Vorstand -**

(nachstehend KV Hamburg genannt)

und den folgenden Krankenkassen

### **BARMER GEK Landesgeschäftsstelle Hamburg Hammerbrookstraße 92**

20097 Hamburg

(nachstehend BARMER GEK genannt)

### **BKK-Landesverband NORDWEST Hauptverwaltung Hamburg Süderstraße 24 20097 Hamburg**

### **Knappschaft Regionaldirektion Hamburg Millerntorplatz 1 20359 Hamburg**

(nachstehend Knappschaft genannt)

Hamburg, 01.10.2013

**Hinweis: Die Zustimmung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz steht noch aus**

Präambel.....	5
§ 1 - Versorgungsauftrag und Versorgungsziele .....	6
§ 2 - Teilnahmevoraussetzungen der Vertragsärzte.....	6
§ 3 - Aufgaben der Ärzteteams.....	7
§ 4 - Teilnahme der Versicherten .....	8
§ 5 - Leistungen der KV Hamburg .....	8
§ 6 - Leistungen der Krankenkassen .....	10
§ 7 - Beitritt der Betriebskrankenkassen.....	10
§ 8 - Beitritt weiterer Krankenkassen.....	10
§ 9 - Vergütung .....	11
§ 10 - Abrechnung gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen.....	11
§ 11 - Lenkungsgremium .....	12
§ 12 - Qualitätsanforderungen .....	12
§ 13 - Vertragscontrolling/ -evaluation .....	13
§ 14 - Öffentlichkeitsarbeit .....	13
§ 15 - Datenschutz.....	13
§ 16 - Inkrafttreten und Kündigung .....	13
§ 17 - Salvatorische Klausel .....	14

## Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Teilnahme- und Datenschutzerklärung des Versicherten
- Anlage 1a Patienteninformation zur Datenerhebung und Datenverarbeitung
- Anlage 2 Beitritt weiterer Krankenkassen
- Anlage 3 Vergütung und Abrechnung
- Anlage 4 Leistungsinhalte und Qualitätssicherung
- Anlage 5 Datenmanagement

## Begriffsdefinitionen

Ärzte	Zusammenschluss von Vertragsärzten zur Durchführung der ärztlichen Versorgung in der teilnehmenden Pflegeeinrichtung.
Ärzte	praktischer Arzt, Allgemeinarzt und hausärztlich tätiger Internist mit einer Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
KV Hamburg	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Leistungserbringer	sind an diesem Vertrag als Vertragspartner teilnehmende Vertragsärzte und die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen
Lenkungsgremium	setzt sich zusammen aus Vertretern der Krankenkassen und Vertretern der Leistungserbringer in jeweils gleicher Anzahl (paritätische Besetzung)
Pflegeeinrichtung	stationäre Pflegeeinrichtung mit einem bestehenden Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI
Versicherte	sind im Sinne dieses Vertrages weibliche oder männliche Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen
Projektmanagement	Konzeptionelle Erstellung und Durchführung notwendiger und anfallender Projektleistungen in dem Alster-Pflegenetz, die von der Managementgesellschaft ausgeführt werden

## Präambel

Die Zunahme an alten und hochbetagten Menschen stellt die Gesellschaft vor große Herausforderungen, die in besonderer Weise für das Gesundheitssystem gelten: Im Alter prägen v.a. chronisch-degenerative Erkrankungen und Multimorbidität das Krankheitsgeschehen und führen zu einem steigenden Bedarf an medizinischer und pflegerischer Behandlung. Da mehrere Erkrankungen vielfach gleichzeitig und in unterschiedlichen Kombinationen auftreten, die zu starken Einschränkungen der Selbstständigkeit im Alter bis hin zur stationären Pflegebedürftigkeit führen, benötigt der geriatrische Patient ein strukturiertes und an der individuellen Lebenssituation orientiertes Behandlungskonzept. Dies gilt für alte Menschen mit stationärer Pflegebedürftigkeit noch einmal in besonderer Form. Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen bedürfen einer kontinuierlichen Versorgung durch feste Ansprechpartner. Durch die Einbindung von Ärzteteams, die eine kontinuierliche, regelmäßige allgemein- und fachärztliche medizinische Betreuung individuell sicherstellen, kann der Patient in vielen Fällen in der ihm vertrauten Pflegeeinrichtung verbleiben und belastende Transporte in externe Einrichtungen für weitergehende Behandlungen können reduziert werden.

Mit diesem Vertrag soll die ambulante Versorgung von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen durch eine leitliniengerechte Behandlung und eine koordinierte Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung Beteiligten optimiert werden. Eine Erhöhung der Lebensqualität der Versicherten sowie eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung unter Ausschöpfung wirtschaftlicher Ressourcen stehen im Fokus der Versorgungsstruktur.

Mit der Gründung und Implementierung des **Alster-Pflegenetzes** soll dieses in der Metropole Hamburg gelingen.

## § 1 - Versorgungsauftrag und Versorgungsziele

- (1) Der Vertrag soll durch die Bildung von Ärzteteams, die die ambulante hausärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sicherstellen, zur Verbesserung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungsqualität in Pflegeheimen beitragen. Aufgrund der intensivierten Steuerungsfunktion durch Koordination und Reflektion der Behandlung, erwarten die Vertragspartner eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgungsqualität.
- (2) Im Einzelnen verpflichten sich die teilnehmenden Ärzteteams zur Sicherstellung einer intra- und intersektoralen Versorgungssteuerung. Die Steuerung beinhaltet ein indikationsbezogenes Fallmanagement, ein Überleitmanagement in die stationäre Behandlung als auch ein Schnittstellenmanagement zur fachärztlichen Versorgung.
- (3) Zentrale Versorgungsziele sind:
  - Die verbesserte Kommunikation und Information zwischen den Leistungserbringern.
  - Audits zwischen Pflegeeinrichtungen und Teamärzten.
  - Nutzung einheitlicher Dokumentationsstandards.
  - Optimierte hausärztliche Betreuung der teilnehmenden Versicherten und regelmäßige Sprechzeiten in der Pflegeeinrichtung, die gemeinsam festzulegen sind.
  - Sicherstellung einer 24-Stunden-Rufbereitschaft durch ein Ärzteteam, die den kassenärztlichen Notdienst ersetzt.
  - Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen und Krankentransporte.
  - Sicherstellung einer abgestimmten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie.
  - Entwicklung von Standards der Zusammenarbeit zwischen Ärzteteams und Pflegeheimpersonal in organisatorischen und behandlungspflegerischen Belangen.

## § 2 - Teilnahmevoraussetzungen der Vertragsärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle zugelassenen Vertragsärzte, die im Bereich der KV Hamburg tätig sind. Je nach Größe der kooperierenden Pflegeeinrichtung schließen sich mindestens zwei Ärzte zu einem Ärzteteam zusammen. Mindestens ein Arzt des Ärzteteams hat den Basiskurs Palliativmedizin absolviert.
- (2) Teilnahmefähig sind nur Ärzteteams i.S.d. Abs. 1. Der Antrag beinhaltet die Abgabe der Teilnahmeerklärung gegenüber der KV Hamburg, mit der schriftlich die

Voraussetzungen gemäß Abs. 1 nachgewiesen werden. Mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung erkennen die Ärzteteams den Inhalt dieses Vertrages an.

- (3) Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Hamburg die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach dieser Vereinbarung. Mit Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung durch die KV Hamburg ist das teilnehmende Ärzteteam berechtigt und verpflichtet, Leistungen nach dieser Vereinbarung zu erbringen.
- (4) Die Teilnahme kann seitens des Ärzteteams schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Quartalsende gegenüber der KV Hamburg beendet werden.
- (5) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet:
  - mit dem Ende dieses Vertrages.
  - mit Beendigung der Teilnahme durch das Ärzteteam.
  - mit dem im Bescheid bestimmten Zeitpunkt über das Ruhen oder Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.
  - mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen des Arztes nach Abs. 1.
  - mit dem Widerruf oder der Rücknahme der Genehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages.

### **§ 3 - Aufgaben der Ärzteteams**

- (1) Das Ärzteteam organisiert gemeinsam mit der kooperierenden stationären Pflegeeinrichtung die ärztliche Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen.
- (2) Ein Arzt pro Ärzteteam betreut in der Regel im Mittel 50-80 Bewohner und Bewohnerinnen in der kooperierenden stationären Pflegeeinrichtung und gewährleistet eine durchgängige Betreuung. Dabei stellt das Ärzteteam auch die Vertretungsregelungen in der jeweiligen stationären Pflegeeinrichtung sicher.
- (3) Ab dem Zeitpunkt der Genehmigungserteilung durch die KV Hamburg ist das Ärzteteam berechtigt und verpflichtet, Leistungen im Rahmen dieses Vertrages zu erbringen und abzurechnen.
- (4) Ein Ärzteteam kann mit einer oder mehreren stationären Pflegeeinrichtungen kooperieren und je nach Anzahl der Versicherten, mehrere stationäre Pflegeeinrichtungen betreuen.

#### **§ 4 - Teilnahme der Versicherten**

- (1) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der beteiligten Krankenkasse, die in einer kooperierenden Pflegeeinrichtung leben.
- (2) Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Voraussetzung für die Teilnahme der Versicherten ist deren Einverständnis bzw. das Einverständnis des Betreuers/ Bevollmächtigten auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 1). Die Aufklärung und Einschreibung erfolgt durch einen Arzt des Ärzteteams und/oder mit Unterstützung der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Die Teilnahmeerklärung des Versicherten ist vom Arzt bzw. der jeweiligen Pflegeeinrichtung unmittelbar nach Unterzeichnung der von der KV Hamburg benannten Stelle zuzuleiten. Ein Duplikat der unterschriebenen Teilnahmeerklärung ist in der Heimakte (Pflegedokumentation) zu hinterlegen.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den Versicherten bzw. seinen Betreuer/Bevollmächtigten.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten an diesem Versorgungsprogramm ruht bei stationären Krankenhausaufenthalten oder Aufenthalten in anderen stationären Einrichtungen. Das Ruhen beginnt ab Folgedatum der stationären Aufnahme und endet am Entlassungstag des Versicherten aus der stationären Einrichtung.
- (5) Der Versicherte bzw. sein Betreuer/Bevollmächtigter kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der Krankenkasse widerrufen und scheidet - sofern er keinen späteren Zeitpunkt für sein Ausscheiden bestimmt - mit dem Eingang des Widerrufs bei der Krankenkasse aus diesem Versorgungsprogramm aus. Eine erneute Einschreibung ist möglich.
- (6) Die Teilnahme des Versicherten endet auch
  - a) mit dem Wechsel zu einer nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse.
  - b) mit dem Auszug aus einer kooperierenden Pflegeeinrichtung.
  - c) mit dem endgültigen Wechsel zu einem Arzt, der nicht einem Ärzteteam gemäß § 2 Abs. 1 angehört.
  - d) mit Beendigung der Teilnahme des vom Versicherten gewählten Ärzteteams.
  - e) mit dem Tode des Versicherten.
  - f) mit Beendigung dieses Vertrages.

#### **§ 5 - Leistungen der KV Hamburg**

Die KV Hamburg gewährleistet die Umsetzung der Vertragsinhalte mit Unterstützung einer Managementgesellschaft. Zu den Leistungen gehören insbesondere:



- (1) Die Schaffung von rechtlichen, organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen zur Bildung des Alster-Pflegenetzes. Dazu gehört
  - a) die Akquise und Einbindung geeigneter Akteure (stationäre Pflegeeinrichtungen, Ärzte, Versicherte, ggf. Therapeuten)
  - b) der Aufbau und die Konzeption des Kostencontrollings, Berichtswesens und Datenmanagements
  - c) der Aufbau und die Implementierung eines EDV Systems
  - d) die Implementierung des Kommunikations- und Informationsmanagements
  - e) die Pflege und das Bereitstellen der Ansprechpartnerlisten.
- (2) Die Sicherung des laufenden Betriebs des Alster-Pflegenetzes. Dazu gehören folgende Leistungen:
  - a) Die Implementierung und die Durchführung des Projektes als standardisierter Integrationsprozess zwischen Ärzteteams und den Pflegeeinrichtungen. Dies beinhaltet
    - den Aufbau und die Sicherung der interdisziplinären und sektorübergreifenden Kommunikationsstrukturen
    - die Durchführung des Datenmanagements zum Aufbau eines Kennzahlensystems unter Einhaltung des Datenschutzes sowie zur Unterstützung der Abrechnungserstellung
    - die Durchführung des Kostencontrollings zur frühzeitigen Kenntnis von ökonomischen Projektrisiken
    - die Wartung und den Service der IT-Verfahren zum sicheren Datenschutz und der Verminderung der Papierdokumentation
    - die Konzeption und die Abstimmung eines Anreiz- und Erfolgssystems
  - b) Die Organisation und Moderation des Lenkungsgremiums gemäß § 11.
- (3) das Vorhaben in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Vertragsziele, der persönlichen Qualitätsanforderungen und der weiteren Aufgaben im Rahmen der Vertragsumsetzung zu kommunizieren,
- (4) denjenigen Ärzten eine schriftliche Abrechnungsgenehmigung zu erteilen, die nachweislich die Voraussetzungen gem. § 2 für die Teilnahme an diesem Vertrag erfüllen. Die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag kann ggf. mit Auflagen und Nebenbestimmungen versehen werden,
- (5) eine ordnungsgemäße Abrechnung der Leistungen gem. § 10 in Verbindung mit § 9 vorzunehmen,
- (6) teilnehmende Vertragsärzte, bei schwerwiegenden und/ oder wiederholten Verstößen gegen die vertraglichen Pflichten gemäß §§ 2 und 3, bei wiederholten Verstößen gegen § 3 oder bei Abrechnung nicht erbrachter Leistungen mit sofortiger Wirkung

aus dem Vertrag auszuschließen. Vor dem Ausschluss ist dem Arzt Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

### **§ 6 - Leistungen der Krankenkassen**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen oder Krankenkassenverbände benennen gegenüber der KV Hamburg jeweils einen Ansprechpartner für das Alster-Pflegenetz.
- (2) Die teilnehmenden Krankenkassen oder Krankenkassenverbände stellen der KV Hamburg möglichst zeitnah notwendige Daten der Bewohner für das Controlling der Zielerreichung zur Verfügung.

### **§ 7 - Beitritt der Betriebskrankenkassen**

- (1) Die Betriebskrankenkassen, die ihren Beitritt innerhalb einer Frist von 4 Wochen nach Inkrafttreten dieses Vertrages gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST erklärt haben, gelten als dem Vertrag zu Beginn beigetreten und haben den gleichen Status, wie die im Rubrum aufgeführten Krankenkassen.
- (2) Der BKK-Landesverband NORDWEST stellt nach Ablauf der 4-Wochenfrist den Vertragspartnern eine Übersicht der am Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen zur Verfügung.
- (3) Für alle Betriebskrankenkassen, die nach Ablauf der 4-Wochenfrist ihren Beitritt erklären, gilt § 8 des Vertrages.

### **§ 8 - Beitritt weiterer Krankenkassen**

- (1) Weitere Krankenkassen können diesem Vertrag beitreten.
- (2) Der Beitritt erfolgt über ein gesondertes Beitrittsverfahren. Über den Beitritt weiterer Krankenkassen entscheidet das Lenkungsgrremium.
- (3) Die Teilnahme der Krankenkasse beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Beitrittserklärung gem. Anlage 2.

## § 9 - Vergütung

- (1) Der besondere Betreuungs-/Versorgungsaufwand, welcher durch die Erfüllung des Versorgungsauftrages anfällt, wird durch eine Betreuungspauschale außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet. Die Einzelheiten bestimmen sich nach der Anlage 3.
- (2) Mit der Betreuungspauschale sind alle Leistungen im Rahmen dieses Vertrages ab dem Zeitpunkt der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung des Patienten unabhängig von dem Behandlungsaufwand abgegolten. Die Betreuungspauschale umfasst alle Kosten, die innerhalb des Versorgungsaufwandes nach diesem Vertrag anfallen, inklusive aller Verwaltungs- und Dokumentationspflichten.
- (3) Im Rahmen dieses Vertrages vereinbaren die Vertragspartner einen Abrechnungsausschluss für folgende EBM Ziffern: 01410, 01411, 01412, 01413, 01414 und 01415. Die aufgeführten EBM Ziffern sind für die teilnehmenden Ärzte, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, nicht separat zu den Betreuungspauschalen abrechenbar.
- (4) Die Vergütung wird nur für vertragsgemäß erbrachte Leistungen gezahlt.
- (5) Die KV Hamburg ist berechtigt, die Verwaltungskosten nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.

## § 10 - Abrechnung gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen

- (1) Die erbrachten Leistungen gem. §§ 3 und 5 i.V.m. der Anlage 3 dieses Vertrages sind von den teilnehmenden Ärzten quartalsweise über die KV Hamburg abzurechnen. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Verwaltungskosten nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.
- (2) Der Datenaustausch zum Abrechnungsverfahren erfolgt auf der Grundlage des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern. Die Leistungen werden in den Abrechnungsunterlagen im Formblatt 3, Konto 400, Kapitel 80, Ebene 6 nach Maßgabe gesamtvertraglicher Regelungen ausgewiesen. Sofern eine anderweitige Ausweisung durch Änderung der Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen notwendig wird, verständigen sich die Vertragspartner über die dann neue Ausweisung in Form eines Schriftwechsels.
- (3) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen

Gesamtvertrages. Die KV Hamburg rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber der Krankenkasse ab.

## **§ 11 - Lenkungsgremium**

- (1) Die Vertragspartner bilden ein Lenkungsgremium, das sich innerhalb von drei Monaten nach Vertragsabschluss konstituiert.
- (2) Das Lenkungsgremium ist paritätisch von den Vertragspartnern mit jeweils drei Vertretern besetzt und besteht kassenseitig aus einem Vertreter der BARMER GEK, des BKK-Landesverband NORDWEST und Knappschaft sowie drei Vertretern der KV Hamburg. Weitere dem Vertrag beigetretene Krankenkassen sind berechtigt, im Lenkungsgremium mitzuwirken.
- (3) Aufgaben des Lenkungsgremium sind u. a.:
  - die kontinuierliche Bewertung und Weiterentwicklung des Vertrages und seiner Anlagen.
  - das Festlegen von Zielvorgaben und Zielkorridore sowie die Bewertung der Zielerreichung (Controlling).
  - die Vorgabe von Art und Umfang der Fonds-Ausschüttung.
  - die Veröffentlichung der Ergebnisse an die am Vertrag teilnehmenden Partner.
  - die Verabschiedung von Versorgungszielen.

Die Empfehlungen und Beschlüsse des Lenkungsgremiums sind von den Vertragspartnern bei der Umsetzung dieses Vertrages zu beachten.

- (4) Das Lenkungsgremium gibt sich eine Geschäftsordnung.

## **§ 12 - Qualitätsanforderungen**

- (1) Es sind die gesetzlichen Anforderungen der §§ 135 Abs. 2, 135a und 137 SGB V einzuhalten.
- (2) Weitere Qualitätsanforderungen werden auf Empfehlung des Lenkungsgremiums zwischen den Vertragspartnern abgestimmt und in der Anlage 4 definiert.

### **§ 13 - Vertragscontrolling/ -evaluation**

Die Vertragspartner unterziehen das Projekt einem regelmäßigen Controlling und planen darüber hinaus, den Vertrag zu evaluieren (Qualität/Wirtschaftlichkeit). Näheres hierzu wird im Lenkungsgremium abgestimmt.

### **§ 14 - Öffentlichkeitsarbeit**

Die Vertragspartner verpflichten sich zu einer abgestimmten Öffentlichkeitsarbeit.

### **§ 15 - Datenschutz**

- (1) Bei der Durchführung der Behandlung bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften in der aktuellen Fassung unberührt und sind von allen Vertragspartnern und teilnehmenden Ärzten einzuhalten. Die Schutzbestimmungen des § 35 SGB I und des § 80 SGB X finden Anwendung.
- (2) Die Vertragspartner stellen sicher, dass personenbezogene Behandlungsdaten und/oder Befunde aus Dokumentationen nur abgerufen werden, wenn der Versicherte /Betreuer zuvor seine Einwilligung erteilt hat, die Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen und der jeweilige Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der gemäß § 203 StGB zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
- (3) Näheres zum Datenschutz ist in der Anlage 5 geregelt.

### **§ 16 - Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Der Vertrag tritt zum 01.10.2013 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmalig zum 31.12.2016 gekündigt werden. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.
- (3) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages, auch gegenüber einzelnen Teilnehmern, ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor,

- a) wenn die Voraussetzungen dieses Vertrages aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlicher medizinisch-wissenschaftlicher oder tatsächlicher Gründe entfallen,
  - b) wenn die Leistungen, die Gegenstand dieses Vertrages sind, nicht erbracht oder in erheblichem Umfang mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden,
  - c) bei Verstoß gegen Inhalte dieses Vertrages
  - d) wenn aufgrund einer Weisung der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung des Vertrages untersagt wird
- (4) Die Kündigung dieses Vertrages durch einzelne Vertragspartner gegenüber den übrigen Vertragspartnern ist möglich. In diesem Fall behält der Vertrag für die übrigen Vertragspartner weiterhin seine Gültigkeit, es sei denn, durch die Kündigung des Vertragspartners entfällt die Geschäftsgrundlage dieses Vertrages. Im Übrigen gilt § 59 SGB X. Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief – bei einer außerordentlichen Kündigung unter Angabe des Kündigungsgrundes – gegenüber allen Vertragspartnern zu erfolgen.

### **§ 17 - Salvatorische Klausel**

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird dieser in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am Nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Regelungslücken.

Hamburg, den 01.10.2013

Datum	KV Hamburg Walter Plassmann Vorstandsvorsitzender
Datum	BARMER GEK Hamburg Frank Liedtke Landesgeschäftsführer
Datum	BKK- Landesverband NORDWEST Dr. Dirk Janssen Stellv. Vorstand
Datum	Knappschaft Ulrike Etemeyer Leiterin Referat Kranken- und Pflegeversicherung

Anlage 1  
zum  
Strukturvertrag nach § 73a SGB V  
zur Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Hansestadt  
Hamburg

Teilnahme- und Datenschutzerklärung

**Einverständniserklärung der/des Versicherten**

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen gemeinsam mit Ärzten ein besonderes Leistungspaket zur Verbesserung der Versorgung an. Diese Kooperation ermöglicht eine Abstimmung der einzelnen Behandlungsprozesse, um Ihnen einen reibungslosen Ablauf und eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu garantieren. Details zu diesem Versorgungsprogramm können Sie dem von Ihrem Arzt ausgehändigten Flyer entnehmen.

Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen das Behandlungskonzept vorgestellt. Er hat Sie gebeten, ihm mitzuteilen, wenn sie einen anderen Arzt im Rahmen dieses Versorgungsprogramms in Anspruch nehmen möchten.

Ihr Recht auf freie Arztwahl bleibt bestehen. Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm ist **freiwillig** und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Ihre Teilnahme ist für Sie **kostenfrei**. Sollten Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden, entstehen Ihnen hieraus keinerlei Nachteile. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Teilnahme - wenn möglich in schriftlicher Form - bei Ihrer Krankenkasse zu kündigen. Die zusätzlich erhobenen Daten im Rahmen dieses Versorgungsprogramms werden dann umgehend gelöscht.

**Belehrung über Widerspruchsrecht**

Ich kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Mit Zugang meines Widerrufs bei der Krankenkasse ist keine Teilnahme an dem Versorgungsprogramm von Versicherten in Pflegeheimen in Hamburg entstanden.

Mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich wurde über das Versorgungsprogramm Alster-Pflegenetz gemäß § 73a SGB V aufgeklärt. Meine Fragen wurden von meinem behandelnden Arzt beantwortet.

**Ja, ich möchte an dem Versorgungsprogramm „Alster-Pflegenetz“ teilnehmen.**

.....  
Ort/Datum

Unterschrift Versicherte/r - Betreuer/in - Bevollmächtigte/r



### **Einverständniserklärung zur Datenerhebung und -verarbeitung**

Ich habe die Informationen zur Datenerhebung- und -verarbeitung zum Versorgungsprogramm gemäß § 73a SGB V zur Kenntnis genommen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang hiermit wurden von meinem behandelnden Arzt beantwortet.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von meiner Krankenkasse zur Verbesserung des Behandlungskonzeptes erhoben, verarbeitet und ausgewertet und übermittelt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass meine teilnehmende Ärztin bzw. mein teilnehmender Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt und die für die Behandlung notwendigen Daten erhebt. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung sowie zur Qualitätssicherung und Evaluation ein.

Meine Ärztin bzw. mein Arzt ist befugt, die für Abrechnung der Leistungen erforderlichen Daten an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) bzw. an eine von der KV beauftragten Managementgesellschaft zu übermitteln, so dass die KV mit meiner Krankenkasse auf dieser Grundlage die Leistungen abrechnen kann.

Meine Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt darf meine Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung an die KV bzw. an eine von der KV beauftragte Managementgesellschaft sowie an meine Krankenkasse übermitteln

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für Maßnahmen der Qualitätssicherung und kontinuierlicher Weiterentwicklung dieser besonderen Versorgungsform sowie zur besseren Koordination und Organisation der Betreuungs- und Behandlungsprozesse genutzt werden, wobei ein Bezug zur Person dabei ausgeschlossen ist,

Meine für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

Der Widerruf der Verwendung meiner Daten zur Evaluation führt nicht zur Beendigung meiner Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

.....  
Ort/Datum

Unterschrift Versicherte/r - Betreuer/in - Bevollmächtigte/r

Anlage 1a  
zum  
Strukturvertrag nach § 73a SGB V  
zur Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Hansestadt  
Hamburg

Patienteninformation zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Welche Daten werden von Ihnen benötigt und was geschieht mit Ihren Daten?

Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihrem behandelnden Arzt oder Pflegeeinrichtung vermerkt sind, werden bei Bedarf nur von den teilnehmenden Ärzten und bei möglichen Komplikationen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen.

Ihre Krankenkasse filtert Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, ambulante Abrechnungs- und Leistungsdaten, Krankenhauszeiten und -kosten mit Diagnosen, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Pflegeleistungen und -kosten) aus den bereits bei Ihrer Krankenkasse vorliegenden Daten heraus

Die elektronische Datenverarbeitung (Hard- und Software) entspricht den datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung von Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form. Die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung ist die Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm.

Sollten Sie zu diesem Prozess noch Fragen haben, steht Ihnen für weitere Auskünfte Ihre Krankenkasse jederzeit zur Verfügung.

Anlage 2  
zum  
Strukturvertrag nach § 73a SGB V  
zur Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Hansestadt  
Hamburg

## Beitrittserklärung Krankenkasse

Name: .....

Anschrift: .....

Ansprechpartner: .....

Tel.: ..... Fax: .....

E-Mail:.....

Hiermit erklärt die o. g. Krankenkasse den Beitritt zum Strukturvertrag nach § 73a SGB V gemäß § 8  
des Vertrages

### **zur Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Hansestadt Hamburg**

Mit der Beitrittserklärung erkennt die o.g. Krankenkasse die Inhalte des Strukturvertrages einschließlich der Alagen an und ist bereit zukünftige Vertragsänderungen, die zwischen Vertragspartner vereinbart werden, gegen sich gelten zu lassen. Der Beitritt wird zum ..... wirksam.

Der Beitritt kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmalig zum 31.12.2016 widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vorstand/Geschäftsführer

\_\_\_\_\_  
Stempel Krankenkasse

Anlage 3  
zum  
zum Strukturvertrag nach §73a SGB V  
zur Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Hansestadt  
Hamburg

### Vergütung und Abrechnung

Die Abrechnung der Leistungen/Abrechnungsziffern erfolgt im Auftrag der teilnehmenden Ärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen.

Folgende Abrechnungspositionen werden fakturiert und in Formblatt 3 ausgewiesen:

#### I. Vergütung

Leistungsbeschreibung	Abrechnungs- Nummer	Vergütung
(A) Betreuungspauschale für die Erfüllung des Versorgungsauftrages und dem damit verbundenen besonderen Betreuungs-/Versorgungsaufwand	99475	<b>1,99 €</b> pro Belegungstag im Pflegeheim
(B) Betreuungspauschale für die Erfüllung des Versorgungsauftrages und dem damit verbundenen besonderen Betreuungs-/Versorgungsaufwand	99476	<b>2,39 €</b> pro Belegungstag im Pflegeheim
(C) Betreuungspauschale für die Koordination der sektoralen Versorgung. Die Pauschale ist nicht in Kombination mit den Abrechnungs-Nummern A-99475 und/oder B-99476 abrechenbar.	99477	<b>0,40 €</b> pro Belegungstag im Pflegeheim

#### II. Abrechnung

Abrechnungs-Nummer: A-99475

Die Abrechnungs-Nummer (A)-99475 gilt für die Krankenkassen, die bereits bei Inkrafttreten des Vertrages Vertragspartner sind und für Betriebskrankenkassen, die innerhalb der Frist gemäß § 7 Absatz 1 des Vertrages ihren Beitritt erklärt haben.

Von der ärztlichen Vergütung in Höhe von **1,99 €** werden folgende Beträge in Abzug gebracht:

- Vergütung für die Koordination der sektoralen Versorgung: **0,40 €** pro Belegungstag
- Bonus (variable) Vergütung auf Basis von Zielvorgaben: **0,10 €** / Belegungstag (Betrag wird als Fonds geführt). Bei Erreichen der abgestimmten Ziele/ Zielkorridore wird der Fonds ausgeschüttet. Die Zielvorgaben/ Zielkorridore werden vom Lenkungsausschuss festgelegt. Sollten zwei Jahre in Folge die Ziele nicht erreicht werden, dann erfolgt eine Rückvergütung, auf Basis der abgerechneten Belegungstage, an die teilnehmenden Krankenkassen.

#### Abrechnungs-Nummer: **B-99476**

Die Abrechnungs-Nummer (B)-99476 gilt für die Krankenkassen, deren Beitritt erst nach Inkrafttreten des Vertrages wirksam ist, und für Betriebskrankenkassen gemäß § 7 Abs. 3 des Vertrages.

Von der Ärztlichen Vergütung in Höhe von **2,39 €** werden folgende Beträge in Abzug gebracht:

- Vergütung für die Koordination der sektoralen Versorgung: **0,40 €** pro Belegungstag
- Bonus (variable) Vergütung auf Basis von Zielvorgaben: **0,50 €** / Belegungstag (Betrag wird als Fonds geführt). Bei Erreichen der abgestimmten Ziele/ Zielkorridore wird der Fonds ausgeschüttet. Die Zielvorgaben/ Zielkorridore werden vom Lenkungsausschuss festgelegt. Sollten zwei Jahre in Folge die Ziele nicht erreicht werden, dann erfolgt eine Rückvergütung auf Basis der abgerechneten Belegungstage an die teilnehmenden Krankenkassen.

#### Abrechnungs-Nummer: **C-99477**

Vergütung für die Koordination der sektoralen Versorgung: 0,40 € pro Belegungstag:

- Die Pauschale ist nur bei stationären Aufenthalten des Versicherten gemäß § 4 Absatz 4 des Vertrages abrechenbar.
- Die Pauschale ist nicht in Kombination mit den Abrechnungs-Nummern A-99475 und/oder B-99476 abrechenbar.

### III. Abrechnungsverfahren

Die KV Hamburg stellt den teilnehmenden Krankenkassen den Betrag in Rechnung, der sich aufgrund der Abrechnungsziffer pro Belegungstag des teilnehmenden Versicherten im teilnehmenden Pflegeheim ergibt. Die Anzahl der Belegungstage wird anhand der Teilnahmeerklärung des Versicherten ermittelt. Maßgeblich ist das Datum der Teilnahmeerklärung des Versicherten, welches den ersten Belegungstag darstellt.

In den ersten beiden Abrechnungsjahren (2014 und 2015) gilt folgende Regelung: Die Krankenkassen leisten monatliche Abschlagszahlungen auf Basis des jeweiligen Vorquartals (ausgehend vom 1. Quartal 2014)

Danach gelten die Bestimmungen gemäß § 10 Abs. 3; die Abschlagszahlungen erfolgen auf Basis des Vorjahresquartals.

Die KV Hamburg bringt von der ärztlichen Vergütungspauschale den Betrag für die Koordination der sektoralen Versorgung und die Bonusvariable auf Basis von Zielvorgaben in Abzug. Die verbleibende Summe wird quartalsweise an die Ärzte gezahlt. Die Variable (je nach Krankenkasse 0,10 Euro bzw. 0,50 Euro) wird auf ein noch zu benennendes Konto eingezahlt, das von der KV Hamburg eingerichtet wird.

Das Ärzteteam übersendet die Teilnahmeerklärung des Versicherten an die KV Hamburg bzw. an die von der KV Hamburg noch zu benennende Stelle. Von dort wird die Teilnahmeerklärung an die betreffende Krankenkasse weitergeleitet.

Das Ärzteteam ist verpflichtet, Fehltag teilnehmender Versicherter unverzüglich der KV Hamburg bzw. an die von der KV Hamburg noch zu benennende Stelle mitzuteilen, Dies gilt insbesondere im Sterbensfalle oder bei Widerruf der Teilnahme eines Versicherten an diesem Vertrag.

Ein stationärer Krankenhausaufenthalt oder ein Aufenthalt in einer anderen stationären Einrichtung hat das Ruhen der Teilnahme des Versicherten zur Folge. Während des stationären Aufenthaltes des Versicherten ist ausschließlich die Abrechnungs-Nummer C-99477 möglich. Das Ärzteteam hat bei Einweisung des Versicherten ins Krankenhaus die KV Hamburg bzw. die von der KV Hamburg noch zu benennende Stelle zu informieren. Das Ruhen beginnt ab Folgedatum der stationären Aufnahme und endet am Entlassungstag des Versicherten aus der stationären Einrichtung.

Sollte die Meldung bzgl. eines Krankenhausaufenthaltes nach bereits erfolgter Abrechnung getätigt werden, erfolgt eine Berichtigung der Beträge im Folgequartal.

Anlage 4  
zum  
Strukturvertrag nach § 73a SGB V  
zur Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Hansestadt  
Hamburg

**Leistungsinhalte und Qualitätssicherung**

noch nicht besetzt

Anlage 5  
zum  
zum Strukturvertrag nach § 73a SGB V  
zur Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Hansestadt  
Hamburg

## **Datenmanagement**

Die am Alsterpflegenetz teilnehmenden Pflegeeinrichtungen und Ärzteteams liefern ihre vertragsbezogenen Daten direkt an die Managementgesellschaft. Zur Dateneingabe und -versendung wird seitens der Managementgesellschaft ein Web-Portal zur Verfügung gestellt. Über dieses Web-Portal haben alle Teilnehmer Zugriff auf ihre Daten. Die Managementgesellschaft liefert die honorarbezogenen Daten quartalsweise an die KV Hamburg, die auf dieser Grundlage die Ärzteteams honoriert.

Ansprechpartnerin für Fragen im Zusammenhang mit dem gesamten Datenmanagement ist die Managementgesellschaft.

Die Managementgesellschaft des Alster-Pflegenetzes wird für die Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des Projekts das ACP Web zur Verfügung stellen. Die Managementgesellschaft gewährt den Ärzteteams/Pflegeeinrichtungen ein nicht ausschließliches, nicht übertragbares und nicht zur Unterlizenzierung berechtigendes Recht, diese Software in ihrer jeweils aktuellen Version zum Zweck der Erhebung, Weitergabe und Auswertung von Daten ausschließlich in diesem Projekt zu nutzen (Nutzungsrecht).

Das Nutzungsrecht endet mit dem Ende dieses Vertrages oder der Beendigung der Teilnahme des Ärzteteams oder der Pflegeeinrichtung.

Für den Fall, dass das Nutzungsrecht endet, wird von der Managementgesellschaft gewährleistet, dass die in ACP Web gespeicherten Daten in einer üblichen und auf dem Stand der Technik gebräuchlichen Form zurückgegeben werden.

Die Eigentums- und Lizenzrechte für die Software verbleiben bei der Managementgesellschaft. Die Wartung der Software endet mit Vertragsende.

Der diesbezügliche Datenschutz ist in dem folgenden Datenschutzkonzept beschrieben.



## Datenschutzkonzept

### ACP Web

## Inhalt

0.	Versionshistorie	28
0.1.	Dokumentverantwortlicher	28
0.2.	Verteilerliste	28
0.3.	Weitere Dokumente	28
1.	Hintergrund	29
2.	Was beschreibt dieses Dokument	29
3.	Architekturübersicht	29
3.1.	Technische Grundlagen	29
3.2.	Angriffspunkte	29
3.3.	Schutzziele	30
3.4.	Zweistufige Verschlüsselung	30
3.5.	Strukturkonzept	30
4.	Verschlüsselung	31
4.1.	Client-Server-Kommunikation	31
4.2.	Datenverschlüsselung der personenidentifizierenden Daten	32
4.3.	Pseudonymisierung/Fallnummer	32
4.4.	Datenverschlüsselung der Exportdaten	32
5.	Rollen und Zugriffsberechtigungen	33
5.1.	In der Webanwendung für die Pflegeeinrichtungen ACP IA	33
5.2.	In der Webanwendung für die Kostenträger „ACP Web KT“	36
6.	Hochladen Kostenträgerdaten	36
7.	Passwort	37
8.	Verbleibende Risiken	37
8.1.	Korrumpierung des Webservers	37
8.2.	Phishing	37
9.	Zusammenfassung	38

## Tabellen

Tabelle 1: Rollen in ACP Web IA .....	36
---------------------------------------	----

## Abbildungen

Abbildung 1: Sicherheitsarchitektur (PID - Personen identifizierende Daten) .....	31
Abbildung 2: Rollenkonzept Ebenen .....	34
Abbildung 3: Menü "Datei mit Kostendaten hochladen" in ACP Web KT .....	37

### Versionshistorie

Version	Editor	Datum	Kommentar
0.1	Dr. Jürgen Lampe	14.05.2008	Erster Entwurf
1.0	Dr. Jürgen Lampe	30.5.2008	Abgestimmte Erstausgabe
1.1	Andreas Reich	27.10.2009	Anpassung Kostenträgerintegration
1.2	Andreas Reich	02.08.2013	Rollen und Zugriffsberechtigungen hinzugefügt.
1.3	Andreas Reich	05.08.2013	Pseudonymisierung/Fallnummer und Hochladen Kostenträgerdaten hinzugefügt
1.4	Ilka Scharphuis	03.09.2013	Überarbeitung bez. inhaltlicher Änderungen und Rechtschreibung

### Dokumentverantwortlicher

Rolle	Name	Bemerkung

### Verteilerliste

Rolle	Name	Bemerkung

### Weitere Dokumente

Bezeichnung	Inhalt

## Hintergrund

Im Rahmen des vorliegenden Vertrages kommt für die Datenerfassung eine webbasierte Lösung zum Einsatz. Damit ist der einfache und unkomplizierte Zugriff mittels Webbrowser von jedem internetfähigen PC möglich.

Da es sich bei den betreffenden Daten um teilweise hochsensible persönliche Informationen handelt, muss gleichzeitig sichergestellt werden, dass kein unbefugter Zugriff - sei es nur lesend oder auch modifizierend - möglich ist.

## Was beschreibt dieses Dokument

In diesem Dokument wird eine Architektur beschrieben, die geeignet ist, die Sicherheitsanforderungen bezüglich der Vertraulichkeit personenbezogener Daten innerhalb einer zentral gehosteten Webanwendung zu gewährleisten.

Die beschriebene Struktur ist unabhängig davon, ob nur eine oder mehrere Gruppen von Leistungserbringern und Kostenträgern durch die Webanwendung bedient werden.

## Architekturübersicht

### Technische Grundlagen

Die technischen Bestandteile einer Webanwendung gliedern sich in die folgenden drei Schichten:

- Client: Webbrowser auf dem PC des Bearbeiters
- Webserver: Übernimmt die Kommunikation mit dem Client, sendet HTML-Seiten an den Browser und nimmt dessen Requests entgegen
- Datenbank: Übernimmt die persistente Speicherung der Daten

Webserver und Datenbank sind dabei passiv. Aktivitäten können nur durch Anforderungen (Requests) des Clients ausgelöst werden.

Eine zusammengehörende Folge von Requests, die hier immer mit dem Anmelden beginnt und dem Abmelden endet, wird Session genannt. Durch die Anmeldung ist garantiert, dass nur berechtigte Nutzer Zugriff auf die Anwendung bekommen (Authentifizierung). Gleichzeitig werden damit die vorhandenen Rechte definiert (Autorisierung).

Der Client übernimmt nur die Darstellung, die Anwendungslogik ist im Server implementiert. Der Server wiederum hält keine Daten über die Dauer einer Session hinaus gespeichert. Auch die Sessiondaten liegen nur auf flüchtigen Speichermedien (Hauptspeicher) vor.

## Angriffspunkte

Bei der Betrachtung der Angriffspunkte auf die sensiblen Daten bleiben die Möglichkeiten unberücksichtigt, die sich auch bei Verwendung eines lokal auf einem PC installierten Erfassungsprogramms ergeben, wie z. B. Ausspähen des Bildschirminhalts oder Installation von Keyloggern usw. Das gilt ebenso für die als *Social Engineering* bekannten Techniken zur Erschleichung von Login-Informationen.

Der Struktur der Webanwendung entsprechend ergeben sich folgende spezifischen Angriffspunkte:

- Abhören / Beeinflussen des Datenverkehrs zwischen Client und Webserver
- Abhören / Beeinflussen des Datenverkehrs zwischen Webserver und Datenbank
- Unbefugter Zugriff auf die Datenbank

Ein weiterer Aspekt, der zwar nicht direkt als Angriff zu sehen ist, aber ebenso berücksichtigt werden muss, besteht darin, sicherzustellen, dass berechnete Nutzer nur die ihnen zugeordneten Daten und nicht etwa die anderer berechtigter Nutzer sehen bzw. modifizieren dürfen.

### **Schutzziele**

Die Schutzziele **Authentizität**, **Integrität** und **Vertraulichkeit** werden durch das Berechtigungs- und Rollenkonzept sowie die Verschlüsselung gewährleistet.

Um die **Revisionsfähigkeit** und **Transparenz** zu gewährleisten, wird bei jeder Datenbankänderung der jeweilige Benutzer protokolliert, und es werden alle durchgeführten Prozesse in Logfiles dokumentiert.

Um zu verhindern, dass durch Korruption des Webserver Zugriff auf sensible Daten erlangt werden kann, ist eine fachgerechte Administration, die Verwendung von Schutzprogrammen und die zeitnahe Installation von sicherheitsrelevanten Updates erforderlich. Dies wird durch das Hosting durch das DVZ Datenverarbeitungszentrum Mecklenburg-Vorpommern GmbH DVZ gewährleistet. Das DVZ Datenverarbeitungszentrum bietet uneingeschränkten Datenschutz und bestmögliche Datensicherheit. Es verfügt über eine Hochsicherheitsumgebung und alle Vorkehrungen, die einen modernen und zuverlässigen Rechenzentrums-Betrieb ausmachen. Dabei orientieren sich die Schutzvorrichtungen an den strengen Vorgaben und Richtlinien des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI).

Die Verfügbarkeit wird durch ein SLA und regelmäßige Datensicherung gewährleistet.

### **Zweistufige Verschlüsselung**

Als Lösung für die oben geschilderten Probleme bietet sich eine zweistufige Verschlüsselung an. Dabei wird in einer ersten Stufe die Kommunikation zwischen Client und Server verschlüsselt. In der zweiten Stufe werden die sensiblen Personendaten individuell verschlüsselt und nur in dieser Form an die Persistenzschicht (Datenbank) weitergereicht.

### **Strukturkonzept**

Das sich daraus ergebende Strukturkonzept ist in Abbildung 1 dargestellt. Es ist deutlich ersichtlich, dass mit Ausnahme der Ansicht im Client (dort ist die Klartextansicht natürlich notwendig) die personenidentifizierenden Daten stets geschützt sind. Auf dem Weg vom Client zum Server werden sie durch den HTTPS-Tunnel geschützt, zwischen Server und Datenbank und in der Datenbank durch individuelle Verschlüsselung.

## Server

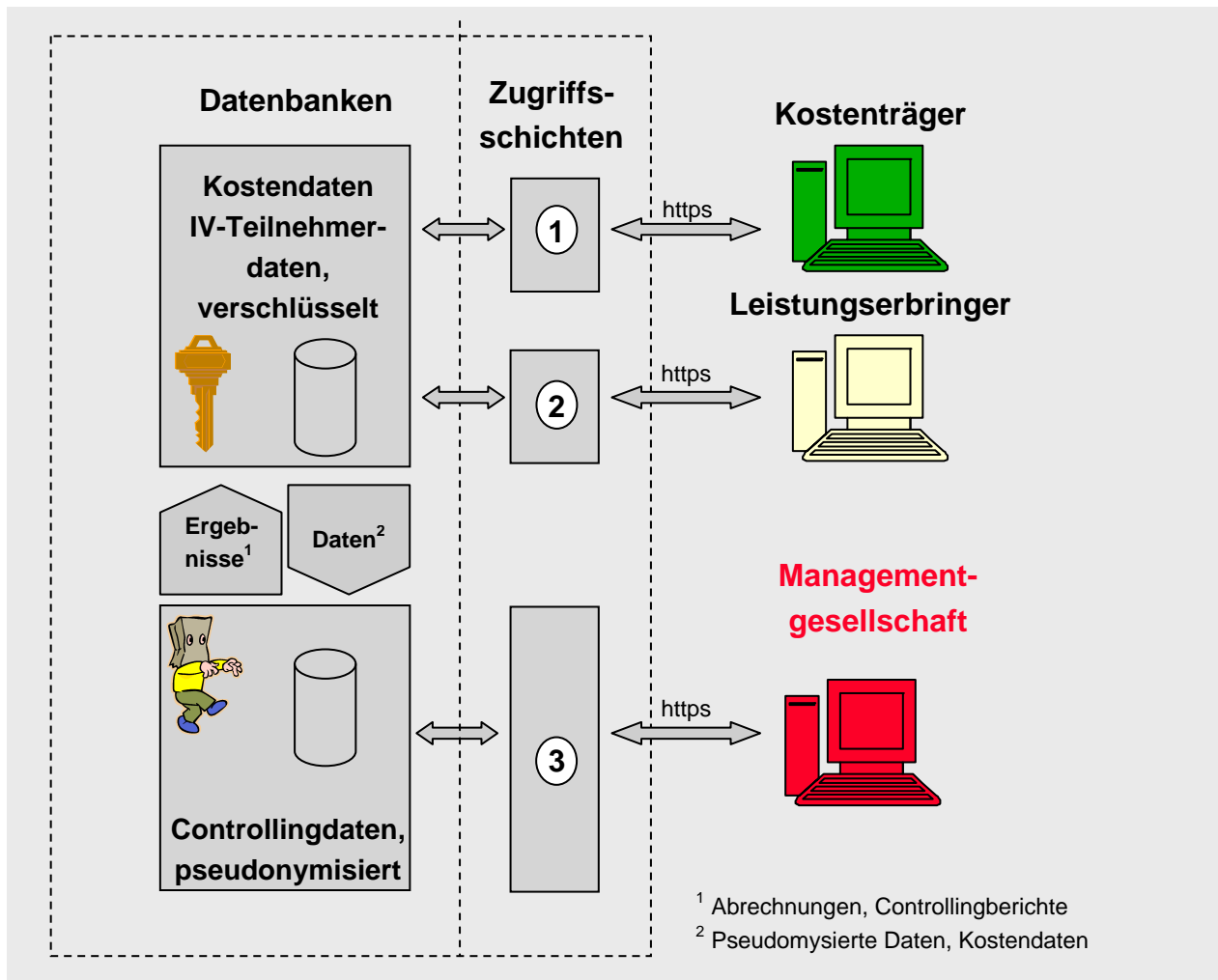


Abbildung 1: Sicherheitsarchitektur (PID - personenidentifizierende Daten)

### Verschlüsselung

### Client-Server-Kommunikation

Die Verschlüsselung erfolgt durch Verwendung des HTTPS-Protokolls. Dieses Protokoll wird standardmäßig von allen Browsern unterstützt. Die serverseitige Integrität wird durch ein von einer anerkannten Zertifizierungsstelle ausgestelltes Sicherheitszertifikat gewährleistet.

Das HTTPS-Protokoll mit 128-Bit-Schlüsseln ist als aktueller technischer Stand für sichere Kommunikation akzeptiert (z. B. Anwendung beim Home-Banking).

### **Datenverschlüsselung der personenidentifizierenden Daten**

Die Verschlüsselung der personenidentifizierenden Daten erfolgt mittels eines symmetrischen Verfahrens. Dabei wird für jede Pflegeeinrichtung ein eigener Schlüssel verwendet. Dadurch ist sichergestellt, dass selbst dann, wenn ein berechtigter Nutzer eines Leistungserbringers Zugriff auf Daten bekommt, für die er keine Berechtigung besitzt, die sensiblen Informationen nicht gelesen werden können.

Die Schlüssel für die symmetrische Verschlüsselung werden deterministisch im Webserver generiert und nicht persistiert. Sie können somit nicht durch Ausspähen des Datenbestands ermittelt werden.

#### **Schlüsselgenerierung für Leistungserbringer:**

- Benutzer meldet sich an
- Benutzer wird beim Webserver als zu einem bestimmten Leistungserbringer zugehörig erkannt
- Aus dem Leistungserbringer wird der immer gleiche, symmetrische Sitzungsschlüssel erzeugt, mit dem der Webserver für den Benutzer die Daten ent- und verschlüsselt

Da die Versicherten der Kostenträger unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen zugeordnet sind, ist es nötig, dass die Kostenträger Zugriff auf die Daten ihrer Versicherten bei unterschiedlichen Leistungserbringern haben. Dies wird durch eine Benutzerverwaltung gewährleistet.

#### **Schlüsselgenerierung für den Kostenträger:**

- Benutzer meldet sich an
- Benutzer wird beim Webserver als zu einem bestimmten Kostenträger zugehörig erkannt und kann nur auf die Daten seiner Versicherten zugreifen
- Die Daten der jeweiligen Versicherten werden mit dem Schlüssel des zugehörigen Leistungserbringers durch den Webserver für den Benutzer ent- und verschlüsselt

#### **Verschlüsselungsverfahren:**

**Triple-DES (Data Encryption Standard)** - symmetrisches Verschlüsselungsverfahren, um die Daten mit einem 168-Bit-Sitzungsschlüssel zu verschlüsseln. [www.csrc.nist.gov](http://www.csrc.nist.gov)

#### **Pseudonymisierung/Fallnummer**

Wird ein Teilnehmerdatensatz angelegt, generiert das System automatisch eine Fallnummer. Diese ist 15-stellig und besteht aus der IK-Nr. der Pflegeeinrichtung und einer 6-stelligen laufenden Nummer.

Bei Datenlieferungen der Kostenträger an die Managementgesellschaft muss die KVNR der IV-Teilnehmer wegen der Anonymisierung durch deren Fallnummer ersetzt werden.

#### **Datenverschlüsselung der Exportdaten**



Im Rahmen der Abrechnungsprozesse müssen die Ärzteteams/Pflegeeinrichtungen die Daten regelmäßig überprüfen und an die Managementgesellschaft exportieren. Dies geschieht über eine Exportfunktion in ACP Web.

Da die Daten auch an die Kostenträger weitergegeben werden, erfolgt die Verschlüsselung der personenidentifizierenden Daten in den Exportdaten durch eine asymmetrische Verschlüsselung. Dafür wird ein Public-Private-Key-Verfahren benutzt. Auf dem Server liegt nur der Public-Key der Empfänger (Kostenträger) vor. Die Daten können nicht wieder entschlüsselt werden.

Beim Export (d. h. dem Schreiben in die Export-Tabelle) werden die symmetrisch verschlüsselten Daten zuerst (mit dem Schlüssel der Einrichtung) entschlüsselt und dann mit dem Public-Key des Kostenträgers verschlüsselt. Diese Daten können dann nur vom Kostenträger mit dessen Private-Key entschlüsselt werden.

### **Verschlüsselungsverfahren:**

RSA (Rivest, Shamir, Adleman) - asymmetrisches Verschlüsselungsverfahren, um Sitzungsschlüssel zu verschlüsseln und um die Daten zu signieren. Schlüssellänge: 1024-Bit. [www.rsasecurity.com](http://www.rsasecurity.com)

## **Rollen und Zugriffsberechtigungen**

### **In ACP Web IA**

Das Rollenkonzept ist hierarchisch in 3 Ebenen und innerhalb der Ebenen nach Aufgaben bzw. Rollen strukturiert. An erster Stelle der Hierarchie, also in der obersten Ebene, steht der „Administrator“. Er wird beim Anlegen des Integrationsanbieters in ACP Web durch die Managementgesellschaft automatisch erzeugt und kann Benutzer mit allen Rollen anlegen.

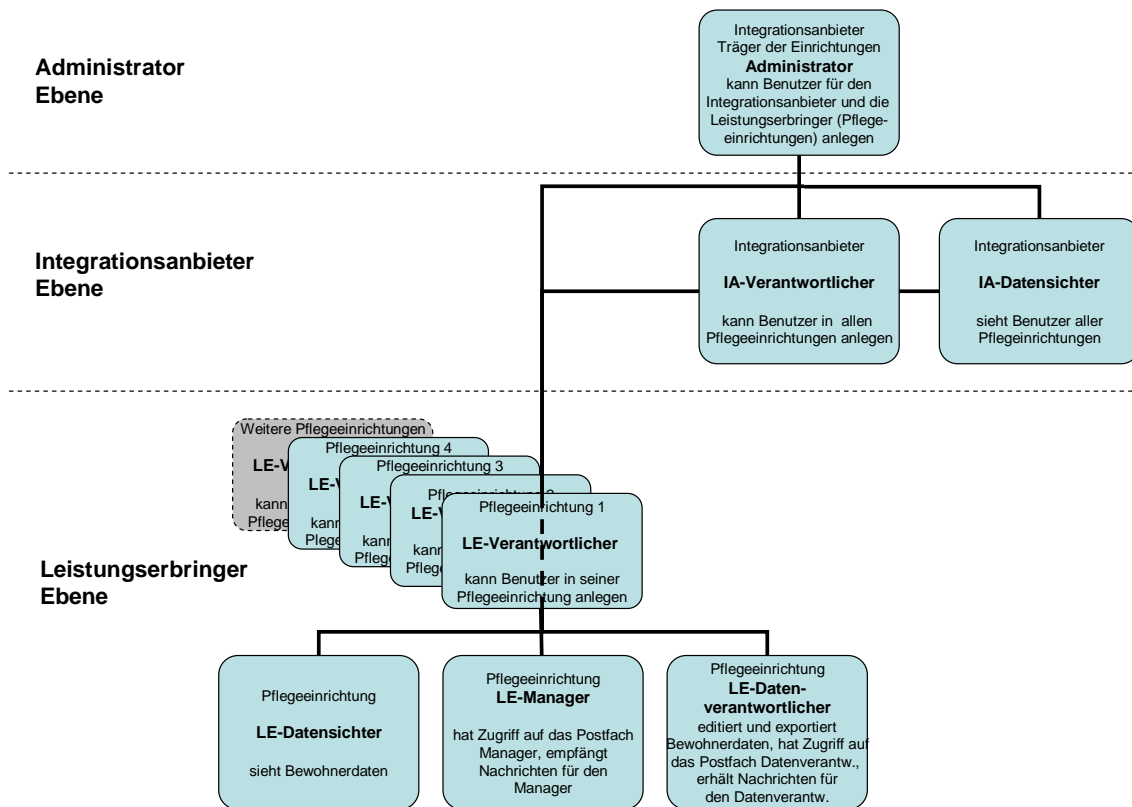
Die zweite Ebene ist der Integrationsanbieter. Auf dieser Ebene gibt es zwei Rollen:

- Die Rolle „IA-Verantwortlicher“ kann Benutzer mit allen Rollen anlegen
- Die Rolle „IA-Datensichter“ kann die angelegten Benutzer lediglich sehen

In der dritten Ebene befinden sich die Benutzer der Pflegeeinrichtungen. Auf dieser Ebene gibt es 4 Rollen:

- Die Rolle „LE-Verantwortlicher“ kann Benutzer der Pflegeeinrichtung anlegen und verwalten sowie die Versicherten der Pflegeeinrichtung sehen
- Die Rolle „LE-Datenverantwortlicher“ kann die Versicherten der Pflegeeinrichtung verwalten und die Daten zur weiteren Bearbeitung bei der Managementgesellschaft exportieren. Weiterhin hat die Rolle „LE-Datenverantwortlicher“ ein Postfach, in das durch die Managementgesellschaft die für den Datenverantwortlichen relevanten Dokumente abgelegt werden
- Die Rolle „LE-Manager“ kann die Versicherten der Pflegeeinrichtung sehen und hat ein Postfach, in das durch die Managementgesellschaft die für den Manager relevanten Dokumente (Controlling-Berichte, Abrechnungen) abgelegt werden
- Die Rolle „LE-Datensichter“ kann die Versicherten der Pflegeeinrichtung sehen

In der nachfolgenden Abbildung sind die 3 Ebenen des Rollenkonzeptes dargestellt:



**Abbildung 2: Rollenkonzept Ebenen**

Es ist möglich, einem Benutzer mehrere Rollen zuzuordnen.

Durch dieses Rollenkonzept werden die einzelnen Aufgabenbereiche einer Pflegeeinrichtung abgebildet. So kann strikt nach Aufgabenbereichen getrennt werden.

Da einem Benutzer mehrere Rollen zugeordnet werden können, ist das Konzept aber auch sehr flexibel. So kann z. B. die Einrichtungsleitung die Rollen „**LE-Verantwortlicher**“ und „**LE-Manager**“ haben und so die Benutzer verwalten und die für den Manager relevanten Dokumente einsehen. Die Pflegedienstleitung kann mit der Rolle „**LE-Datenverantwortlicher**“ die Versicherten verwalten und Daten exportieren.

Zur Verdeutlichung wird nachfolgend die Zuordnung der Rollen zu den einzelnen Menüpunkten in der Anwendung dargestellt.

<b>Rollenberechtigung</b>						
<b>Menüfunktion</b>	<b>LE-Da- tensich- ter</b>	<b>LE-Ma- nager</b>	<b>LE-Da- tenver- antwortl icher</b>	<b>LE- Verant- wortlich er</b>	<b>IA-Da- ten- sichter</b>	<b>IA-Ver- antworf- licher</b>
<b>Home</b>	X	X	X	X	X	X
<b>Wechseln</b>					X	X
<b>Verwaltung</b>						
Versicherte verwalten, Lesen	X	X	X	X		
Versicherte verwalten, Schreiben			X			
Export			X			
<b>Postfach</b>						
Management		X				
Datenverantwortli- cher			X			
<b>Admin</b>						
User-Verwaltung, Lesen				X	X	X

Menüfunktion	LE-Da- tensich- ter	LE-Ma- nager	LE-Da- tenver- antwori- cher	LE- Verant- wortlich er	IA-Da- ten- sichter	IA-Ver- antwori- cher
User-Verwaltung, Schreiben				X		X
<b>Nachrichten</b>		X	X			
<b>Information</b>						
Ansprechpartner	X	X	X	X	X	X
IV-Projekt	X	X	X	X	X	X
Integrationsanbieter	X	X	X	X	X	X
Leistungserbringer	X	X	X	X	X	X
<b>Passwort ändern</b>	X	X	X	X	X	X
<b>Abmelden</b>	X	X	X	X	X	X

**Tabelle 1: Rollen in ACP Web IA**

### In ACP Web KT

Das Rollenkonzept ist hierarchisch in 2 Ebenen und innerhalb der Ebenen nach Aufgaben bzw. Rollen strukturiert. An erster Stelle der Hierarchie, also in der obersten Ebene, steht der „Administrator“. Er wird beim Anlegen des Kostenträgers in ACP Web durch die Managementgesellschaft automatisch erzeugt und kann Benutzer mit allen Rollen anlegen.

Für jeden Benutzer können folgende Rollen angelegt werden:

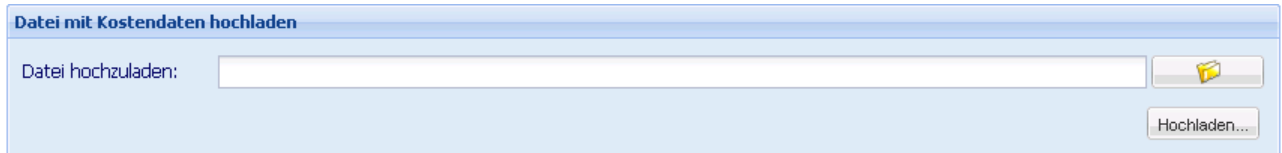
- Die Rolle „Administrator“ kann Benutzer des Kostenträgers anlegen und verwalten
- Die Rolle „Datenverantwortlicher“ kann die Versicherten des Kostenträgers verwalten. Weiterhin hat die Rolle „Datenverantwortlicher“ ein Postfach, in das durch die Managementgesellschaft die für den Datenverantwortlichen relevanten Dokumente abgelegt werden
- Die Rolle „Manager“ kann Nachrichten lesen und hat ein Postfach, in das durch die Managementgesellschaft die für den Manager relevanten Dokumente (Controlling-Berichte, Abrechnungen) abgelegt werden

### Hochladen Kostenträgerdaten

Unter dem Menüpunkt „Import/Datei mit Kostendaten hochladen“ in der Anwendung ACP Web KT können Kostendatendateien direkt in ein dem Absender zugeordnetes Verzeichnis auf dem Server im Rechenzentrum (DVZ MV) über die bestehende verschlüsselte HTTPS-Verbindung hochgeladen werden und stehen dann dort zur weiteren Verarbeitung bereit.

Die Kostenträgerdaten sind über die Fallnummer pseudonymisiert.

Über die Schaltfläche mit dem Ordner-Symbol wird ein Explorerfenster geöffnet, und die hoch zu ladende Datei kann auf dem System des Benutzers gesucht und mit der Schaltfläche „Öffnen“ im Explorerfenster eingefügt werden. Die Schaltfläche „Hochladen“ löst dann das Hochladen auf den Server aus.



**Abbildung 3: Menü "Datei mit Kostendaten hochladen" in ACP Web KT**

### **Passwort**

An das Passwort für die Benutzer werden folgende Anforderungen gestellt:

- Das Passwort muss mindestens 8 Zeichen haben
- Es muss aus mindestens einem Buchstaben und einer Zahl bestehen
- Die Benutzer werden spätestens nach 90 Tagen aufgefordert, das Passwort zu erneuern
- Wird das Passwort erneuert, darf keines der 5 vorhergehenden Passwörter verwendet werden

### **Verbleibende Risiken**

Neben den bereits angeführten Angriffspunkten ergeben sich weitere Risiken durch Angriffe auf die technische, organisatorische und personelle Infrastruktur.

Für die vorgeschlagene Architektur ergeben sich in zwei Bereichen spezielle Risiken, die durch geeignete organisatorische Maßnahmen entschärft werden müssen.

### **Korrumpierung des Webservers**

Wenn es einem Angreifer gelingt, den Webserver zu korrumpieren, besteht die Gefahr, dass er damit auch Zugriff auf die sensiblen Daten erlangen kann. Dieses Problem besteht bei jedem Webserver. Bei fachgerechter Administration, Verwendung von Schutzprogrammen und zeitnaher Installation von sicherheitsrelevanten Updates ist diese Bedrohung in der Praxis beherrschbar.

### **Phishing**

Diese insbesondere aus dem Internet-/Home-Banking bekannte Angriffsart versucht, durch gefälschte elektronische Nachrichten u. ä. Zugriff auf private Daten zu erlangen. Wesentliches Merkmal dabei ist, dass für einen Erfolg die (gutgläubige) Mitwirkung eines Client-Benutzers notwendig ist. Daraus ergibt sich dann auch die wichtigste Abwehrstrategie, die darin besteht, alle potentiellen Anwender regelmäßig auf diese Gefahr hinzuweisen und dafür zu sorgen, dass die Webanwendung nie über einen per E-Mail erhaltenen Link gestartet wird.

## Zusammenfassung

Die vorgeschlagene Sicherheitsarchitektur gewährleistet unter den Bedingungen einer zentral gehosteten Webanwendung die Einhaltung der Bestimmungen zum Umgang mit personenbezogenen Daten.

Es wird sichergestellt, dass

- kein unautorisierter Zugriff auf die Anwendung möglich ist
- jeder Nutzer nur die personenidentifizierenden Daten sehen kann, für die er über den zugehörigen Schlüssel verfügt
- kein Abhören / Verändern der Datenströme durch das Internet möglich ist
- keine unverschlüsselten, personenidentifizierenden Daten dauerhaft gespeichert (persistiert) werden
- möglicherweise erfolgreiche Angriffe eine erhebliche kriminelle Energie voraussetzen bzw. nur bei physischem Zugriff auf die beteiligten Computer möglich sind
- bei einem Diebstahl von Datenträgern (z.B. der Sicherungskopien der Datenbank) kein Lesen der sensiblen Daten möglich ist, da diese verschlüsselt sind

Unter Einbeziehung geeigneter organisatorischer Maßnahmen (Einweisung der Nutzer, entsprechende Vertragsgestaltung mit dem Hosting-Dienstleister) ist auf dieser Basis ein insgesamt sicherer Betrieb der Anwendung möglich.