

10. Nachtrag

**zum Datenstellenvertrag vom 01. Juli 2008 zur Durchführung der Disease-Management-
Programme in Hamburg**

zwischen

der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

**dem BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**

der IKK classic,

zugleich handelnd für die Innungskrankenkassen, die dieser Vereinbarung beigetreten sind,

der KNAPPSCHAFT

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **BARMER**
- **DAK-Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse – KKH**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**
- **HEK – Hanseatische Krankenkasse**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg**

der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)

(Auftraggeber)

und

**der Firma DAVASO GmbH,
Sommerfelder Straße 120, 04316 Leipzig
(Datenstelle)**

Mit Wirkung ab 01.10.2018 wird der o.g. Vertrag wie folgt geändert:

1. Anlage 1 „Aufgabenbeschreibung für die Datenstelle“

Die Anlage „Aufgabenbeschreibung für die Datenstelle“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

2. Anlage 10 „Musterschreiben an DMP-Ärzte“

Die Anlage „Musterschreiben an DMP-Ärzte“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

Hamburg, den 26.09.2018

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg*

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse*

.....
BKK-Landesverband NORDWEST*
Zugleich für die SVLFG als LKK

.....
IKK classic*

.....
KNAPPSCHAFT*
Regionaldirektion Nord, Hamburg

.....
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)*
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

.....
DAVASO GmbH

*Gleichmaßen handelnd als Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung

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	7
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	8
2.4.3	Anforderung unvollständiger TE/EWE	8
2.4.4	Weiterleitung der TE/EWE	8
2.4.5	Verarbeitung von nicht vertraglich vereinbarten TE/EWE	8
2.4.6	Elektronische Archivierung der TE/EWE	9
3	Leistungen im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentationen (ED und FD)	9
3.1	Annahme der Dokumentationen	10
3.2	Archivierung der Dokumentationen	11
3.2.1	Archivierung bei belegloser Dokumentation	12
3.2.2	Archivierung bei beleghafter Dokumentation	13
3.3	Prüfung der Berechtigung des Arztes zur Erstellung von Dokumentationen	13
3.4	In Vertretung erstellte Dokumentation	14
3.5	Prüfung der Dokumentationen auf Einhaltung der Frist	14
3.6	Prüfung der Dokumentationen auf Mehrfachdokumentationen	15
3.7	Zwischenspeicherung der Dokumentationen	15
3.8	Pseudonymisierung der Datensätze	16
3.9	Prüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität	16
3.10	Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible Dokumentationen	17
3.11	Weiterleitung der Dokumentationen	19
4	Fallführung und Rückmeldeverfahren	19
4.1	Zweckgebundenheit des DMP-Falles	19
4.2	Generierung und Pflege des DMP-Falles	19
4.3	Definition und Speicherung des DMP-Falles	20
4.4	Meldungen der Krankenkassen	21
4.4.1	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kostenträgerkennung	21

4.4.2	Meldung der Krankenkasse bei Beendigung, Stornierung oder Reaktivierung von DMP-Einschreibungen	22
4.4.3	Beendigung von DMP-Fallverläufen durch die Datenstelle	22
5	Weiterleitung der Daten	23
5.1	Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse	23
5.2	Weiterleitung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung bzw. KVH	24
5.2.1	Erstellen des Arzt-Reminders	24
5.2.2	Datenweitergabe an den externen Evaluator	24
5.3	Testdatenlieferungen	25
5.4	Besonderheiten BKK'n	25
5.5	Besonderheiten IKK'n	26
6	Leistungen bei Prüfungen gem. § 42 RSAV	27
6.1	Anforderung der zur Durchführung der Prüfung nach § 42 RSAV relevanten Unterlagen	27
6.2	Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen	27
6.3	Definition der vorzulegenden Unterlagen	27
6.4	Sortierfolge der Unterlagen	28
6.5	Versand der vorzulegenden Unterlagen	28
6.6	Verschlüsselung von Daten	29
6.7	Lieferschein	29
6.8	Nachforderung von Prüfunterlagen	30
7	Informationen an die Auftraggeber	30
7.1	Online-Recherche	30
7.2	Statusdatensatz	31
7.3	Verbandsstatistik	31
7.4	Information an den koordinierenden Arzt	31
7.5	Abrechnungsstatistiken	32
7.5.1	Vergütungsdatei für die Kassenärztliche Vereinigung	32
7.5.2	Rechnungsbegründende Unterlagen für die Krankenkassen	32

Hinweis

Die in dieser Aufgabenbeschreibung genannten Anlagen bezeichnen die Anlagen zum Datenstellenvertrag.

1 Einleitung

Der koordinierende Arzt erstellt für die Einschreibung von Versicherten eine TE/EWE sowie eine Erstdokumentation (auch erstmalige Dokumentation genannt) und bestätigt die Diagnose. Im weiteren Verlauf der DMP-Teilnahme erstellt er ausschließlich Folgedokumentationen (auch Verlaufsdokumentationen genannt). Bei der Diagnose Brustkrebs besteht die Besonderheit, dass nach einer präoperativen Erstdokumentation eine ergänzende postoperative Erstdokumentation erstellt werden kann. Die TE/EWE und die Dokumentationen leitet er an die Datenstelle weiter.

Die Datenstelle nimmt die TE/EWE an und leitet diese 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.

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.

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

Der koordinierende Arzt sendet die vom Arzt und Versicherten (oder dessen gesetzlichen Vertreter) unterschriebene TE/EWE im Original (in Papierform, dazu zählt auch ein Ausdruck der TE/EWE aus der PVS) oder per Telefax an die Datenstelle. Sind auf dem Telefax technisch keine Übermittlungsdaten eingefügt worden, muss das Fax als solches gekennzeichnet und mit einem Eingangsvermerk versehen werden. Auf einem PC empfangene Faxe (Fax-Server) werden anerkannt, wenn sie qualifiziert elektronisch signiert sind oder mit den oben genannten Daten als Ausdruck vorliegen. Der PVS-Ausdruck sollte einen Formularschlüssel enthalten. Weist die ausgedruckte TE/EWE keinen Formularschlüssel auf, erfolgt eine Sichtprüfung, ob die TE/EWE den derzeit gültigen Vordrucken entspricht (z.B. eine Versichertenunterschrift usw. enthält). Wenn die TE/EWE der aktuell gültigen entspricht, erfolgt eine Verarbeitung analog des normalen Vordrucks. Ist die ausgedruckte TE/EWE offensichtlich fehlerhaft, ist diese zurückzuweisen.

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. Punkt 2.2) auf der Vorderseite eindeutig mit einem Barcode gekennzeichnet. Alle bei der Datenstelle eingegangenen und eingescannten TE/EWE werden elektronisch als Datensätze erfasst. Für jede TE/EWE werden folgende Felder erfasst:

- Kopfdaten
 - Kostenträgerkennung
 - Lebenslange Arztnummer (LANR)
 - Betriebsstättennummer (BSNR)
 - Krankenversicherthenummer
 - Kopfdatum
 - Diagnose
 - Name des Versicherten
 - Vorname des Versicherten
 - Geburtsdatum des Versicherten
 - Status des Versicherten
- Unterschriftsdatum TE/EWE Versicherter
- Unterschrift TE/EWE Versicherter vorhanden (J/N)
- Unterschriftsdatum Arzt
- Unterschrift Arzt vorhanden (J/N)
- Formularschlüssel

Das Vorhandensein eines Arztstempels ist nicht erforderlich, sofern die LANR und die BSNR in den Kopfdaten eindeutig erkennbar sind. Die LANR und die BSNR können auch vom Arztstempel übernommen werden, wenn diese nicht in den Kopfdaten enthalten sind.

Bei Nichtvorhandensein des Unterschriftsdatums vom Arzt und / oder vom Versicherten ist ersatzweise das Posteingangsdatum bei der Datenstelle maßgeblich.

Bei mehreren angekreuzten Diagnosen auf der TE/EWE ist für jede Diagnose ein gesonderter Datensatz mit Bezug zum Urbeleg anzulegen.

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. Die Prüfung erfolgt gemäß den in der Anlage 11 des Datenstellenvertrages (Prüfkatalog für Teilnahme- und Einwilligungserklärungen) beschriebenen Regeln.

2.4.3 Anforderung unvollständiger TE/EWE

Die unvollständigen oder fehlenden Angaben auf den TE/EWE werden bei den koordinierenden Ärzten gemäß Punkt 3.10 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 Korrekturbögen der TE/EWE im Original an das DMP-Datenzentrum bzw. die jeweiligen Krankenkassen übermittelt.

2.4.5 Verarbeitung von nicht vertraglich vereinbarten TE/EWE

Für die TE/EWE sind nur Formulare gemäß Anlage 3 des Datenstellenvertrages zugelassen.

Sofern die koordinierenden Ärzte TE/EWE übermitteln, welche nicht zulässig sind, werden diese dennoch von der Datenstelle verarbeitet und an die Krankenkassen mit dem Statushinweis „nicht plausibel“ weitergeleitet.

Die Ärzte werden im Rahmen des Korrekturverfahrens mittels eines Textbausteins sowie der Visualisierung der entsprechenden Belege (gekennzeichnete Images) auf die Verwendung ungültiger Vordrucke hingewiesen und zur Neuausstellung aufgefordert.

2.4.6 Elektronische Archivierung der TE/EWE

Alle bei der Datenstelle für TE/EWE erfassten Datensätze und erstellten Images werden elektronisch archiviert. Für die Archivierung gilt, dass

- für die Vertragsregion Hamburg ein von den übrigen Vertragsregionen getrenntes Archiv angelegt wird;
- nur befugte Personen der Datenstelle Zugriff auf die archivierten Datensätze und Images haben;
- die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten gemäß Anlage 5 zu beachten sind;
- die Datensätze und Images für 15 Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, zu archivieren sind;
- die eingesetzten Archivierungstechnologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit/Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen;
- nach Ablauf von 15 Jahren, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, die archivierten Datensätze und Images unverzüglich zu löschen sind, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten;
- die Datenstelle ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, welches sie mit den Auftraggebern abstimmt.

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

Die Dokumentationen werden in belegloser Form (eDMP) bei der Datenstelle eingereicht.

Beim eDMP erfasst der koordinierende Arzt die Dokumentationen in seiner Praxis (Ort der Leistungserbringung). Die erfassten Dokumentationen werden in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst, verschlüsselt und an die Datenstelle übermittelt. Die Übermittlungsdatei wird auf Datenträgern (CD-ROM, Diskette, DVD) oder elektronisch (KV-Portal, DMPonline, KV Connect¹) an die Datenstelle übersandt. Eine Übermittlung per Datenträger ist nur bis zum 31.12.2018 zulässig. Die von der Arztpraxis als Datensatz an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen müssen der zwischen den Kassenorganisationen auf Bundesebene und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmten Schnittstellenbeschreibung in der jeweils beauftragten Fassung entsprechen. Die Datenstelle wird über neue oder angepasste Schnittstellenbeschreibungen von den Auftraggebern rechtzeitig informiert.

Sofern bei der Datenstelle belegte Dokumentationen oder nach dem 31.12.2018 solche, die per Datenträger (CD-ROM, Diskette, DVD) übermittelt wurden, eingehen, wird der koordinierende Arzt über die Ungültigkeit informiert und aufgefordert, die Dokumentationsübermittlung erneut elektronisch durchzuführen.

3.1 Annahme der Dokumentationen

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

Sofern Dokumentationen auf Datenträgern (nur bis 31.12.2018 zulässig) 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 in Bezug auf die Arztsoftware ist,

¹ In der Übergangsphase bis zur Realisierung der Telematik-Infrastruktur durch die gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH können am DMP teilnehmende Ärzte in Hamburg auch dieses DFÜ-Verfahren nutzen.

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 Dokumentation betroffen ist, wird der Arzt telefonisch gebeten, diese 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, KV-Connect) 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.

3.2 Archivierung der Dokumentationen

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

- alle eingegangenen Belege (Dokumentationen, Korrekturen von Dokumentationen, eDMP-Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben 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 gemäß Anlage 5 zu beachten sind;
- die eingegangenen Dokumentationen, alle eingegangenen Kopien mit Datenkorrekturen/-ergänzungen sowie alle dazugehörigen eDMP-Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben und von der Datenstelle erzeugten Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben (in Dateiform) physisch für 15 Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, zu archivieren sind;

- die Belege, Images bzw. Datensätze so zu archivieren sind, dass sie jederzeit und innerhalb von 4 Wochen für Prüfzwecke durch die Prüfdienste der Krankenversicherung der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können
- die Datenstelle gewährleistet, dass die jeweiligen Prüfdienste der Krankenversicherung die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Prüfdienste der Krankenversicherung eine Prüfung der archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, gewährleistet die Datenstelle, dass ausschließlich die mit der Prüfung beauftragten Mitarbeiter der Prüfdienste der Krankenversicherung die entsprechenden Unterlagen erhalten. Diese Mitarbeiter werden der Datenstelle rechtzeitig vom Auftraggeber bzw. von den Prüfdiensten der Krankenversicherung benannt;
- die eingesetzten Archivierungstechnologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit/Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen;
- nach Ablauf von 15 Jahren, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, die archivierten Belege, Images bzw. Datensätze unverzüglich zu vernichten bzw. zu löschen sind; spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten nach Beauftragung;
- 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 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 bis zum 31.12.2018 übermittelten Datenträger (Diskette, CD-ROM, DVD) werden nach erfolgreicher Datenzuordnung 6 Jahre aufbewahrt und im Anschluss vernichtet;
- die nach dem 31.12.2018 unzulässig übermittelten Datenträger (Diskette, CD-ROM, DVD) 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 Dokumentationen

Die Datenstelle führt die von der KVH übermittelten Informationen zur Berechtigung der Ärzte zur Erstellung von 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 LANR und BSNR nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz historisiert die Datenstelle die Zuordnung zwischen koordinierendem Arzt und Betriebsstätte sowie der Berechtigung, 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 LANR und BSNR nicht in der aktuellen Arztliste enthalten oder sie laut aktueller Arztliste nicht mehr gültig ist, wird die KVH per E-Mail informiert. Wird erst nach Erstellung der Dokumentation, jedoch noch innerhalb der geltenden Frist (vgl. Punkt 3.5) die Teilnahme des koordinierenden Arztes am DMP erklärt, ist die Dokumentation als gültig zu bewerten. Bei negativem Prüfergebnis wird hierüber die KVH informiert. Sofern die KVH die Berechtigung zur Dokumentationserstellung bis zum Ende der Frist bestätigt, wird die Dokumentation weiterverarbeitet.

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.

Endet die Teilnahme eines koordinierenden Arztes, werden die während seiner Teilnahme erstellten und fristgemäß (vgl. Punkt 3.5) bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationen von der Datenstelle angenommen.

3.4 In Vertretung erstellte Dokumentation

Die Datenstelle prüft bei jeder eingehenden Dokumentation, ob das Kennzeichen „Dokumentation in Vertretung“ auf der Dokumentation vorhanden ist. Ist die Dokumentation von einem vertretenden Arzt erstellt worden, so wird die Dokumentation verarbeitet, sofern der vertretende Arzt am DMP teilnimmt.

3.5 Prüfung der Dokumentationen auf Einhaltung der Frist

Jede in der Datenstelle eingegangene Dokumentation wird auf Einhaltung der 52-Tage-Frist (10 Tage + 6 Wochen) geprüft. Die Frist beginnt nach Ablauf der Dokumentationszeitraums. Fällt das Ende der Frist auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag, endet die Frist mit dem folgenden Werktag. Maßgeblich für diese Prüfung ist das Posteingangsdatum der Datenstelle. Soweit Dokumentationen vom Arzt irrtümlich einer falschen Datenstelle zugesandt worden sind, ist es ausreichend, dass die Dokumentationen innerhalb der Frist bei der unzuständigen Datenstelle eingehen.

Dokumentationen müssen innerhalb der Frist vollständig und plausibel der Datenstelle vorliegen.

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.

Liegt das Posteingangsdatum außerhalb der Frist, wird die Dokumentation als „verfristet“ gekennzeichnet. Ist eine Dokumentation unvollständig und/oder unplausibel, führt die Datenstelle das Korrekturverfahren bis zum Ende der Frist durch. Nach Ablauf der Frist werden Dokumentationen mit unvollständigem und/oder unplausiblem 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. Punkt 7.4),
- die jeweilige Krankenkasse wird durch den Statusdatensatz über die Verfristung der Dokumentation informiert (vgl. Punkt 7.2).

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

3.6 Prüfung der Dokumentationen auf Mehrfachdokumentationen

Die Datenstelle prüft, ob eine eingegangene Dokumentation eine Mehrfachdokumentation ist. Eine Mehrfachdokumentation liegt vor, wenn eine Dokumentation eingeht, für die im selben Quartal bereits eine vollständige und plausible Dokumentation gleichen Typs vom selben Arzt bzw. der gleichen Betriebsstätte für denselben Versicherten und für dieselbe Diagnose vorliegt.

Sofern innerhalb eines Quartals vollständige und plausible Erst- und Folgedokumentationen wiederholt vom selben Arzt bzw. der gleichen Betriebsstätte für das gleiche DMP für einen Versicherten eingehen, sind diese Mehrfachdokumentationen von der Datenstelle nicht weiterzuverarbeiten und nicht dem gebildeten DMP-Fall zuzuordnen. Dies gilt auch, wenn die Mehrfachdokumentationen mit einem Korrekturkennzeichen gekennzeichnet sind und/oder ein abweichendes Ausstellungsdatum aufweisen.

Abweichend hiervon führt die Datenstelle bei der Diagnose Brustkrebs die Prüfung auf Mehrfachdokumentationen bei Folgedokumentationen nicht durch.

3.7 Zwischenspeicherung der Dokumentationen

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 KVH bestimmten Datensätze mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug (vgl. Punkt 3.8) 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.

3.8 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 Krankenversicherternummer zum Pseudonym eindeutig ist und ein Pseudonym nicht unterschiedlichen Versicherten zugeordnet wird.

Zur Pseudonymisierung ist das von den Kassenorganisationen auf Bundesebene entwickelte Pseudonymisierungsverfahren anzuwenden. Dieses sieht insbesondere vor, dass

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

Die Datenstelle stellt durch geeignete Zuordnungstabellen sicher, dass eine Krankenversicherternummer ausschließlich einmal pseudonymisiert und einem Versicherten genau ein Pseudonym zugeordnet wird. Bei Änderungen der Kostenträgerkennung ohne Wechsel der Krankenkasse, bleibt das ursprünglich vergebene Pseudonym für den Versicherten erhalten.

3.9 Prüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität

Alle erfassten Dokumentationen werden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Die Prüfung erfolgt auf Basis der von den Kassenorganisationen auf Bundesebene erstellten Plausibilitätsrichtlinien in der jeweils beauftragten Fassung. Die jeweils beauftragten Richtlinien werden der Datenstelle von den Auftraggebern (Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP) rechtzeitig zur Verfügung gestellt.

3.10 Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible Dokumentationen

Für fristgerecht eingereichte unvollständige und/oder unplausible Dokumentationen bzw. TE/EWE fordert die Datenstelle die entsprechenden Daten beim koordinierenden Arzt an. Soweit es sich hierbei um einen Vertretungsarzt handelt, werden die Daten beim Vertretungsarzt angefordert.

Soweit der koordinierende Arzt Nachfragen hat, leistet die Datenstelle Unterstützung bei der Fehlerkorrektur. Die Datenstelle stellt sicher, dass eine persönlich besetzte Hotline in der Zeit von 8:00 Uhr bis 18:30 Uhr an Arbeitstagen erreichbar ist. Daneben stehen den koordinierenden Ärzten die Kontaktwege Fax und E-Mail zur Verfügung.

Korrekturen von Dokumentationen können über vier mögliche Verfahren erfolgen:

1. die beleghafte Korrektur des Datensatzes vom koordinierenden Arzt auf einem, von der Datenstelle zur Verfügung gestellten Ausdruck und dessen Rücksendung an die Datenstelle
2. die erneute Übermittlung der korrigierten Version des einzelnen unvollständigen und/oder unplausiblen Datensatzes vom koordinierenden Arzt an die Datenstelle
3. die Übermittlung der korrigierten Version des einzelnen unvollständigen und/oder unplausiblen Datensatzes mit einem entsprechenden Korrekturkennzeichen vom koordinierenden Arzt an die Datenstelle
4. die erneute Übermittlung der gesamten Datenlieferung, welche unvollständige und/oder unplausible Datensätze enthalten hatte, vom koordinierenden Arzt an die Datenstelle

Die Datenstelle fordert den koordinierenden Arzt innerhalb von 10 Werktagen nach Eingang eines unvollständigen und/oder unplausiblen Dokumentationsdatensatzes mittels eines von den Auftraggebern zur Verfügung gestellten Musterbriefes zur Korrektur auf. Dabei werden dem koordinierenden Arzt die vorliegenden Dokumentationsdaten auf einem Ausdruck als Korrekturbogen unter Angabe der Korrekturhinweise zur beleghaften Korrektur zur Verfügung gestellt.

Die Datenstelle fordert den koordinierenden Arzt ebenfalls zur Korrektur eines Dokumentationsdatensatzes auf, wenn dieser innerhalb des angegebenen Status des Versicherten das Kennzeichen für Asylbewerber aufweist.

An ausstehende Korrekturen des koordinierenden Arztes wird bis zum Ablauf der Frist aller 10 Werktage mittels eines von den Auftraggebern zur Verfügung gestellten Musterbriefes

erinnert. Auf Anforderung des koordinierenden Arztes ist die Versendung des Bogens zur beleghaften Korrektur von der Datenstelle zu wiederholen.

Die Verarbeitung der eingegangenen Korrekturbögen erfolgt grundsätzlich analog der Verarbeitung von Originaldokumenten (Entgegennahme, Posteingangskennzeichnung, Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität, Scannen, Archivierung) durch die Datenstelle. Bei Eingang der beleghaften Korrektur wird insbesondere geprüft, ob der Bogen mit Korrekturdatum des koordinierenden Arztes versehen worden ist. Bei Nichtvorhandensein wird ersatzweise das Posteingangsdatum bei der Datenstelle als Korrekturdatum in die Datenbank übernommen. Soweit für den Versicherten vom koordinierenden Arzt eine plausible Dokumentation (ggf. auch mit einem anderen Erstellungsdatum innerhalb desselben Dokumentationszeitraumes) 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, sofern die Originaldokumentation bisher nicht vollständig und plausibel ist. Anderenfalls erfolgt keine Weiterverarbeitung einer elektronischen Dokumentation mit Korrekturkennzeichen durch die Datenstelle.

Übermittelt der koordinierende Arzt eine elektronische Dokumentation unter Angabe des Korrekturkennzeichens und liegt keine zuordenbare Originaldokumentation vor, wird die Dokumentation ohne Beachtung des Korrekturkennzeichens durch die Datenstelle weiterverarbeitet.

Sofern der koordinierende Arzt eine elektronische Dokumentation unter Angabe eines Korrekturkennzeichens übermitteln möchte, obwohl der Datenstelle bereits eine zuordenbare Originaldokumentation im plausiblen Status vorliegt, muss der koordinierende Arzt vor Übermittlung der Dokumentation die Datenstelle über die beabsichtigte Korrekturlieferung telefonisch informieren. Anderenfalls erfolgt keine Aktualisierung der Dokumentationsparameter durch die Datenstelle. Übermittelt der koordinierende Arzt trotz Ankündigung keine weitere plausible Dokumentation bis zum Ende der Frist (vgl. Punkt 3.5), wird die zuerst übermittelte plausible Dokumentation für die weitere Verarbeitung berücksichtigt.

Für unvollständige und/oder unplausible TE/EWE führt die Datenstelle das beleghafte Korrekturverfahren mit dem koordinierenden Arzt bis zu acht Mal wie beschrieben durch. Als Korrekturbogen kommt hierbei allerdings ein Imageausdruck der eingereichten TE/EWE zur Anwendung.

3.11 Weiterleitung der Dokumentationen

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

4 Fallführung und Rückmeldeverfahren

Nachfolgend werden die Aufgaben der Datenstelle im Zusammenhang mit der Generierung und Pflege eines DMP-Falles für den Versicherten einer Krankenkasse sowie die Umsetzung des Rückmeldeverfahrens beschrieben.

4.1 Zweckgebundenheit des DMP-Falles

Der gebildete DMP-Fall 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 § 42 RSAV relevanten Unterlagen. Gleichzeitig soll durch den DMP-Fall und das Rückmeldeverfahren ein valides Reminding ermöglicht werden.

4.2 Generierung und Pflege des DMP-Falles

Ausgehend von jeder Erstdokumentation für einen Versicherten und teilnehmender Krankenkasse je DMP bildet die Datenstelle einen DMP-Fall. Diesem DMP-Fall werden alle nachfolgenden Folgedokumentationen für das gleiche DMP zugeordnet. 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. Punkt 4.4.2).

Zudem hat die Datenstelle sicherzustellen, dass eine im selben Dokumentationszeitraum erstellte Folgedokumentation ebenfalls verarbeitet wird.

Ein Fallverlauf bestimmt sich grundsätzlich nach der LANR in Kombination mit der BSNR. Abweichend hiervon bestimmt sich der DMP-Fall bis zum Eingang der nächsten Dokumentation wenn

- der dokumentierende Arzt das Kennzeichen“ Dokumentation in Vertretung“ gesetzt hat; in diesem Fall wird keine Änderung am DMP-Fallverlauf vorgenommen; oder
- die Krankenkasse einen abweichenden DMP-Fallverlauf gemeldet hat.

Gehen bei der Datenstelle für einen Versicherten für dasselbe DMP im Fallverlauf vom selben koordinierenden Arzt bzw. von derselben Betriebsstätte (gleichfalls nach Arztwechsel mittels Folgedokumentation vom aktuell koordinierenden Arzt bzw. dessen Betriebsstätte) Erstdokumentationen ein, werden diese nur weiterverarbeitet und dem DMP-Fall zugeordnet, wenn zuvor zwei Folgedokumentationen gefehlt haben (vgl. Punkt 4.4.3) oder eine Ausschreibungsmittelteilung der Krankenkasse vorgelegen hat. In allen anderen Fällen werden die Erstdokumentationen im laufenden DMP-Fall von der Datenstelle nicht weiterverarbeitet, jedoch gespeichert. Die Krankenkasse hat im Einzelfall die Möglichkeit, eine betreffende Erstdokumentation zu reaktivieren (mit allen Folgeprozessen). Die koordinierenden Ärzte werden über die nicht weiter verarbeiteten Erstdokumentationen informiert.

Bei der Diagnose Brustkrebs besteht die Besonderheit, dass nach einer präoperativen Erstdokumentation eine ergänzende postoperative Erstdokumentation in einem DMP-Fall vom gleichen oder von einem anderen koordinierenden Arzt erstellt werden kann. Die Datenstelle hat diese postoperative Erstdokumentation ebenfalls zu verarbeiten und dem gebildeten DMP-Fall zuzuordnen. Für den weiteren Fallverlauf ist eine postoperative Erstdokumentation nicht von Bedeutung, wenn bereits eine präoperative Erstdokumentation vorliegt. Sie kann auch eine erforderliche Folgedokumentation nicht ersetzen.

Gehen für einen Dokumentationszeitraum vollständige und plausible Folgedokumentationen von mehreren Ärzten bzw. Betriebsstätten für das gleiche DMP für einen Versicherten ein, sind diese Dokumentationen alle zu verarbeiten und dem gebildeten DMP-Fall zuzuordnen.

4.3 Definition und Speicherung des DMP-Falles

Die Datenstelle gewährleistet, dass der gebildete DMP-Fall folgende Informationen umfasst:

- Angabe zur Diagnose;
- LANR der Erstdokumentation;
- BSNR der Erstdokumentation;
- ggf. Krankenhaus-IK der Erstdokumentation;
- Krankenversicherungsnummer (alphanumerisch);
- Name des Versicherten;
- Vorname des Versicherten;

- Geburtsdatum des Versicherten;
- Kostenträgerkennung von der elektronischen Gesundheitskarte,;
- Haupt-Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse, das die Datenstelle dem von den Auftraggebern übermittelten Kassenverzeichnis entnimmt;
- Versichertenpseudonym.

Die Datenstelle gewährleistet, dass Versicherte, die nicht über die Krankenversicherungsnummer eindeutig einem Fallverlauf zugeordnet werden können, über Name und Geburtsdatum identifiziert werden können.

Ebenso ist nicht auszuschließen, dass mehrere unterschiedliche Kostenträgerkennungen von ein und derselben Krankenkasse durch Leistungserbringer oder 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 pflegt die DMP-Fälle unter dem Aspekt, dass die Krankenkassen ihre Änderungen zum DMP-Fall über die abgestimmten Verfahren melden.

Die Meldungen werden fall- oder dokumentationsbezogen übermittelt. Die Datenstelle verarbeitet die Meldungen der Krankenkassen innerhalb von 5 Arbeitstagen.

4.4.1 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kostenträgerkennung

Sachverhalt

Die Krankenkasse stellt fest, dass sich die Kostenträgerkennung für aktuelle bzw. ehemalige DMP-Teilnehmer geändert hat.

Meldung der Krankenkasse

Die Meldung der Krankenkasse besteht aus folgenden Inhalten:

- Datenstellen-Institutionskennzeichen

- KV-Bereich
- Kostenträgerkennung alt
- Kostenträgerkennung neu
- Kostenträgerkennung neu gültig ab

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt die gemeldete neue Kostenträgerkennung 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 § 42 RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

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

Die Krankenkassen informieren die Datenstelle regelmäßig über fall- oder dokumentationsbezogene 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,
- Stornierung einer Dokumentation (keine Zuordnung zu einem Versicherten bei der Krankenkasse möglich, Löschung im Bestand der Krankenkasse)

Soweit die Krankenkasse das Ende oder die Stornierung einer DMP-Teilnahme meldet, beendet die Datenstelle in diesen Fällen ihren DMP-Fall 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 Frist (vgl. Punkt 3.5) wieder aufgenommen.

4.4.3 Beendigung von DMP-Fallverläufen durch die Datenstelle

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 Dokumentationszeiträume ermittelt.
- Liegt nach Ablauf der Frist (vgl. Punkt 3.5) für den zweiten Dokumentationszeitraum keine Folgedokumentation für einen der beiden Dokumentationszeiträume vor, ist der Fallverlauf für Reminderaktivitäten durch die Datenstelle nicht mehr zu berücksichtigen.

Bei der Diagnose Brustkrebs hat eine Fallbeendigung durch die Datenstelle nur bei Vorlage einer Ausschreibungsmitteilung der Krankenkasse zu erfolgen.

5 Weiterleitung der Daten

5.1 Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse

Eingehende Dokumentationen sind innerhalb von 8 Arbeitstagen abschließend zu bearbeiten. Vollständige, plausible und fristgerechte Dokumentationen sind für die Datenübermittlung an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen bereitzustellen. Die zur Übermittlung bereitgestellten 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 3.7) 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 Dokumentationen, die in diesem Quartal eingehen müssen, informiert wird. Die Datenstelle berücksichtigt bei der Diagnose Brustkrebs die Vorgaben zu den Dokumentationsintervallen nach Anlage 3 Ziffer 1.5 DMP-A-RL beim Folgedokumentationsservice.

Nach seiner Erstellung wird der Arzt-Reminder an den entsprechenden Arzt verschickt. Der jeweiligen Gemeinsamen Einrichtung wird quartalsbezogen eine arztbezogene Übersicht der versendeten Reminder 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 offenzulegen, 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, Kostenträgerkennung, Krankenversicherungsnummer; Versichertenpseudonym.

Einzelheiten zur Datenübermittlung (Zeitpunkt, Format usw.) werden zwischen den Kassenorganisationen auf Bundesebene oder von den von ihnen beauftragten Dritten und dem Evaluator abgestimmt. Die Datenstelle wird von den betreffenden Auftraggebern über die Anschrift des Evaluators sowie Einzelheiten zur Datenübermittlung gesondert informiert. Die Datenlieferung erfolgt entsprechend der jeweils beauftragten Datensatzbeschreibung.

5.3 Testdatenlieferungen

Bei Änderungen der Datenformate, neuen Diagnosen, Umstellung interner Prozesse der Auftraggeber oder der Datenstelle, die Auswirkungen auf die Datenlieferungen haben könnten, 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 NORDWEST ihren Beitritt erklärt hat.

Der BKK-Landesverband NORDWEST stellt regelmäßig der Datenstelle eine Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen, welche diese Vereinbarung anerkannt haben, zur Verfügung mit der Information, an welche Adresse die TE/EWE, 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 der Datenstelle 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 classic 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 classic.

Die IKK classic stellt regelmäßig der Datenstelle eine Liste der teilnehmenden Innungskrankenkassen, welche diese Vereinbarung anerkannt haben, zur Verfügung mit der Information, an welche Adresse die TE/EWE, Dokumentationen sowie die Rechnungen übersandt werden müssen.

Sofern nichts Abweichendes von der IKK classic mitgeteilt wurde, sind die Daten und TE/EWE sowie Rechnungen der außerhamburgischen Innungskrankenkassen direkt an die Clearingstelle bzw. zukünftig an die jeweilige IKK zu senden.

Sollten Innungskrankenkassen die IKK classic 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 strukturierten Behandlungsprogramme bevollmächtigt haben oder den Antrag selbst stellen oder gegenüber der IKK classic keinen Beitritt zum Datenstellenvertrag erklärt haben, gilt abweichend, dass diese Kassen in der Liste besonders kenntlich gemacht werden und sich mit der Datenstelle 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. § 42 RSAV

Nachfolgend werden die Aufgaben der Datenstelle zur Vorbereitung der Prüfung nach § 42 RSAV beschrieben. Es gelten die jeweils aktuellen Vorgaben der Prüfbehörden des Bundes und/oder der Länder sowie die Beauftragung der Auftraggeber.

6.1 Anforderung der zur Durchführung der Prüfung nach § 42 RSAV relevanten Unterlagen

Die Prüfdienste der Krankenversicherung informieren jede Krankenkasse separat und zu unterschiedlichen Zeitpunkten über die in das Prüfverfahren einzubeziehenden Versicherten anhand der Krankenversicherungsnummer und unter Angabe der zu prüfenden Jahre (Ausgleichsjahre).

Die Krankenkassen fordern die zur Durchführung der Prüfung nach § 42 RSAV relevanten Unterlagen mit einer angemessenen Bearbeitungsfrist von mindestens 2 Wochen vor dem von den Krankenkassen bestimmten Liefertermin bei der Datenstelle in Form von Datensätzen an. Dazu wird das von den Kassenorganisationen auf Bundesebene vereinbarte Datenformat in der jeweils beauftragten Fassung verwendet.

6.2 Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen

Das zu prüfende Ausgleichsjahr ergibt sich aus der Festlegung der Prüfdienste der Krankenversicherung. Für die Prüfung sind jeweils Unterlagen des zu prüfenden Ausgleichsjahres, des diesem vorangegangenen und des diesem nachfolgenden Kalenderjahres vorzulegen.

6.3 Definition der vorzulegenden Unterlagen

Sofern durch die Prüfdienste der Krankenversicherung nichts anderes bestimmt ist, sind folgende Unterlagen den Prüfdiensten der Krankenversicherung je in das Prüfverfahren einbezogenen Versicherten vorzulegen:

- Erstdokumentationen als visualisierte Dokumentationsdatensätze in Form von Images in vom jeweiligen Prüfdienst abgestimmten eigenentwickelten Formularen oder als mit dem XML-Reader der KBV erzeugten HTML-Dateien;

- Folgedokumentationen als visualisierte Dokumentationsdatensätze in Form von Images vom jeweiligen Prüfdienst abgestimmten in eigenentwickelten Formularen oder als mit dem XML-Reader der KBV erzeugten HTML-Dateien;
- sämtliche Korrekturbelege für alle einbezogenen Erstdokumentationen und Folgedokumentationen als Originale oder als Images mit einer qualifizierten elektronischen Signatur (Sollte im Einzelfall auf dem letzten Korrekturbeleg der gesamte Korrekturverlauf nachvollziehbar sein, ist dieser Korrekturbeleg ausreichend.).

Images werden auf einer CD-ROM oder per elektronischer Übermittlung (FTP-Server) nach Vorgaben des jeweiligen Prüfdienstes grundsätzlich in schwarz-weiß bereitgestellt. Dabei ist darauf zu achten, dass die bildliche Wiedergabe mit den Originalunterlagen übereinstimmt. Images, bei denen die Felder des Vordruckes ausgeblendet sind, können nicht anerkannt werden. Der Dateiname des Images muss dem folgenden Standard entsprechen:

Kostenträgerkennung, Krankenversichertennummer, Ordnungsmerkmal bei der Datenstelle, Erstellungsdatum.

Die Prüfdienste der Krankenversicherung behalten sich vor, in Einzelfällen die Übereinstimmung mit den Originalen bzw. Originaldatensätzen zu prüfen. Für die Prüfdienste der Krankenversicherung ist eine Erklärung der Datenstelle zur Datenintegrität erforderlich.

6.4 Sortierfolge der Unterlagen

Die Datenstelle sortiert die zur Durchführung der Prüfung nach § 42 RSAV bereitzustellenden relevanten Unterlagen je Fall nach

- der Kostenträgerkennung und
- innerhalb dieser Kostenträgerkennung nach der Krankenversicherthennummer.

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 (Prüfdienste der Krankenversicherung oder Krankenkasse) per Paketkurier und gegen Empfangsbekanntnis oder elektronisch vorzunehmen. Die Krankenkassen teilen der Datenstelle den Adressaten bei jeder Anforderung mit.

Die Vertragspartner gewährleisten in enger Abstimmung und Zusammenarbeit eine fristgerechte Lieferung der relevanten Prüfunterlagen an den zuständigen Prüfdienst der Krankenversicherung.

6.6 Verschlüsselung von Daten

Sofern die Datenstelle die zur Durchführung der Prüfung nach § 42 RSAV relevanten Unterlagen in Form von Dateien auf einem Datenträger an den zuständigen Prüfdienst der Krankenversicherung versendet, ist die Datei als ZIP-Datei mit Kennwortschutz zu übermitteln.

6.7 Lieferschein

Die an die Prüfdienste der Krankenversicherung 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;
- Kostenträgerkennung;
- Krankenversicherungsnummer;
- Name des Versicherten;
- Vorname des Versicherten;
- Geburtsdatum des Versicherten;
- Belegart (Erst- oder Folgedokumentation);
- Datensatz-ID;
- Belegform (Image, Datensatz, Papieroriginal, Papierkopie);
- Image-Name;
- LANR/BSNR;
- Datum der Erstellung der Dokumentation;
- 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.

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. Punkt 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 zu verwenden 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. Punkt 2.4), sind die Images der TE/EWE aufzublenden. Darüber hinaus sind die 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 Kassenorganisationen auf Bundesebene 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 über das Online-Retrieval-System (ORS) jedem Auftraggeber getrennt nach Diagnosen und Kassenart sowie krankenkassenspezifisch eine Statistik zur Verfügung, die folgende Angaben enthält:

- TE/EWE
- Erstdokumentationen
 - Gesamt
 - Datensatz plausibel und vollständig
 - verfristet
- Folgedokumentationen
 - 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 Diagnose und Dokumentationsart ausgewiesen.

7.4 Information an den koordinierenden Arzt

Der Arzt erhält Informationen über die von ihm in den letzten 14 Tagen eingereichten Dokumentationen, die wie folgt aufgebaut und alphabetisch nach Namen des Versicherten sortiert sind:

- a) Übersicht über vollständige und plausible Erst- und Folgedokumentationen
- b) Übersicht über verfristete Erst- und Folgedokumentationen

- c) Übersicht über nicht weiterverarbeitete Erstdokumentationen, die durch den in Punkt 4.2 beschriebenen Prozess bedingt sind.

Versandturnus/-Termin: 14-tägig

Mindestinhalt:

- (Diagnose des) DMP
- Name (des Versicherten)
- Vorname (des Versicherten)
- Krankenversichertennummer
- Krankenkasse
- DMP-Fallnummer
- Belegart
- Unterschriftsdatum Arzt / Erstellungsdatum / Datum Beleg

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. 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 Krankenversichertennummern, frühestens 8 Wochen nach Ablauf des Quartals, elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der Dokumentationen, die innerhalb der Frist (vgl. Punkt 3.5) nicht vollständig und plausibel vorlagen.

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 Statusdatensatz zur Verfügung gestellt.

DAVASO GmbH · Sommerfelder Straße 120 · 04316 Leipzig



Dr. Max Mustermann
Dr. Partner1 MustermannP1
Dr. Partner2 MustermannP2
Musterweg 12
01234 Musterhausen

Telefon: 0341 25920-43
Fax: 0341 25920-22

Datum: 24.08.2018

DMP - Verarbeitungsstand Ihrer Daten

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine unserer zentralen Aufgaben ist die Erfassung und Plausibilisierung der von den Ärzten angelieferten DMP-Daten. Um Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung der von Ihnen gelieferten Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE) und Dokumentationen zu geben, übersenden wir Ihnen regelmäßig Informationen über den Bearbeitungsstand. **Es sind nur für Sie zutreffende Anlagen diesem Schreiben beigelegt.**

- Für Ihre in der Anlage „**Übersicht: nicht plausible Dokumentationen und TE, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen**“ genannten Patienten erfolgte bislang keine vollständige Erfassung der notwendigen Dokumentationen oder TE im Rahmen des genannten DMP. Bitte verwenden Sie hierfür die bereits übermittelten Korrekturbelege. Sollten Sie innerhalb der letzten 3 Werktage Korrekturlieferungen an uns gesandt haben, so sind diese in der Information nicht berücksichtigt.
- Ihre in der Anlage „**Übersicht: plausible Dokumentationen und TE der letzten 14 Tage**“ aufgeführten Dokumentationen und TE sind gültig. Bitte prüfen Sie die Auflistung auf Vollständigkeit.
- Für Ihre in der Anlage „**Übersicht: fehlende Erstdokumentationen**“ genannten Patienten fehlen uns die entsprechenden Daten.
- Ihre in der Anlage „**Übersicht: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext**“ aufgeführten Folgedokumentationen können in der Regel nicht für die DMP-Prozesse berücksichtigt werden. Eine nähere Erklärung entnehmen Sie bitte der Legende der Anlage.
- Ihre in der Anlage „**Übersicht: außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen**“ aufgeführten Dokumentationen können aufgrund der Überschreitung des Übermittlungszeitraumes nicht für die DMP-Prozesse berücksichtigt werden.
- Ihre in der Anlage „**Übersicht: Patienten, deren Krankenkasse nicht am DMP teilnimmt**“ aufgeführten Dokumentationen und TE werden von uns nicht weiter verarbeitet.
- Ihre in der Anlage „**Übersicht: nicht prozesskonforme Dokumentationen**“ aufgeführten Dokumentationen können wegen verfahrensbedingter Fehler nicht für die DMP-Prozesse verwendet werden. Eine nähere Erklärung entnehmen Sie bitte der Legende dieser Anlage.
- Für Ihre in der Anlage „**Übersicht: Fallbeendigungen**“ aufgeführten Patienten wurden die DMP-Fälle beendet. Eine nähere Erklärung entnehmen Sie bitte der Legende dieser Anlage.

- Ihre in der Anlage „**Übersicht: nicht verarbeitbare Datenlieferungen**“ aufgeführten DMP-Daten können nicht für die Weiterverarbeitung im Sinne der DMP-Prozesse berücksichtigt werden. Bitte übermitteln Sie uns die betreffenden DMP-Daten erneut.

Bitte beachten Sie, dass zur Erstellung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen die aktuell gültigen Formulare mit den Formularschlüsseln 010F (Diabetes mellitus), 020E (Brustkrebs), 030D (Koronare Herzkrankheit), 050C (Asthma), 060D (COPD) sowie 070C (indikationsübergreifend) zu verwenden sind.

Wir bitten Sie, diese Information als Serviceleistung für Ihre Praxis zu betrachten.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen telefonisch unter 0341 25920-43 gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

DAVASO GmbH

Übersicht: nicht plausible Dokumentationen und TE, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Versand	Fristablauf
Doppelmuster, Moritz	T377882650	Musterkasse	290996	ED	DM2	27.07.2018	23.08.2018	21.11.2018
Fremdmuster, Manuela	M188035426	Musterkasse	246072	ED	DM2	12.07.2018	24.08.2018	21.11.2018
Großmuster, Max	M189251596	Musterkasse	597148	FD	DM2	01.08.2018	25.08.2018	21.11.2018
Großmuster, Maxi	S124923604	Musterkasse	854229	TE	DM2, AB	17.08.2018	24.08.2018	-
Großmuster, Michaela	O172759580	Musterkasse	819227	ED	DM2	21.08.2018	27.08.2018	21.11.2018
Heimmuster, Maria	T972668830	Musterkasse	699383	ED	DM2	23.08.2018	25.08.2018	21.11.2018
Heimmuster, Martina	L111174323	Musterkasse	984393	ED	DM2	23.08.2018	26.08.2018	21.11.2018
Heimmuster, Michael	N372124032	Musterkasse	674620	ED	DM2	10.07.2018	25.08.2018	21.11.2018
Kleinmuster, Maximilian	Q164237560	Musterkasse	311230	ED	DM2	23.08.2018	23.08.2018	21.11.2018
Kleinmuster, Maximilian	S914456285	Musterkasse	704661	ED	DM2	21.08.2018	26.08.2018	21.11.2018
Musterberg, Margda	V72516477	Musterkasse	420997	FD	DM2	06.08.2018	26.08.2018	21.11.2018
Musterberg, Martha	V10887136	Musterkasse	690686	TE	KHK, AB	09.08.2018	26.08.2018	-
Musterfrau, Michael	E836323336	Musterkasse	702267	ED	DM2	21.08.2018	26.08.2018	21.11.2018
Musterfrau, Michelle	D737781019	Musterkasse	49690	ED	DM2	21.08.2018	23.08.2018	21.11.2018
Musterfrau, Moritz	V8866248	Musterkasse	418765	ED	DM2	12.07.2018	24.08.2018	21.11.2018
Muster, Markus	W14996689	Musterkasse	351613	TE	KHK, DM1, AB	02.08.2018	27.08.2018	-
Musterson, Markus	F43803809	Musterkasse	871126	FD	DM2	02.08.2018	24.08.2018	21.11.2018
Musterson, Micky	Y406367771	Musterkasse	572645	ED	DM2	31.07.2018	26.08.2018	21.11.2018
Randmuster, Margoth	U419541211	Musterkasse	283053	FD	DM2	09.08.2018	24.08.2018	21.11.2018
Randmuster, Markus	K968427297	Musterkasse	657522	ED	DM2	23.08.2018	23.08.2018	21.11.2018
Randmuster, Martina	F53340759	Musterkasse	566871	ED	DM2	23.08.2018	23.08.2018	21.11.2018
Randmuster, Max	H237960219	Musterkasse	967638	ED	DM2	23.08.2018	25.08.2018	21.11.2018
Von Muster, Margda	D911328265	Musterkasse	998838	FD	DM2	09.08.2018	28.08.2018	21.11.2018
Von Muster, Margoth	X176815683	Musterkasse	847743	TE	DM1, AB	13.08.2018	26.08.2018	-
Von Muster, Margoth	N13073281	Musterkasse	743144	ED	DM2	10.08.2018	24.08.2018	21.11.2018

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation oder TE
Datum Versand = Postausgangsdatum der Korrekturaufforderung an die Arztpraxis
Fristablauf = spätester Termin, an dem die Dokumentation angenommen werden kann

Belegtypen: ED = Erstdokumentation,
FD = Folgedokumentation,
TE = Teilnahmeerklärung

AB = Asthma bronchiale
BK = Brustkrebs
COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DM1 = Diabetes mellitus Typ1
DM2 = Diabetes mellitus Typ2
KHK = Koronare Herzkrankheit

Diese Dokumentationen und TE sollten schnellstmöglich an die Datenstelle übermittelt werden.

Übersicht: plausible Dokumentationen und TE der letzten 14 Tage

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Prüfung
Fremdmuster, Manuela	C984599615	Musterkasse	39006	ED	DM2	09.08.2018	23.08.2018
Fremdmuster, Max	P669041527	Musterkasse	424218	ED	DM2	22.08.2018	23.08.2018
Großmuster, Molly	C577496427	Musterkasse	688455	TE	KHK, AB	21.08.2018	23.08.2018
Heimmuster, Manuela	S821210187	Musterkasse	580196	ED	DM2	17.08.2018	23.08.2018
Kleinmuster, Marcus	B293177996	Musterkasse	526114	ED	DM2	23.08.2018	23.08.2018
Kleinmuster, Markus	M765643258	Musterkasse	639850	ED	DM2	02.08.2018	23.08.2018
Kleinmuster, Max	O116055153	Musterkasse	586123	ED	DM2	09.08.2018	23.08.2018
Kleinmuster, Maximilian	I369599997	Musterkasse	232891	TE	KHK, DM1, AB	21.08.2018	23.08.2018
Musterberg, Markus	L599070999	Musterkasse	344343	ED	DM2	23.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Margoth	R744958668	Musterkasse	225590	TE	DM1, AB	23.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Maria	A172448608	Musterkasse	235345	ED	DM2	09.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Maximilian	C28957208	Musterkasse	845706	ED	DM2	23.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Michaela	W603438583	Musterkasse	540447	ED	DM2	10.07.2018	23.08.2018
Musterfrau, Michelle	P468396772	Musterkasse	507508	ED	DM2	21.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Micky	S286501820	Musterkasse	499015	ED	DM2	02.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Molly	V763968444	Musterkasse	885465	ED	DM2	23.08.2018	23.08.2018
Mustermann, Manuela	Q22097301	Musterkasse	155582	ED	DM2	16.08.2018	23.08.2018
Mustermann, Maxi	V110755532	Musterkasse	815452	ED	DM2	09.08.2018	23.08.2018
Mustermann, Michaela	D71219421	Musterkasse	743127	TE	DM2, AB	23.08.2018	23.08.2018
Muster, Margda	B128322341	Musterkasse	459573	ED	DM2	17.08.2018	23.08.2018
Muster, Margda	Y514349829	Musterkasse	341459	ED	DM2	09.08.2018	23.08.2018
Muster, Markus	Q367173702	Musterkasse	585492	ED	DM2	16.08.2018	23.08.2018
Muster, Maximilian	W34499977	Musterkasse	276726	ED	DM2	23.08.2018	23.08.2018
Randmuster, Margda	B624569653	Musterkasse	418377	ED	DM2	23.08.2018	23.08.2018
Von Muster, Michael	R656314170	Musterkasse	291608	ED	DM2	20.08.2018	23.08.2018

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation oder TE
Datum Prüfung = Datum der Plausibilitätsprüfung
Belegtypen: ED = Erstdokumentation,
FD = Folgedokumentation,
TE = Teilnahmeerklärung

Diese Dokumentationen und TE sind gültig. Bitte prüfen Sie die Auflistung auf Vollständigkeit.

AB = Asthma bronchiale
BK = Brustkrebs
COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
DM1 = Diabetes mellitus Typ1
DM2 = Diabetes mellitus Typ2
KHK = Koronare Herzkrankheit

Übersicht: fehlende Erstdokumentationen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	DMP-Diagnose	Fehlender Beleg
Fremdmuster, Manuela	C984599615	Musterkasse	39006	BK	ED
Fremdmuster, Max	P669041527	Musterkasse	424218	BK	ED
Großmuster, Molly	C577496427	Musterkasse	688455	BK	ED
Heimmuster, Manuela	S821210187	Musterkasse	580196	BK	ED
Kleinstmuster, Marcus	B293177996	Musterkasse	526114	BK	ED
Kleinstmuster, Markus	M765643258	Musterkasse	639850	BK	ED
Kleinstmuster, Max	O116055153	Musterkasse	586123	BK	ED
Kleinstmuster, Maximilian	I369599997	Musterkasse	232891	BK	ED
Musterberg, Markus	L599070999	Musterkasse	344343	BK	ED
Musterfrau, Margoth	R744958668	Musterkasse	225590	BK	ED
Musterfrau, Maria	A172448608	Musterkasse	235345	BK	ED
Musterfrau, Maximilian	C28957208	Musterkasse	845706	BK	ED
Musterfrau, Michaela	W603438583	Musterkasse	540447	BK	ED
Musterfrau, Michelle	P468396772	Musterkasse	507508	BK	ED
Musterfrau, Micky	S286501820	Musterkasse	499015	BK	ED
Musterfrau, Molly	V763968444	Musterkasse	885465	BK	ED
Mustermann, Manuela	Q22097301	Musterkasse	155582	BK	ED
Mustermann, Maxi	V110755532	Musterkasse	815452	BK	ED
Mustermann, Michaela	D71219421	Musterkasse	743127	BK	ED
Muster, Margda	Y514349829	Musterkasse	341459	BK	ED
Muster, Margda	B128322341	Musterkasse	459573	BK	ED
Muster, Markus	Q367173702	Musterkasse	585492	BK	ED
Muster, Maximilian	W34499977	Musterkasse	276726	BK	ED
Randmuster, Margda	B624569653	Musterkasse	418377	BK	ED
Von Muster, Michael	R656314170	Musterkasse	291608	BK	ED

Fehlender Beleg = Dokumentation, welche für die Wirksamkeit der Einschreibung fehlt
Belegtypen: ED = Erstdokumentation

Für die aufgeführten Patienten fehlt eine aktuelle Erstdokumentation. Bitte reichen Sie diese umgehend ein. Ursache für eine fehlende Erstdokumentation kann eine zwischenzeitliche Fallbeendigung für einen Patienten sein. Gegebenenfalls könnte auch eine Teilnahmeerklärung fehlen. Ein Abgleich in diesem Zusammenhang erfolgte nicht.

AB = Asthma bronchiale
BK = Brustkrebs
COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
DM1 = Diabetes mellitus Typ1
DM2 = Diabetes mellitus Typ2
KHK = Koronare Herzkrankheit

Übersicht: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum letzter Beleg	Dokuintervall
Fremdmuster, Manuela	C984599615	Musterkasse	39006	FD	DM1	23.08.2018	11.08.2018	3 Monate
Fremdmuster, Max	P669041527	Musterkasse	424218	FD	DM1	22.08.2018	01.08.2018	3 Monate
Großmuster, Molly	C577496427	Musterkasse	688455	FD	DM1	23.08.2018	01.08.2018	3 Monate
Heimmuster, Manuela	S821210187	Musterkasse	580196	FD	DM1	23.08.2018	28.07.2018	3 Monate
Kleinmuster, Marcus	B293177996	Musterkasse	526114	FD	DM1	23.08.2018	02.07.2018	3 Monate
Kleinmuster, Markus	M765643258	Musterkasse	639850	FD	DM1	21.08.2018	23.07.2018	3 Monate
Kleinmuster, Max	O116055153	Musterkasse	586123	FD	DM1	22.08.2018	09.07.2018	3 Monate
Kleinmuster, Maximilian	I369599997	Musterkasse	232891	FD	DM1	21.08.2018	14.07.2018	3 Monate
Musterberg, Markus	L599070999	Musterkasse	344343	FD	DM1	21.08.2018	10.08.2018	3 Monate
Musterfrau, Margoth	R744958668	Musterkasse	225590	FD	DM1	21.08.2018	14.07.2018	3 Monate
Musterfrau, Maria	A172448608	Musterkasse	235345	FD	DM1	23.08.2018	14.07.2018	3 Monate
Musterfrau, Maximilian	C28957208	Musterkasse	845706	FD	DM1	21.08.2018	27.07.2018	3 Monate
Musterfrau, Michaela	W603438583	Musterkasse	540447	FD	DM1	22.08.2018	01.08.2018	3 Monate
Musterfrau, Michelle	P468396772	Musterkasse	507508	FD	DM1	21.08.2018	08.07.2018	3 Monate
Musterfrau, Micky	S286501820	Musterkasse	499015	FD	DM1	23.08.2018	12.08.2018	3 Monate
Musterfrau, Molly	V763968444	Musterkasse	885465	FD	DM1	21.08.2018	29.07.2018	3 Monate
Mustermann, Manuela	Q22097301	Musterkasse	155582	FD	DM1	23.08.2018	20.07.2018	3 Monate
Mustermann, Maxi	V110755532	Musterkasse	815452	FD	DM1	22.08.2018	25.07.2018	3 Monate
Mustermann, Michaela	D71219421	Musterkasse	743127	FD	DM1	23.08.2018	24.07.2018	3 Monate
Muster, Margda	Y514349829	Musterkasse	341459	FD	DM1	22.08.2018	06.08.2018	3 Monate
Muster, Margda	B128322341	Musterkasse	459573	FD	DM1	22.08.2018	29.07.2018	3 Monate
Muster, Markus	Q367173702	Musterkasse	585492	FD	DM1	21.08.2018	11.07.2018	3 Monate
Muster, Maximilian	W34499977	Musterkasse	276726	FD	DM1	23.08.2018	12.08.2018	3 Monate
Randmuster, Margda	B624569653	Musterkasse	418377	FD	DM1	22.08.2018	20.07.2018	3 Monate
Von Muster, Michael	R656314170	Musterkasse	291608	FD	DM1	21.08.2018	11.08.2018	3 Monate

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation
Belegtyp: FD = Folgedokumentation

Datum letzter Beleg = Ausstellungsdatum der zuvor vorliegenden Dokumentation
Dokuintervall = 3 Monate (jedes Quartal), 6 Monate (jedes 2. Quartal)

AB = Asthma bronchiale
BK = Brustkrebs
COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
DM1 = Diabetes mellitus Typ1
DM2 = Diabetes mellitus Typ2
KHK = Koronare Herzkrankheit

Ursachen für den falschen zeitlichen Kontext können der Eingang von Erstdokumentation und Folgedokumentation im gleichen Dokumentationszeitraum oder der Eingang von zwei Folgedokumentationen von verschiedenen Ärzten im gleichen Dokumentationszeitraum sein.

Übersicht: außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	BS	B.-typ	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Fristablauf
Fremdmuster, Manuela	C984599615	Musterkasse	39006	P	FD	KHK	02.05.2018	22.08.2018	21.08.2018
Fremdmuster, Max	P669041527	Musterkasse	424218	P	FD	KHK	19.04.2018	22.08.2018	21.08.2018
Großmuster, Molly	C577496427	Musterkasse	688455	P	FD	KHK	11.04.2018	22.08.2018	21.08.2018
Heimmuster, Manuela	S821210187	Musterkasse	580196	P	FD	KHK	17.06.2018	22.08.2018	21.08.2018
Kleinmuster, Marcus	B293177996	Musterkasse	526114	P	FD	KHK	14.04.2018	22.08.2018	21.08.2018
Kleinmuster, Markus	M765643258	Musterkasse	639850	P	FD	KHK	13.05.2018	22.08.2018	21.08.2018
Kleinmuster, Max	O116055153	Musterkasse	586123	P	FD	KHK	31.05.2018	22.08.2018	21.08.2018
Kleinmuster, Maximilian	I369599997	Musterkasse	232891	P	FD	KHK	07.05.2018	22.08.2018	21.08.2018
Musterberg, Markus	L599070999	Musterkasse	344343	P	FD	KHK	20.06.2018	22.08.2018	21.08.2018
Musterfrau, Margoth	R744958668	Musterkasse	225590	P	FD	KHK	25.06.2018	22.08.2018	21.08.2018
Musterfrau, Maria	A172448608	Musterkasse	235345	P	FD	KHK	16.04.2018	22.08.2018	21.08.2018
Musterfrau, Maximilian	C28957208	Musterkasse	845706	P	FD	KHK	17.05.2018	22.08.2018	21.08.2018
Musterfrau, Michaela	W603438583	Musterkasse	540447	P	FD	KHK	15.05.2018	22.08.2018	21.08.2018
Musterfrau, Michelle	P468396772	Musterkasse	507508	P	FD	KHK	20.05.2018	22.08.2018	21.08.2018
Musterfrau, Micky	S286501820	Musterkasse	499015	P	FD	KHK	17.04.2018	22.08.2018	21.08.2018
Musterfrau, Molly	V763968444	Musterkasse	885465	P	FD	KHK	24.04.2018	22.08.2018	21.08.2018
Mustermann, Manuela	Q22097301	Musterkasse	155582	P	FD	KHK	03.05.2018	22.08.2018	21.08.2018
Mustermann, Maxi	V110755532	Musterkasse	815452	P	FD	KHK	16.04.2018	22.08.2018	21.08.2018
Mustermann, Michaela	D71219421	Musterkasse	743127	P	FD	KHK	11.06.2018	22.08.2018	21.08.2018
Muster, Margda	Y514349829	Musterkasse	341459	P	FD	KHK	04.06.2018	22.08.2018	21.08.2018
Muster, Margda	B128322341	Musterkasse	459573	P	FD	KHK	20.05.2018	22.08.2018	21.08.2018
Muster, Markus	Q367173702	Musterkasse	585492	P	FD	KHK	18.05.2018	22.08.2018	21.08.2018
Muster, Maximilian	W34499977	Musterkasse	276726	P	FD	KHK	14.05.2018	22.08.2018	21.08.2018
Randmuster, Margda	B624569653	Musterkasse	418377	P	FD	KHK	26.06.2018	22.08.2018	21.08.2018
Von Muster, Michael	R656314170	Musterkasse	291608	P	FD	KHK	08.05.2018	22.08.2018	21.08.2018

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation

Datum Eingang = Posteingangsdatum der Dokumentation oder der Korrekturrücksendung (nach Fristende, sodass die Dokumentation nicht gewertet werden kann)

Fristablauf = spätesten Termin, an dem die Dokumentation angenommen werden kann

BS = Belegstatus: P (Beleg plausibel), NP (Beleg nicht plausibel)

B.-typ = Belegtyp: ED = Erstdokumentation, FD = Folgedokumentation

AB = Asthma bronchiale
BK = Brustkrebs
COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
DM1 = Diabetes mellitus Typ1
DM2 = Diabetes mellitus Typ2
KHK = Koronare Herzkrankheit

Diese Dokumentationen können aufgrund der Überschreitung des Übermittlungszeitraumes nicht für die DMP-Prozesse berücksichtigt werden.

Übersicht: Patienten, deren Krankenkasse nicht am DMP teilnimmt

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Prüfung
Fremdmuster, Manuela	C984599615	Musterkasse	39006	FD	DM1	22.08.2018	23.08.2018
Fremdmuster, Max	P669041527	Musterkasse	424218	FD	DM1	23.08.2018	23.08.2018
Großmuster, Molly	C577496427	Musterkasse	688455	TE	KHK, AB	23.08.2018	23.08.2018
Heimmuster, Manuela	S821210187	Musterkasse	580196	FD	DM1	21.08.2018	23.08.2018
Kleinstmuster, Marcus	B293177996	Musterkasse	526114	FD	DM1	23.08.2018	23.08.2018
Kleinstmuster, Markus	M765643258	Musterkasse	639850	FD	DM1	21.08.2018	23.08.2018
Kleinstmuster, Max	O116055153	Musterkasse	586123	FD	DM1	21.08.2018	23.08.2018
Kleinstmuster, Maximilian	I369599997	Musterkasse	232891	TE	KHK, DM1, AB	22.08.2018	23.08.2018
Musterberg, Markus	L599070999	Musterkasse	344343	FD	DM1	21.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Margoth	R744958668	Musterkasse	225590	TE	DM1, AB	22.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Maria	A172448608	Musterkasse	235345	FD	DM1	23.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Maximilian	C28957208	Musterkasse	845706	FD	DM1	21.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Michaela	W603438583	Musterkasse	540447	FD	DM1	21.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Michelle	P468396772	Musterkasse	507508	FD	DM1	23.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Micky	S286501820	Musterkasse	499015	FD	DM1	23.08.2018	23.08.2018
Musterfrau, Molly	V763968444	Musterkasse	885465	FD	DM1	22.08.2018	23.08.2018
Mustermann, Manuela	Q22097301	Musterkasse	155582	FD	DM1	21.08.2018	23.08.2018
Mustermann, Maxi	V110755532	Musterkasse	815452	FD	DM1	23.08.2018	23.08.2018
Mustermann, Michaela	D71219421	Musterkasse	743127	TE	DM2, AB	21.08.2018	23.08.2018
Muster, Margda	Y514349829	Musterkasse	341459	FD	DM1	23.08.2018	23.08.2018
Muster, Margda	B128322341	Musterkasse	459573	FD	DM1	21.08.2018	23.08.2018
Muster, Markus	Q367173702	Musterkasse	585492	FD	DM1	23.08.2018	23.08.2018
Muster, Maximilian	W34499977	Musterkasse	276726	FD	DM1	20.08.2018	23.08.2018
Randmuster, Margda	B624569653	Musterkasse	418377	FD	DM1	22.08.2018	23.08.2018
Von Muster, Michael	R656314170	Musterkasse	291608	FD	DM1	20.08.2018	23.08.2018

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation oder TE
Datum Prüfung = Datum der Plausibilitätsprüfung
Belegtypen: ED = Erstdokumentation,
FD = Folgedokumentation,
TE = Teilnahmeerklärung

Diese Dokumentationen und TE werden nicht weiter verarbeitet.

AB = Asthma bronchiale
BK = Brustkrebs
COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
DM1 = Diabetes mellitus Typ1
DM2 = Diabetes mellitus Typ2
KHK = Koronare Herzkrankheit

Übersicht: nicht prozesskonforme Dokumentationen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Grund der Stornierung
Fremdmuster, Manuela	C984599615	Musterkasse	39006	FD	AB	11.07.2018	23.08.2018	29
Fremdmuster, Max	P669041527	Musterkasse	424218	FD	AB	26.06.2018	23.08.2018	36
Großmuster, Molly	C577496427	Musterkasse	688455	FD	AB	02.08.2018	24.08.2018	28
Heimmuster, Manuela	S821210187	Musterkasse	580196	FD	AB	13.08.2018	23.08.2018	36
Kleinmuster, Marcus	B293177996	Musterkasse	526114	FD	AB	13.08.2018	23.08.2018	36
Kleinmuster, Markus	M765643258	Musterkasse	639850	FD	AB	01.06.2018	23.08.2018	29
Kleinmuster, Max	O116055153	Musterkasse	586123	FD	AB	07.08.2018	23.08.2018	33
Kleinmuster, Maximilian	I369599997	Musterkasse	232891	FD	AB	10.08.2018	24.08.2018	29
Musterberg, Markus	L599070999	Musterkasse	344343	FD	AB	17.08.2018	23.08.2018	33
Musterfrau, Margoth	R744958668	Musterkasse	225590	FD	AB	09.08.2018	24.08.2018	17
Musterfrau, Maria	A172448608	Musterkasse	235345	FD	AB	06.08.2018	23.08.2018	29
Musterfrau, Maximilian	C28957208	Musterkasse	845706	FD	AB	21.08.2018	23.08.2018	29
Musterfrau, Michaela	W603438583	Musterkasse	540447	ED	AB	17.08.2018	23.08.2018	35
Musterfrau, Michelle	P468396772	Musterkasse	507508	FD	AB	08.08.2018	24.08.2018	33
Musterfrau, Micky	S286501820	Musterkasse	499015	ED	AB	15.08.2018	23.08.2018	33
Musterfrau, Molly	V763968444	Musterkasse	885465	FD	AB	14.08.2018	23.08.2018	33
Mustermann, Manuela	Q22097301	Musterkasse	155582	FD	AB	08.08.2018	23.08.2018	36
Mustermann, Maxi	V110755532	Musterkasse	815452	ED	AB	22.08.2018	23.08.2018	28
Mustermann, Michaela	D71219421	Musterkasse	743127	FD	AB	17.08.2018	24.08.2018	17
Muster, Margda	B128322341	Musterkasse	459573	FD	AB	12.04.2018	23.08.2018	36
Muster, Margda	Y514349829	Musterkasse	341459	ED	AB	20.08.2018	23.08.2018	17
Muster, Markus	Q367173702	Musterkasse	585492	FD	AB	19.04.2018	23.08.2018	28
Muster, Maximilian	W34499977	Musterkasse	276726	ED	AB	22.08.2018	23.08.2018	36
Randmuster, Margda	B624569653	Musterkasse	418377	FD	AB	14.08.2018	23.08.2018	28
Von Muster, Michael	R656314170	Musterkasse	291608	FD	AB	25.06.2018	23.08.2018	35

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation

Belegtypen: ED = Erstdokumentation,
FD = Folgedokumentation

Stornogründe: 17 - Folgedokumentation vor der Erstdokumentation eingegangen
28 - ungültiges Format nach Versionsumstellung
29 - ungültiges Format vor Versionsumstellung
33 - Erstdokumentation im laufenden DMP-Fall (keine Vergütung)
35 - keine Zuordnung zu einem Versicherten bei der Krankenkasse möglich
36 - Löschung im Bestand der Krankenkasse

AB = Asthma bronchiale
BK = Brustkrebs
COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
DM1 = Diabetes mellitus Typ1
DM2 = Diabetes mellitus Typ2
KHK = Koronare Herzkrankheit

Diese Dokumentationen können aus oben genannten Gründen nicht für die DMP-Prozesse berücksichtigt werden. Bitte prüfen Sie bei Stornogrund 33 unter Berücksichtigung unseres Reminders, ob noch eine Folgedokumentation für das laufende Quartal zu erstellen ist.

Übersicht: Fallbeendigungen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	DMP- Diagnose	Grund der Beendigung
Fremdmuster, Manuela	C984599615	Musterkasse	39006	COPD	18
Fremdmuster, Max	P669041527	Musterkasse	424218	COPD	05
Großmuster, Molly	C577496427	Musterkasse	688455	COPD	18
Heimmuster, Manuela	S821210187	Musterkasse	580196	COPD	02
Kleinmuster, Marcus	B293177996	Musterkasse	526114	COPD	05
Kleinmuster, Markus	M765643258	Musterkasse	639850	COPD	05
Kleinmuster, Max	O116055153	Musterkasse	586123	COPD	01
Kleinmuster, Maximilian	I369599997	Musterkasse	232891	COPD	20
Musterberg, Markus	L599070999	Musterkasse	344343	COPD	18
Musterfrau, Margoth	R744958668	Musterkasse	225590	COPD	16
Musterfrau, Maria	A172448608	Musterkasse	235345	COPD	18
Musterfrau, Maximilian	C28957208	Musterkasse	845706	COPD	20
Musterfrau, Michaela	W603438583	Musterkasse	540447	COPD	16
Musterfrau, Michelle	P468396772	Musterkasse	507508	COPD	01
Musterfrau, Micky	S286501820	Musterkasse	499015	COPD	18
Musterfrau, Molly	V763968444	Musterkasse	885465	COPD	01
Mustermann, Manuela	Q22097301	Musterkasse	155582	COPD	02
Mustermann, Maxi	V110755532	Musterkasse	815452	COPD	05
Mustermann, Michaela	D71219421	Musterkasse	743127	COPD	18
Muster, Margda	Y514349829	Musterkasse	341459	COPD	05
Muster, Margda	B128322341	Musterkasse	459573	COPD	01
Muster, Markus	Q367173702	Musterkasse	585492	COPD	03
Muster, Maximilian	W34499977	Musterkasse	276726	COPD	02
Randmuster, Margda	B624569653	Musterkasse	418377	COPD	18
Von Muster, Michael	R656314170	Musterkasse	291608	COPD	20

Gründe der Fallbeendigungen:

- 01 - Patient verstorben
- 02 - Patient ausgetreten
- 03 - Patient nicht einschreibungswürdig
- 05 - Kassenwechsel
- 15 - Arztwechsel
- 16 - verfahrensbedingt durch Krankenkasse
- 18 - zwei fehlende Folgedokumentationen
- 19 - fehlende Teilnahmeerklärung
- 20 - zwei unbegründet abgelehnte Schulungen
- 23 - Rezidivfreiheit älter 10 Jahre

- AB = Asthma bronchiale
- BK = Brustkrebs
- COPD = Chronisch obstruktive
Lungenerkrankungen
- DM1 = Diabetes mellitus Typ1
- DM2 = Diabetes mellitus Typ2
- KHK = Koronare Herzkrankheit

Für die aufgeführten Patienten wurden die DMP-Fälle aus oben genannten Gründen beendet.

Übersicht: nicht verarbeitbare Datenlieferungen

Datenlieferung Eingang	Typ	Hinweise zum Fehler
09.01.2018	CD	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt. ID: 13861010 020710198_20171229133951_1_KHK.zip.XKM
Medium / Dateiname		
27.07.2018	CD	Nur Begleitdatei vorhanden, XKM-Datei fehlt ID: 14074654 182353800_20180727125212_1_AB_443.idx
Medium / Dateiname		
06.07.2018	CD	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt. ID: 14058638 023011898_20180703103430_1_COPD_401.zip.XKM 023011898_20180703103430_1_KHK_412.zip.XKM 023011898_20180703103430_1_DM2_601.zip.XKM 023011898_20180703103430_1_COPD_402.zip.XKM 023011898_20180703103430_1_KHK_413.zip.XKM
Medium / Dateiname		
03.08.2018	CD	Datei ist keine DMP-Datei ID: 14080859 661430035_18_DAVASO_GmbH_Dortmund.l
Medium / Dateiname		
30.07.2018	CD	Datei ist keine DMP-Datei ID: 14075994 028214112_20180710221401_1_eHKS.zip.XKM
Medium / Dateiname		
23.09.2016	CD	Datenträger nicht lesbar ID: 13364618
Medium / Dateiname		
21.08.2018	CD	Datenlieferung enthielt keine DMP-Daten ID: 14094941 CGMApacheDerby.exe.828.dmp
Medium / Dateiname		
27.07.2018	CD	Datenlieferung enthielt keine DMP-Daten ID: 14074387 Z01188378800_02.07.2018_14.10.CON.XKM Z01188378800_02.07.2018_14.10.CON.XKM
Medium / Dateiname		
04.07.2016	CD	Datenträger nicht lesbar ID: 13294498
Medium / Dateiname		
19.07.2018	CD	Nur Begleitdatei vorhanden, XKM-Datei fehlt ID: 14069044 181062500_20180719181849_1_BK_421.idx
Medium / Dateiname		

Ihre in dieser Anlage aufgeführten DMP-Datenlieferungen können nicht für die Weiterverarbeitung im Sinne der DMP-Prozesse berücksichtigt werden.

Zur Gewährleistung einer lückenlosen Führung Ihrer DMP-Fälle übermitteln Sie uns bitte die betreffenden DMP-Daten erneut.