

Datenstellenvertrag
zur Durchführung der Disease-Management-Programme
in Hamburg

in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.03.2014
zwischen

der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,

dem BKK-Landesverband NORDWEST, handelnd für die
Betriebskrankenkassen, die dieser Vereinbarung beigetreten sind; zugleich für die
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Krankenkasse,

der Knappschaft,

der IKK classic, zugleich handelnd für die Innungskrankenkassen, die dieser Vereinbarung
beigetreten sind,

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse-KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

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

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH),

der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)

(Auftraggeber)

und

der Firma INTER-FORUM AG,
Sommerfelder Straße 120, 04316 Leipzig
(Datenstelle)

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen

Begriffsbestimmungen

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

§ 1 Ziele

§ 2 Vertragsgegenstand

§ 3 Geltungsbereich

Abschnitt II - Datenmanagement

§ 4 Aufgabenbeschreibung

§ 5 Ausführungsfristen

§ 6 Statusdatensatz/Workflow-Daten

§ 7 Mitwirkung der Verbände der Krankenkassen in Hamburg und der KVH

§ 8 Grundsätze der Zusammenarbeit

§ 9 Änderung der zu erbringenden Leistung

Abschnitt III - Datenschutz

§ 10 Datenschutzmaßnahmen, Subunternehmer

§ 11 Datentransport

§ 12 Pflichten der Auftraggeber und der KVH

§ 13 Haftung bei Verletzung von Datenschutzbestimmungen

Abschnitt IV - Datenstellenprüfung

§ 14 Prüfung der Datenstelle und Prüfung der Versichertenzeiten nach § 15a RSAV

Abschnitt V - Zusammenarbeit, Qualitätssicherung, Vertraulichkeit

§ 15 Grundsätze der Zusammenarbeit

§ 16 Qualitätssicherungsaktivitäten

§ 17 Förderung der elektronischen Dokumentation (eDMP)

§ 18 Vertraulichkeit

Abschnitt VI - Vergütung, Abrechnung und Pflichtverletzung

§ 19 Vergütung

§ 20 Abrechnung

§ 21 Fälligkeit der Zahlungen

§ 22 Pflichtverletzung, Haftung

§ 23 Freistellung von Ansprüchen Dritter

§ 24 Vertragsstrafe

Abschnitt VII - Sonstige Bestimmungen, Laufzeit

§ 25 Verdingungsunterlagen

§ 26 Erstreckung des Vertrages auf weitere DMP

§ 27 Rechte an Ergebnissen

§ 28 Schriftform

§ 29 Salvatorische Klausel

§ 30 Gerichtsstand

§ 31 Laufzeit, Kündigung

Begriffsbestimmungen

Arbeitsgemeinschaft DMP	Arbeitsgemeinschaft Disease-Management nach § 219 SGB V in der Region Hamburg
Auftraggeber	sind die im Rubrum aufgeführten Vertragsparteien
Arbeitstag	Als Arbeitstage gelten die Wochentage von Montag bis Freitag mit Ausnahme der gesetzlichen Feiertage
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BSNR	Betriebsstättennummer
Bundeseinheitliche Vorgaben	Evaluation - Datensatzbeschreibung für die vereinbarten DMP Indikationen, Datensatzbeschreibungen, Formulare der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen des Versicherten (TE/EWE), Plausibilitätsrichtlinien, Technische Anlage (einschließlich Anhänge), Aufbau Statusdatensatz/Workflow-Daten in der jeweils gültigen Fassung
BVA	Bundesversicherungsamt
Datensatz (Erst-/Folgedokumentation)	Dokumentationsdaten entsprechend der jeweiligen Anlage der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung
Datenstelle	INTER-FORUM AG
DMP-Datenzentrum des jeweiligen Verbandes der Krankenkassen/der jeweiligen Krankenkasse	Datenannahmestelle für die Dokumentationsdaten der Datenstelle
DMP-Krankenhäuser	Krankenhäuser, die vertraglich in die jeweiligen DMP-Vereinbarungen eingebunden sind und der Datenstelle mitgeteilt wurden
eDMP	Elektronische Datenübermittlung im Zuge von DMP
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.
Gemeinsame Einrichtung	Gemeinsame Einrichtung Hamburg nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV i. V. m. § 321 SGB V
Koordinierende Ärzte	Ärzte, die vertraglich zur Koordination der DMP-Teilnehmer in die jeweiligen DMP-Vereinbarungen eingebunden sind
KVH	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

LANR	Lebenslange Arztnummer
RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung
SGB V	5. Sozialgesetzbuch in der jeweils gültigen Fassung
SGB X	10. Sozialgesetzbuch in der jeweils gültigen Fassung
TE/EWE	Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Versicherten in der jeweils gültigen Fassung
Verbände der Krankenkassen in Hamburg	AOK Rheinland/Hamburg – die Gesundheitskasse BKK - Landesverband NORDWEST IKK classic Knappschaft Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Versicherte	sind weibliche und männliche Versicherte
Vertragsärzte	Ärzte die vertraglich zur Koordination der DMP-Teilnehmer in die jeweiligen DMP-Vereinbarungen eingebunden sind

Anlagen

Anlage 1	Aufgabenbeschreibung für die Datenstelle
Anhang 1	entfällt ersatzlos
Anhang 2	eDMP: DMP-Portal der KVH
Anhang 3	eDMP: Kurzbeschreibung DMPonline
Anhang 3a	eDMP: Antragsformular DMPonline
Anlage 2	Kommunikationsmatrix
Anlage 3	Verarbeitung von TE/EWEs gem. Abschnitt 2.4 der Aufgabenbeschreibung
Anlage 4	unbesetzt
Anlage 5	Datenschutzvereinbarung inklusive Anhänge A bis C
Anlage 6	Verzeichnis der durch den Landesverband der Betriebskrankenkassen NORDWEST vertretenen Mitgliedskassen
Anlage 7	Verzeichnis der datenannehmenden Stellen der Ersatzkassen
Anlage 8	Verzeichnis der durch die IKK classic vertretenen Innungskrankenkassen
Anlage 9	Verdingungsunterlagen
Anlage 10	Musterschreiben an DMP-Ärzte
Anlage 11	Prüfkatalog für Teilnahme- und Einwilligungserklärungen

Präambel

Zur Verbesserung der Versorgungssituation von chronisch erkrankten Patienten entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss die medizinischen Grundlagen für Disease-Management-Programme. Für folgende Indikationen haben die Verbände der Krankenkassen in Hamburg und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg mit der Krankenhausgesellschaft Hamburg strukturierte Behandlungsprogramme in Hamburg eingeführt:

- Diabetes mellitus Typ 2 (Juli 2003),
- Brustkrebs (April 2004),
- Koronare Herzkrankheit (KHK) (Februar 2006),
- Diabetes mellitus Typ 1 (Juli 2008) und
- Asthma bronchiale sowie chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) (Juli 2007).

Die Umsetzung des DMP-Datenmanagements wird von der Datenstelle übernommen. Diese übernimmt Aufgaben im Zusammenhang mit TE/EWE und Dokumentationsdaten. Sie unterstützt Arztpraxen bei der Erstellung von Dokumentationen und übermittelt Daten an die jeweiligen Partner dieser Vereinbarung. Ein leistungsfähiges Datenmanagement ist wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Zielerreichung des Qualitätsindikators „Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zu erstellenden Dokumentationen“ möglichst erreicht werden kann. Die Arbeitsabläufe in der Arztpraxis werden durch Nutzung der elektronischen Dokumentation (eDMP) vereinfacht. Um die Prozesse zu verbessern und weitere Erleichterungen in den Arbeitsabläufen in der Arztpraxis zu erzielen, wird das Datenmanagement laufend auf Optimierungsmöglichkeiten analysiert.

Dieser Vertrag ist eine Aktualisierung des bereits seit dem 01.03.2006 praktizierten Rechtsverhältnisses zwischen den Vertragspartnern.

Abschnitt I

Ziele, Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

§ 1

Ziele

Die Partner dieser Vereinbarung verfolgen das Ziel, dass die Umsetzung der DMP durch ein möglichst optimales Datenmanagement vereinfacht wird. Auch eine möglichst hohe Zielerreichung von Qualitätssicherungsindikatoren soll durch das Datenmanagement unterstützt werden. Arztpraxen sollen zudem zielgerichtete Hilfen erhalten, damit der Arbeitsaufwand weiter reduziert werden kann.

§ 2

Vertragsgegenstand

- (1) Mit dieser Vereinbarung wird der Datenstelle die Umsetzung des Datenmanagements von den Auftraggebern übertragen. Die nähere Ausgestaltung der Beauftragung ist in der Anlage 1 geregelt. Hierzu gehören Aufgaben im Zusammenhang mit TE/EWE sowie Dokumentationsdaten.
- (2) Ferner sind Gegenstand dieses Vertrages die Qualitätssicherung des Datenmanagements - einschließlich der elektronischen Dokumentation (eDMP) - und die Prüfung der Datenstelle.

§ 3

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. koordinierende Ärzte, die an der jeweiligen DMP-Vereinbarung in Hamburg teilnehmen,
 2. Krankenkassen, die in Hamburg ein zugelassenes DMP durchführen.
- (2) Die Vertragsärzte erklären die Teilnahme an dem jeweiligen DMP schriftlich gegenüber der KVH. Der koordinierende Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift den Datenstellenvertrag.

- (3) Diese Vereinbarung gilt für alle zwischen den Vertragspartnern getroffenen DMP-Vereinbarungen (Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale und COPD) sowie für im Rahmen der Laufzeit nach § 31 neu vereinbarte DMP.

Abschnitt II

Datenmanagement

§ 4

Aufgabenbeschreibung

- (1) Die Datenstelle ist verpflichtet, die im Datenstellenvertrag vom 01.07.2008 in der Fassung des jeweils aktuellen Nachtrags beschriebenen Leistungen unter Berücksichtigung der aktualisierten Aufgabenbeschreibung nach Anlage 1 für alle vereinbarten DMP zu erbringen. Hierbei sind insbesondere die Regelungen zur Qualitätssicherung zu berücksichtigen.
- (2) Die in Anlage 1 beschriebenen Dienstleistungen werden unter Berücksichtigung der Anforderungen der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung erbracht.

§ 5

Ausführungsfristen

Die Ausführungsfristen richten sich nach der Aufgabenbeschreibung nach Anlage 1 und der Kommunikationsmatrix nach Anlage 2. Für die schriftliche Kommunikation mit Ärzten nutzt die Datenstelle die Musterschreiben nach den Anlagen 10.

§ 6

Statusdatensatz/Workflow-Daten

Die Datenstelle liefert den DMP-Datenzentren der Ersatzkassen/Krankenkassen/-verbände täglich (oder wöchentlich nach Vereinbarung) Informationen zum Stand der Verarbeitung der DMP-Dokumentationen mittels Statusdatensatz/Workflow-Daten (bundeseinheitliche Vorgabe). Der Aufbau des Statusdatensatzes/der Workflow-Daten richtet sich nach zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Datensatz in der jeweils gültigen

Fassung. Die jeweils gültige Version des Statusdatensatzes wird der Datenstelle von der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP zur Verfügung gestellt.

§ 7

Mitwirkung der Verbände der Krankenkassen in Hamburg und der KVH

- (1) Die Verbände der Krankenkassen in Hamburg teilen der Datenstelle die Institutionskennzeichen der von ihnen vertretenen, an den DMP-Vereinbarungen teilnehmenden Krankenkassen sowie die Adresse des jeweiligen DMP-Datenzentrums unverzüglich mit.
- (2) Die KVH stellt der Datenstelle mindestens zweimal monatlich und auf gesonderte Anforderung Vertragsarztnummern (LANR und BSNR), Namen angestellter Ärzte, Anschriften und möglichst Telefonnummern (Vertragsärzteverzeichnis) der an den jeweiligen DMP-Vereinbarungen teilnehmenden koordinierenden Ärzte mit Beginn und Ende der Teilnahme zur Verfügung. Änderungen von Vertragsarztnummern werden gesondert ausgewiesen.

§ 8

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die Datenstelle erbringt ihre Leistungen frei von Sach- und Rechtsmängeln
 - nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen (einschließlich der Anlagen) und von der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP zur Verfügung gestellten bundeseinheitlichen Vorgaben und
 - dem allgemein anerkannten aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik.

Die Datenstelle wird jeden Auftraggeber über - nach Vertragsabschluss eintretende - Änderungen des Standes von Wissenschaft und Technik, die möglicherweise Auswirkungen auf den Vertragsgegenstand haben, informieren.

- (2) Die von der Datenstelle zur Erfüllung ihrer Leistungen eingesetzten Mitarbeiter müssen die zur ordnungsgemäßen Vertragserfüllung notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen besitzen sowie zur Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet sein. Dies gilt insbesondere für die Verpflichtung zur Verschwiegenheit hinsichtlich der patientenbezogenen Informationen.
- (3) Die Leistungserbringung durch die Datenstelle hat im Einklang mit den rechtlichen Vorschriften zu erfolgen. Insbesondere sind die Vorgaben des ärztlichen Standesrechts,

des Wettbewerbsrechts sowie des Datenschutzrechts einzuhalten. Die Datenstelle hat die Einhaltung der rechtlichen Vorschriften und die sich aus Abschnitt III dieses Vertrages ergebenden datenschutzrechtlichen Verpflichtungen zu gewährleisten.

- (4) Die Datenstelle muss durch entsprechende organisatorische Vorkehrungen eine kontinuierliche orts- und zeitnahe Zusammenarbeit mit den jeweiligen Auftraggebern, der KVH und der Gemeinsamen Einrichtung ermöglichen. Eine Ansprechbarkeit zu den üblichen Bürozeiten (08:00 Uhr bis 18:00 Uhr) ist zu gewährleisten.
- (5) Die Datenstelle ist jedem Auftraggeber über die vertragsgemäße Ausführung der Leistungen auskunftspflichtig und ermöglicht ihm zu den üblichen Bürozeiten insbesondere in die ihn betreffenden Datenbanken Einsicht.

§ 9

Änderung der zu erbringenden Leistung

- (1) Die Auftraggeber gemeinsam haben das Recht, die Aufgaben der Datenstelle zu ändern oder zu ergänzen, zu verringern oder zu erweitern, soweit dies insbesondere bei Änderungen der gesetzlichen oder rechtlichen Bestimmungen zu den DMP, die die Basis dieses Vertrages bilden, erforderlich wird oder es aufgrund der technischen Abwicklung für die Auftraggeber wirtschaftlicher ist, dass von der Datenstelle geschuldete Leistungen durch die Teilnehmer am DMP selbst erbracht werden. Die Auftraggeber können insbesondere

- 1. die Teilnahme-/Einwilligungserklärung und die Dokumentationsdaten,
- 2. das Format, in dem die Dokumentationsdaten übermittelt werden sollen, oder
- 3. die Plausibilitätsprüfrichtlinien ändern.

Ferner hat ein Auftraggeber das Recht, die Aufgaben der Datenstelle zu ändern oder zu ergänzen, sofern er durch gesetzliche, richterliche oder aufsichtsbehördliche Vorgaben hierzu verpflichtet ist. Die entsprechenden Informationen werden der Datenstelle unverzüglich zur Verfügung gestellt. Für die Umsetzung der Aufgaben wird der Datenstelle eine angemessene Frist eingeräumt.

- (2) Sofern sich durch gemeinsam vereinbarte Änderungen oder Ergänzungen kein wesentlicher Mehr- oder Minderaufwand für die Datenstelle ergibt, ändert sich die Vergütung nicht. Andernfalls ist die Vergütung entsprechend dem veränderten Aufwand einvernehmlich anzupassen.
- (3) Stellvertretend für die Auftraggeber ist die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP befugt, die Umsetzung der bundeseinheitlichen Vorgaben sowie von Sachverhalten die

sich aus der Aufgabenbeschreibung (Anlage 1 zu diesem Vertrag) ergeben, gegenüber der Datenstelle zu beauftragen. Die Datenstelle wird von der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP über deren Sitz und Amtsdauer zu Beginn der Geschäftsführung schriftlich informiert.

Abschnitt III

Datenschutz

§ 10

Datenschutzmaßnahmen, Subunternehmer

- (1) Diese Bestimmungen regeln den Schutz der Daten bei der Datenverarbeitung im Auftrag unter besonderer Berücksichtigung des Zweiten Kapitels des Sozialgesetzbuches - Zehntes Buch (SGB X), insbesondere der § 80 SGB X bzw. § 11 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).
- (2) Die Datenstelle trägt die Gewähr dafür, dass die in der Anlage zu § 78 a SGB X bzw. § 9 BDSG genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen worden sind und eingehalten werden. Sofern Änderungen bzw. ergänzende Weisungen vorgenommen werden, sind diese ebenfalls umgehend umzusetzen.
- (3) Die von der Datenstelle vertragsgemäß vorzuhaltenden personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente bzw. Datensätze fünfzehn Jahre, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr. Sie werden nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten von der Datenstelle gelöscht.
- (4) Die Datenschutzmaßnahmen sind der technischen Entwicklung anzupassen. Dies gilt ebenfalls für Änderungen datenschutzrechtlicher Bestimmungen und Auflagen der zuständigen Aufsichtsbehörden sowie der Bundes- und Landesbeauftragten zum Datenschutz.
- (5) Die Datenstelle erklärt sich damit einverstanden, dass die Auftraggeber und deren zuständige Aufsichtsbehörden jederzeit berechtigt sind, mit den in § 80 Abs. 2 Satz 4 SGB X bzw. § 38 Abs. 3 und 5 BDSG genannten Mitteln und in Anlehnung an § 88 SGB IV und § 274 SGB V die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz sowie der ergänzenden Weisungen nach § 80 Abs. 2 Satz 3 SGB X zu überwachen. Mitarbeiter der Auftraggeber können mit Vollmacht ihres Vorstandes ohne vorherige Ankündigung die Räumlichkeiten der Datenstelle betreten, sich über die Datenschutzmaßnahmen informieren und Mitarbeiter der Datenstelle dazu befragen.

- (6) Die Auftraggeber sind insoweit berechtigt, von der Datenstelle in Bearbeitung befindliche oder aufbewahrte Unterlagen - auch kurzfristig - zu Prüfzwecken anzufordern. Jeder Auftraggeber kann dabei nur die Daten anfordern, auf die er nach der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung ein Zugriffsrecht hat. Kommt es hierdurch zu Verzögerungen in der Bearbeitung, wird die Datenstelle die Verbände der Krankenkassen in Hamburg hierauf hinweisen. Vom Prüfungsrecht ist der betriebsinterne Bereich, der zur Offenbarung von z. B. finanz- und steuerrechtlichen Daten, Betriebsgeheimnissen oder Kalkulationsgrundlagen führen könnte, nicht umfasst.
- (7) Die Datenstelle hat einen Datenschutzbeauftragten zu bestellen (vgl. §§ 4 d, 4 e BDSG) und informiert die Auftraggeber hierüber.
- (8) Die Datenstelle ist verpflichtet, für die Datenverarbeitung nur Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis u. a. nach dem Verpflichtungsgesetz vom 02.03.1974 BGBl Teil I Seite 469 bzw. § 5 BDSG verpflichtet sind. Ferner stellt die Datenstelle sicher, dass das von ihr eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert und angewiesen ist (vgl. u. a. § 35 SGB I, §§ 284 ff. SGB V, §§ 93 ff. SGB XI und §§ 5, 9, 43 Abs. 1 und 3, 44 Abs. 1 Nr. 2, 5, 6 und 7 und Abs. 2 BDSG sowie die einschlägigen Straf- und Ordnungswidrigkeitsvorschriften z. B. des StGB, des SGB X bzw. des BDSG).
- (9) Die Datenstelle verwendet die Dokumente und Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse ausschließlich für die Erfüllung dieses Vertrages. Sie verwendet die zur Datenverarbeitung überlassenen Dokumente und Daten nicht anderweitig und bewahrt sie nach Maßgabe der Aufgabenbeschreibung unter Verschluss auf. Kopien und Duplikate dürfen nicht ohne Wissen der Auftraggeber hergestellt werden. Die Datenträger werden nach Erfüllung des jeweiligen Auftrages kontrolliert physisch gelöscht und rechtzeitig zurückgesandt.
- (10) Nach Beendigung des Vertragsverhältnisses hat die Datenstelle sämtliche in ihren Besitz gelangte Unterlagen und erstellte Verarbeitungs- oder Nutzungsergebnisse, die im Zusammenhang mit dem Auftragsverhältnis stehen, der jeweiligen Krankenkasse/Ersatzkasse und/oder dem jeweiligen Verband der Krankenkassen/Ersatzkassen auszuhändigen. Die Daten auf dem Datenträger der Datenstelle sind nach Übermittlung physisch zu löschen. Test- und Ausschussmaterial wird von der Datenstelle bis zur Vernichtung unter Verschluss gehalten oder den Auftraggebern übergeben. Über die Vernichtung ist ein Protokoll zu fertigen und auf Verlangen den Auftraggebern vorzulegen. Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

- (11) Der Arbeitsablauf wird von der Datenstelle lückenlos dokumentiert. Hierzu gehört insbesondere eine vollständige Protokollierung der Systemleistungen. Die Dokumentation ist für einen Zeitraum von sieben Jahren nach Ablauf der Kalenderjahre vorzuhalten und den Auftraggebern auf Verlangen vorzulegen.
- (12) Die Datenstelle unterrichtet die Auftraggeber unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs. Die Datenstelle weist die Auftraggeber unverzüglich darauf hin, wenn sie der Ansicht ist, dass Weisungen der Auftraggeber gegen das BDSG oder andere Rechtsvorschriften verstoßen.
- (13) Die Datenstelle liefert den Auftraggebern die für die Meldung nach § 80 Abs. 3 SGB X erforderlichen Angaben.
- (14) Subunternehmer dürfen nur mit vorheriger schriftlicher Einwilligung der Auftraggeber eingeschaltet werden, es sei denn, es handelt sich um unwesentliche Teilleistungen im Sinne des § 4 Nr. 4 Satz 2 VOL/B. Die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Datenstelle und Subunternehmer sind so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen Auftraggebern und Datenstelle entsprechen.

Mit Ausnahme der vorherigen schriftlichen Einwilligung gilt Abs. 1 auch für Subunternehmer, die Prüfungen oder Wartung von automatisierten Verfahren oder von Datenverarbeitungsanlagen der Datenstelle vornehmen. Derartige Aufträge sind jedem Verband der Krankenkassen vor Vertragsabschluss mitzuteilen.

Beauftragt die Datenstelle für den Datentransport einen Transportunternehmer, so hat sie sicherzustellen und jedem Auftraggeber auf Verlangen nachzuweisen, dass der Transportunternehmer die Datenschutzbestimmungen beachtet. Werden Unterlagen bei den Auftraggebern abgeholt, stattet die Datenstelle den Transportunternehmer mit einem schriftlichen Berechtigungsausweis für die Empfangnahme der Unterlagen aus.

§ 11

Datentransport

- (1) Daten sind über Datenfernübertragung (DFÜ) oder mittels Datenträger auszutauschen. Die Initiative für den DFÜ-Kommunikationsvorgang übernimmt der Absender. Der Absender hat sicherzustellen, dass der Kommunikationspartner die für den Empfang der Daten berechnete Stelle ist. Dies kann über die Vergabe entsprechender Passwörter geschehen. Einigen sich Absender und Empfänger nicht auf das automatische Recovery

gemäß ISO IS 8571 FTAM, gilt für Übertragungsabbrüche, dass die betroffene Datei vom Absender erneut übertragen wird. Innerhalb des ISDN/DATEX-P wird die Rufnummer des aktiven Partners übergeben und vom passiven Partner geprüft. Deshalb muss die ISDN/DATEX-P-Nummer jedes möglichen aktiven Partners den passiven Partnern gemeldet werden; jede Änderung ist unverzüglich und rechtzeitig im Voraus den beteiligten Stellen bekanntzugeben. Zur Sicherstellung eindeutiger Partnernamen im DFÜ-Netz werden die jeweiligen IK-Nummern der Partner verwendet.

- (2) Datenträger sind von den Auftraggebern und der Datenstelle als Einschreiben eigenhändig zu versenden. Hierbei sind verschließbare Behälter in neutraler, verschlossener Verpackung zu verwenden. Zu den Behältern erhalten die Auftraggeber und die Datenstelle jeweils einen Schlüssel, für dessen Verlust sie haften. Wenn keine verschließbaren Behälter zur Verfügung stehen, sind die Datenträger zu versiegeln oder plombiert zu verpacken und in einer neutralen, verschlossenen weiteren Verpackung per Einschreiben eigenhändig zu versenden. Die bei jedem Transport zu verwendenden Begleitpapiere und Quittungen sind unverzüglich zurückzusenden oder gesondert aufzubewahren und zur Prüfung herauszugeben.

§ 12

Pflichten der Auftraggeber

- (1) Die Auftraggeber entscheiden über die Zulässigkeit der Datenverarbeitung und bleiben in jeder Phase der Datenverarbeitung jeweils verantwortlich für die Wahrung der Rechte derjenigen, deren Daten verarbeitet werden. Die Krankenkassen/Ersatzkassen behalten deshalb das alleinige Verfügungsrecht über die Daten.
- (2) Aufträge werden von den Auftraggebern schriftlich bzw. in Textform erteilt. Die Auftraggeber haben auf Anforderung der Datenstelle Aufträge, Weisungen und Erläuterungen zu präzisieren.
- (3) Die Auftraggeber sind verpflichtet und berechtigt, erforderlichenfalls Weisungen nach § 80 Abs. 2 SGB X betreffend die Ergänzung der bei der Datenstelle vorhandenen technischen und organisatorischen Maßnahmen schriftlich zu erteilen.
- (4) Die Auftraggeber informieren die Datenstelle unverzüglich schriftlich über festgestellte Fehler oder Unregelmäßigkeiten der Auftragsleistung.
- (5) Die weisungs-, empfangs- und kontrollberechtigten Personen - im Rahmen des Auftragsverhältnisses - sind der Datenstelle von den Auftraggebern schriftlich zu benennen. Sie haben sich bei der Ausübung ihrer Befugnisse zu legitimieren.

§ 13

Haftung bei Verletzung von Datenschutzbestimmungen

Die Haftung richtet sich nach § 22 dieses Vertrages und den gesetzlichen Bestimmungen. Die Datenstelle bestätigt, sich gegen die Inanspruchnahme wegen Verletzung von Datenschutzvorschriften versichert zu haben. Die Versicherungssumme beträgt mindestens 500.000,00 EUR.

Abschnitt IV

Datenstellenprüfung

§ 14

Prüfung der Datenstelle und

Prüfung der Versichertenzeiten nach §§ 15a und 42 RSAV

(1) Die Auftraggeber prüfen mindestens einmal jährlich in den Räumen der Datenstelle die Qualität der Leistungserbringung. Diese Prüfung umfasst sowohl alle DMP als auch sämtliche Prozessabläufe. Inhalte der Datenstellenprüfung sind insbesondere:

- die Qualität der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentationen) in Bezug auf:
 - Dokumentation des Posteinganges,
 - Prüfung des fristgerechten Eingangs,
 - Prüfung der Vollständigkeit und Plausibilität unter Berücksichtigung der Plausibilitätsrichtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen,
- die vertragsgemäße Umsetzung des Korrekturverfahrens unter Berücksichtigung der Anforderungen des Bundesversicherungsamtes:
 - die Richtigkeit der Erfassung der Daten,
 - vollständige und lückenlose Archivierung der Dokumentationsdaten und des Schriftwechsels zum Korrekturverfahren.

(2) Die Qualitätsprüfungen werden durch von der Arbeitsgemeinschaft DMP autorisierte Mitarbeiter der Mitgliedskassen vorgenommen. Die für die Prüfungen autorisierten Mitarbeiter erhalten ein Merkblatt über die Dienstpflichten der Angestellten und geben vor Aufnahme ihrer Tätigkeit die Erklärung zum Datengeheimnis/Sozialgeheimnis gegenüber

der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP ab. Die datenschutzrechtlichen Verpflichtungen gelten auch im Verhältnis zur abordnenden Stelle und nach der Beendigung der Prüfung.

- (3) Die Prüfung erfolgt auf Basis von Stichproben aus dem in die Prüfung einbezogenen Datenbestand.
- (4) Es werden grundsätzlich 100 Fälle geprüft. Die Stichprobenfälle werden der Datenstelle zwei Wochen vor Beginn der Qualitätsprüfung bekannt gegeben. Im Fokus steht das sogenannte Image-Verfahren.
- (5) Die Prüfung erfolgt durch den Abgleich der den Krankenkassen übermittelten Datensätze mit den bei der Datenstelle vorliegenden Unterlagen.
- (6) Die Durchführung der Qualitätsprüfungen sowie deren Feststellungen sind fallbezogen zu dokumentieren. Feststellungen zu Einzeldatensätzen sind so zu pseudonymisieren, dass der Rückgriff auf die Daten der Datenstelle sowie der Daten der jeweiligen Krankenkasse möglich bleibt.
- (7) Das Ergebnis wird den Auftraggebern sowie der Datenstelle in Form eines Prüfberichtes bekannt gegeben. Die Prüfberichte sowie die dokumentierten Maßnahmen zur Umsetzung der Prüfergebnisse sind von der Datenstelle sowie der Arbeitsgemeinschaft DMP sieben Jahre, beginnend mit dem dem Prüfzeitraum folgenden Kalenderjahr, zu archivieren.
- (8) Die ergänzenden Regelungen/Aufgaben im Zuge der Prüfung der Versichertenzeiten nach §§ 15 a und 42 RSAV sind in der Anlage 1 zusammengefasst.

Abschnitt V

Zusammenarbeit, Qualitätssicherung, Vertraulichkeit

§ 15

Grundsätze der Zusammenarbeit

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, zur Erfüllung dieses Vertrages konstruktiv und loyal zusammenzuarbeiten. Die Vertragspartner werden sich wechselseitig unverzüglich über alle Umstände und Geschehnisse informieren, die für die Zusammenarbeit nach diesem Vertrag bedeutsam sind oder sein könnten.
- (2) Die Auftraggeber haben gegenüber den von der Datenstelle eingesetzten Personen kein Weisungsrecht; zwischen ihnen besteht kein Arbeitsverhältnis.
- (3) Die Auftraggeber werden Anforderungen und/oder Weisungen ausschließlich an die von der Datenstelle zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses schriftlich benannten

verantwortlichen Personen richten. Änderungen der verantwortlichen Personen wirken gegenüber den Auftraggebern nur, wenn diese zuvor sämtlichen Auftraggebern schriftlich angezeigt wurden.

§ 16

Qualitätssicherungsaktivitäten

- (1) Die Ausführungsfristen der Aufgabenbeschreibung nach § 4 sind zwingend einzuhalten. Sofern Störungen in den Datenprozessen eintreten, sind die Auftraggeber hierüber umgehend zu informieren (z. B. per E-Mail).
- (2) Die Datenstelle prüft die Dokumentationsdaten vor Versand an die Auftraggeber, KVH und Gemeinsame Einrichtung in einem zusätzlichen Prüfungslauf. Eine abschließende Verlagerung der Haftungs- und Rügepflicht auf die Datenstelle ist damit nicht verbunden.
- (3) Vor Versand von Schreiben an die koordinierenden Ärzte werden diese regelmäßig stichprobenartig geprüft.
- (4) Die Datenstelle stellt die Qualifikation und Fortbildung ihrer Mitarbeiter sicher. Hierzu gehört insbesondere die Vermittlung von Fachwissen, wie z. B. Regelungen der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung und Bestimmungen des Bundesversicherungsamtes.
- (5) Die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP informiert die Datenstelle unverzüglich über notwendige Anpassungen der Datenflüsse aufgrund von Regelungen der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung (z.B. bundeseinheitliche Vorgaben) und Bestimmungen des Bundesversicherungsamtes.
- (6) Die Datenstelle bietet den DMP teilnehmenden Ärzten ihre Unterstützung bei Fragen zum Erstellen von Dokumentationen an. Ferner informiert sie anfragende Ärzte zu den DMP-Prozessen Einschreibung, Arztwechsel, Neueinschreibung etc. Informationen zur DMP-Vergütung sind ausschließlich der KVH vorbehalten.
- (7) Anregungen und Beschwerden von an den DMP teilnehmenden Ärzten werden dokumentiert und an die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP übermittelt. Die Aufzeichnung wird von der Datenstelle und der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP wahrgenommen. Ärzte erhalten kurzfristig - möglichst innerhalb von 48 Stunden - eine Rückmeldung zu ihren Anregungen/Beschwerden. Die Aufzeichnungen werden von der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP aufbewahrt und in den Gesprächen mit der Datenstelle erörtert.

- (8) Die Datenstelle dokumentiert ihre Qualitätssicherungsmaßnahmen und informiert die Verbände der Krankenkassen in Hamburg monatlich über Auffälligkeiten; liegen keine vor, gibt sie dazu eine kurze Information.
- (9) Um weitere Optimierungen des Datenmanagements zu erreichen, führen die Auftraggeber einmal jährlich Qualitätssicherungsgespräche mit der Datenstelle.

§ 17

Sicherstellung der elektronischen Dokumentation (eDMP)

- (1) Die Datenstelle unterstützt Vertragsärzte bei Fragen zu eDMP. Hierzu gehören auch Hilfen bei Fragen zur Praxissoftware.
- (2) Die Datenstelle stellt ein Online-Erfassungsverfahren für die DMP-Dokumentationen bereit. Dabei werden insbesondere die Regelungen des Datenschutzes beachtet. Die Online-Dokumentation steht den Vertragsärzten kostenfrei zur Verfügung.
- (3) Im Übrigen sind die Regelungen zu eDMP in den Anhängen zur Aufgabenbeschreibung nach Anlage 1 zusammengefasst.

§ 18

Vertraulichkeit

Die Vertragsparteien verpflichten sich gegenseitig, über alle von ihnen in Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages erlangten Kenntnisse und Informationen auch über das Ende der Vertragslaufzeit hinaus Stillschweigen zu bewahren. Alle vom Auftraggeber zur Verfügung gestellten Auskünfte und erlangten Informationen jeglicher Art dürfen ausschließlich bei der Zusammenarbeit der Vertragsparteien zur Erfüllung dieses Vertrages verwendet werden. Die Vertragsparteien werden diese Verpflichtungen auch ihren Mitarbeitern auferlegen. Die Vertragsparteien werden alle in Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages erlangten Kenntnisse und Informationen nur für den vertraglichen Zweck nutzen, zu dem sie übermittelt worden sind und nicht ohne die vorherige schriftliche Zustimmung des jeweiligen anderen Vertragspartners Dritten zugänglich zu machen oder gegenüber Dritten verwenden. Das Zustimmungserfordernis gilt nicht für gesetzlich vorgesehene Auskünfte gegenüber Behörden.

Abschnitt VI

Vergütung, Abrechnung und Pflichtverletzung

§ 19

Vergütung

(1) Die Datenstelle erhält für die von ihm nach diesem Vertrag geschuldeten Leistungen eine Vergütung wie folgt:

a) Im Falle der beleghaften Dokumentation:

für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der TE/EWE, incl. der Weiterleitung des Originals und jeder Verbesserung in Papierform EUR 0,86173,

b) Im Falle der beleglosen Dokumentation:

(ba) für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der Erstdokumentation EUR 0,93353,

(bb) für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der Folgedokumentation EUR 0,93353.

c) Im Fall der Arzt-Reminder:

für jeden versendeten Reminder an die DMP-Ärzte 3,24168 Euro.

Der Vergütungsanspruch versteht sich unter Einschluss sämtlicher Personal-, Sach-, Material-, Einrichtungs- und sonstigen Nebenkosten sowie der derzeit gültigen Mehrwertsteuer. Nicht im Pauschalpreis enthalten sind lediglich die anfallenden Portokosten für Nachforderungen. Die tatsächlichen Portokosten der Nachforderungen legt die Datenstelle im Verhältnis der betroffenen Versicherten auf die an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen um.

(2) Die vorstehenden Vergütungsansprüche der Datenstelle entstehen – für die TE/EWE - mit Eingang der TE/EWE bei der jeweiligen Krankenkasse bzw. nach vollständigem und fehlerfreiem Abschluss des Datenvorgang im Zusammenhang mit einer Erst- oder Folgedokumentation sowie der Versendung des Arzt-Reminders bei dem jeweiligen Auftraggeber bzw. der jeweiligen Krankenkasse. Die Fälligkeit des Anspruchs richtet sich nach unten genannten Absatz 5.

(3) Die vorstehenden Vergütungsansprüche der Datenstelle entstehen mit der Erfüllung des Datenmanagements nach der Aufgabenbeschreibung.

- (4) Kann ein Datenvorgang innerhalb der Ausführungsfristen durch die Datenstelle nicht vertragsgerecht abgeschlossen werden, weil der koordinierende Vertragsarzt die Daten - obwohl die Datenstelle diese in dem von ihm geschuldeten Umfang nachgefordert hat - nicht vollständig bzw. plausibel übermittelt, steht der Datenstelle für diesen eingeleiteten Datenvorgang ebenfalls die vollständige Vergütung nach Absatz 1 zu.
- (5) Die Vergütungsansprüche bestehen jeweils nur gegen die Krankenkassen. Vergütungsansprüche nach diesem Vertrag können gegenüber der Arbeitsgemeinschaft DMP, den koordinierenden Ärzten, der Gemeinsamen Einrichtung und der KVH nicht geltend gemacht werden. Die Auftraggeber haften nur für ihre eigenen Kosten nach § 20. Eine gesamtschuldnerische Haftung der Auftraggeber besteht nicht.
- (6) Die Fehlerfreiheit der Leistungserbringung ist von der Datenstelle nachzuweisen.
- (7) Der Wegfall oder die Minderung des Vergütungsanspruchs steht einem Schadensersatzanspruch nicht entgegen. Auf den Vertragsstrafenanspruch nach § 24 sind sie nicht anzurechnen.

§ 20

Abrechnung

- (1) Die Datenstelle erstellt monatlich einmal eine Rechnung an den jeweiligen Auftraggeber über die für diesen im Vormonat erbrachten Leistungen. Für Krankenkassen mit geringem Datenaufkommen ist eine quartalsweise einmalige Rechnungslegung für erbrachte Leistungen aus dem Vorquartal möglich.
- (2) Die Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:
 - Anzahl der weitergeleiteten TE/EWE;
 - Angabe über die Zahl vollständig und fehlerfrei abgeschlossener Datenvorgänge im Rechnungszeitraum, gegliedert nach der Art der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation);
 - die Anzahl der Datenvorgänge im Rechnungszeitraum, die trotz im geschuldeten Umfang erfolgter Nachforderung durch die Datenstelle nicht vollständig und/oder fehlerfrei abgeschlossen werden konnten.

Auf Anfrage eines Auftraggebers sind auch das Datum von Eingang und Ausgang der in Rechnung gestellten TE/EWE bei der Datenstelle anzugeben. Für die Rechnungsprüfung übermittelt die Datenstelle im Statusdatensatz/im Workflow-Datensatz die Rechnungsnummer.

Darüber hinaus ist den jeweiligen Rechnungen eine separate Liste beizufügen, in der unter Nennung der Arztnummer des jeweiligen kooperierenden Vertragsarztes und der Versichertennummern mitgeteilt wird, welche Datenvorgänge für Versicherte des jeweiligen Auftraggebers vollständig und fehlerfrei abgeschlossen wurden. Der jeweilige Auftraggeber kann den Umfang der an ihn zu übermittelnden Informationen erweitern.

§ 21

Fälligkeit der Zahlungen

Die nach Maßgabe von § 20 erstellten Rechnungen sind vom jeweiligen Auftraggeber innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang der Rechnung bei diesem zu begleichen. Die Datenstelle kann nach Ablauf von 12 Monaten nach Eingang der jeweiligen Rechnung beim jeweiligen Auftraggeber keine Nachforderungen für den abgerechneten Zeitraum mehr erheben.

§ 22

Pflichtverletzung, Haftung

- (1) Erbringt die Datenstelle fällige Leistungen nach diesem Vertrag bzw. nach Kapitel II der Verdingungsunterlagen (Anlage 9) nicht oder nicht wie geschuldet innerhalb der für die jeweilige Leistung vereinbarten Ausführungsfrist, kann der jeweilige Auftraggeber die Leistung selbst vornehmen und Ersatz der erforderlichen Aufwendungen, Minderung, Schadensersatz oder gemäß § 284 BGB Ersatz vergeblicher Aufwendungen verlangen, nachdem er der Datenstelle eine angemessene Frist zur Erfüllung seiner Leistung aufgegeben hat. Dies gilt nicht, wenn die Datenstelle die Pflichtverletzungen nicht zu vertreten hat.
- (2) Darüber hinaus haftet die Datenstelle dem jeweiligen Auftraggeber für alle Schäden, die dem jeweiligen Auftraggeber durch eine Pflichtverletzung der Datenstelle entstehen, es sei denn, die Datenstelle hat die Pflichtverletzung nicht zu vertreten. Dies gilt insbesondere für Verletzungen der Pflichten der Datenstelle nach Abschnitt III dieses Vertrages. Die Datenstelle übernimmt die Haftung für Schäden des jeweiligen Auftraggebers und Dritter, die bei der unzulässigen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der Daten entstehen.

§ 23

Freistellung von Ansprüchen Dritter

- (1) Die Datenstelle hat jeden Auftraggeber von allen gesetzlichen Ansprüchen Dritter freizustellen, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag aus einer fehlerhaften Leistung oder sonstigem Vertragsverstoß der Datenstelle ergeben.
- (2) Die Datenstelle verpflichtet sich, zur Abdeckung von Risiken nach Absatz 1 ausreichende Versicherungen abzuschließen. Diese Versicherungen sind gegenüber jedem Auftraggeber nachzuweisen.

§ 24

Vertragsstrafe

- (1) Erbringt die Datenstelle schuldhaft die von ihr nach diesem Vertrag sowie insbesondere nach der Aufgabenbeschreibung geschuldeten Leistungen nicht oder nicht fehlerfrei innerhalb der für die jeweilige Leistung vereinbarten Ausführungsfrist, steht dem jeweils betroffenen Auftraggeber bei verspäteter Leistungserbringung für jeden Tag der Fristüberschreitung ein Vertragsstrafenanspruch in folgender Höhe zu:
 - im Zusammenhang mit der Teilnahmeerklärung / Einwilligungserklärung:
1,00 EUR je Teilnahme-/Einwilligungserklärung;
 - im Zusammenhang mit der Erst- oder Folgedokumentation, soweit die Leistungen gegenüber dem jeweiligen Auftraggeber geschuldet sind:
2,00 EUR je Dokumentationsvorgang;
 - im Zusammenhang mit der Erst- und Folgedokumentation, soweit die Leistungen gegenüber der Arbeitsgemeinschaft DMP geschuldet sind:
1,00 EUR je Dokumentationsvorgang.
- (2) Der Vertragsstrafenanspruch ist der Höhe nach begrenzt auf 10 v. H. der Rechnungssumme, die der Datenstelle im Falle einer fehlerfreien Leistungserbringung gegenüber sämtlichen Auftraggebern in dem Zeitraum, für den eine Vertragsstrafe beansprucht wird, zustände.

Abschnitt VII

Sonstige Bestimmungen, Laufzeit

§ 25

Verdingungsunterlagen

Die Verdingungsunterlagen in der Fassung des Datenstellenvertrags vom 01.03.2006 in der Fassung des 7. Nachtrags vom 26.06.08 sind als Anlage 9 Bestandteil dieses Vertrags und gelten für die Laufzeit des Vertrags gemäß § 31 unverändert fort, soweit in diesem Vertrag keine ausdrücklichen abweichenden Regelungen vereinbart wurden.

§ 26

Erstreckung des Vertrages auf weitere DMP

Die Datenstelle verpflichtet sich, das Datenmanagement im Rahmen der Einführung weiterer DMP zu übernehmen. Die Vergütung der Datenstelle bestimmt sich in diesem Fall nach § 19.

§ 27

Rechte an Ergebnissen

Die Datenstelle räumt den Auftraggebern unentgeltlich und unwiderruflich das ausschließliche, dauerhafte und übertragbare Recht ein, sämtliche im Rahmen des Vertrags erbrachten Leistungsergebnisse auf alle Arten, soweit gesetzlich zugelassen, zu nutzen.

§ 28

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 29

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte eine Lücke dieses Vertrages offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieses Vertrages. Die Vertragsparteien sind in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegen kommt.

§ 30

Gerichtsstand

Ausschließlicher Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus und im Zusammenhang mit diesem Vertrag ist Hamburg.

§ 31

Laufzeit, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag löst den bisherigen Datenstellenvertrag vom 01.03.2006 in der Fassung des 7. Nachtrags ab und tritt mit Wirkung ab 01.07.2008 in Kraft.
- (2) Die Laufzeit dieses Vertrages ist unbefristet. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als ein wichtiger Grund gelten stets die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch die Datenstelle oder die Kündigung der DMP-Verträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.
- (3) Die Auftraggeber können den Vertrag gemeinsam mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen, wenn die Erforderlichkeit der von der Datenstelle durchgeführten Tätigkeiten aufgrund von gesetzlichen oder sonstigen rechtlichen Änderungen der für DMP maßgeblichen Gesetze und Verordnungen entfällt.
- (4) Jeder Verband der Krankenkassen kann den Vertrag ganz oder teilweise mit Wirkung für eine DMP-Diagnose mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen, wenn eines der von ihm durchgeführten DMP, insbesondere wegen der nicht oder nicht mehr durch das BVA erteilten Akkreditierung, für ihn endet. Kündigt einer der Verbände der Krankenkassen in Hamburg für sich, berührt dies den Fortbestand des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragspartnern nicht.

- (5) Kündigt einer oder kündigen sämtliche Verbände der Krankenkassen in Hamburg diesen Vertrag aus außerordentlichem Grund, den die Datenstelle zu vertreten hat, hat die Datenstelle den kündigenden Verbänden der Krankenkassen den Schaden zu ersetzen, der ihnen jeweils infolge der Kündigung entsteht.

Hamburg, den

INTER-FORUM AG

AOK Rheinland/Hamburg
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

BKK-Landesverband NORDWEST
- zugleich für die SVLFG als LKK
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

IKK classic
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
- zugleich als Mitglied der Gemeinsamen
Einrichtung -

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
- zugleich als Mitglied der Gemeinsamen
Einrichtung -
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Hamburg

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
- zugleich als Mitglied 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	6
2.4	Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren	7
2.4.1	Erfassung der TE/EWE	7
2.4.2	Prüfung der TE/EWE auf Vollständigkeit	7
2.4.3	Anforderung unvollständiger TE/EWE	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	8
3	Leistungen im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation (ED und FD)	9
3.1	Annahme der Dokumentationen	10
3.2	Archivierung der ED/FD	11
3.2.1	Archivierung bei belegloser Dokumentation	12
3.2.2	Archivierung bei beleghafter Dokumentation	12
3.3	Prüfung der Berechtigung des Arztes zur Erstellung von DMP-Dokumentationen	12
3.4	In Vertretung erstellte Dokumentation	13
3.5	Prüfung der ED/FD auf Einhaltung der Frist	13
3.6	Prüfung der ED/FD auf Mehrfachdokumentation	14
3.7	Zwischenspeicherung der ED/FD	14
3.8	Pseudonymisierung der Datensätze	15
3.9	Prüfung der ED/FD auf Vollständigkeit und Plausibilität	16
3.10	Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible DMP-Dokumentationen	16
3.11	Weiterleitung der ED/FD	18
4	Rückmeldeverfahren	18
4.1	Zweckgebundenheit des DMP-Falles	18
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 Kranken-versichertennummer	21

4.4.2	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens	22
4.4.3	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens und Wechsel der Versichertennummer	23
4.4.4	Meldung der Krankenkasse bei Beendigung, Stornierung oder Reaktivierung von DMP-Einschreibungen	24
4.4.5	Beendigung von DMP-Fallverläufen durch die Datenstelle	24
5	Weiterleitung der Daten	26
5.1	Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse	26
5.2	Weiterleitung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung bzw. KVH	26
5.2.1	Erstellen des Arzt-Reminders	27
5.2.2	Datenweitergabe an den externen Evaluator	27
5.3	Testdatenlieferungen	28
5.4	Besonderheiten BKK'n	28
5.5	Besonderheiten IKK'n	29
6	Leistungen bei Prüfungen gem. §§ 15a bzw. 42 RSAV	29
6.1	Anforderung der zur Durchführung der Prüfung nach §§ 15a bzw. 42 RSAV relevanten Unterlagen	30
6.2	Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen	30
6.3	Definition der vorzulegenden Unterlagen	30
6.4	Sortierfolge der Unterlagen	31
6.5	Versand der vorzulegenden Unterlagen	32
6.6	Verschlüsselung von Daten	32
6.7	Lieferschein	32
6.8	Nachforderung von Prüfunterlagen	33
6.9	Dokumentation und/oder Image sind nicht auffindbar	33
7	Informationen an die Auftraggeber	33
7.1	Online-Recherche	34
7.2	Statusdatensatz	34
7.3	Verbandsstatistik	34
7.4	Information an den koordinierenden Arzt	35
7.5	Abrechnungsstatistiken	35
7.5.1	Vergütungsdatei für die Kassenärztliche Vereinigung	36
7.5.2	Rechnungsbegründende Unterlagen für die Krankenkassen	36

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. Im weiteren Verlauf der DMP-Teilnahme erstellt er ausschließlich Folgedokumentationen. Diese 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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.). 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
 - Kassenummer
 - Lebenslange Arztnummer (LANR)
 - Betriebsstättennummer (BSNR)
 - Versichertennummer
 - Kopfdatum
 - Krankheitsbild
 - 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

Bei mehreren angekreuzten Indikationen auf der TE/EWE ist für jede Indikation 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 beschriebenen Regeln.

Das Vorhandensein eines Arztstempels ist nicht erforderlich, sofern die Lebenslange Arzt-
nummer und die Betriebsstättennummer in den Kopfdaten eindeutig erkennbar sind. Die Le-
benslange Arztnummer und die Betriebsstättennummer können auch vom Arztstempel über-
nommen werden, wenn diese nicht in den Kopfdaten enthalten sind.

2.4.3 Anforderung unvollständiger TE/EWE

Die unvollständigen oder fehlenden Angaben auf 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 jeweili-
gen Krankenkasse weitergeleitet. Zusätzlich zu den nach Punkt 2.3 weitergeleiteten TE/EWE
werden auch die bei der Datenstelle eingehenden Korrekturdaten der TE/EWE im Original an
das DMP-Datenzentrum bzw. die jeweiligen Krankenkassen übermittelt.

2.4.5 Verarbeitung von nicht vertraglich vereinbarten TE/EWE

Für die TE/EWE sind nur Formulare gemäß Anlage 3 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 Status-
hinweis „nicht plausibel“ weitergeleitet.

Die Ärzte werden im Rahmen des Korrekturverfahrens mittels eines Textbausteins sowie der
Visualisierung der entsprechenden Belege (gekreuzte Images) auf die Verwendung ungülti-
ger 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 zu beachten sind,
- die Datensätze und Images für 5 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 5 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 Folgedokumentation (ED und FD)

Die DMP-Dokumentationen (ED und FD) werden in belegloser Form (eDMP) bei der Datenstelle eingereicht.

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

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

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

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

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

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

3.2 Archivierung der ED/FD

Alle bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationsdaten 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 zu beachten sind,
- die eingegangenen DMP-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 Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können. Die Datenstelle gewährleistet, dass die jeweilige Aufsichtsbehörde die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Aufsichtsbehörde eine Prüfung der archivierten DMP-Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, gewährleistet die Datenstelle, dass ausschließlich die mit der Prüfung beauftragten Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde die entsprechenden Unterlagen erhalten. Diese Mitarbeiter werden der Datenstelle rechtzeitig vom Auftraggeber bzw. der Prüfbehörde benannt,
- die eingesetzten Archivierungstechnologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit/Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen,
- nach Ablauf von 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,
- die Datenstelle ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, welches sie mit den Auftraggebern abstimmt.

3.2.1 Archivierung bei belegloser Dokumentation

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

- die Datensätze gemäß den Standards der elektronischen Datenarchivierung im Sozialversicherungssektor auf einem dazu geeigneten und gesetzlich erlaubten Medium zu speichern sind,
- die Datensätze mit einem Read-Only-Schutz zu speichern sind,
- die Datenträger (Diskette, CD-ROM, DVD) aufbewahrt und nach erfolgreicher Datenzuordnung vernichtet werden.

3.2.2 Archivierung bei beleghafter Dokumentation

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

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

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

Bei Dokumentationen, die ab dem 01.07.2008 erstellt werden, ist zu prüfen, ob der Arzt am betreffenden DMP teilnimmt und in der angegebenen Betriebsstätte zur Erbringung von DMP-Leistungen zugelassen ist. Sofern die Kombination aus Lebenslanger Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) nicht in der aktuellen Arztliste enthalten oder sie laut aktueller Arztliste nicht mehr gültig ist, wird die KVH per Mail informiert. Wird erst nach Erstellung der Dokumentation, jedoch noch innerhalb der geltenden Übermittlungsfrist 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 Übermittlungsfrist (vgl. Punkt 3.5) 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 Dokumentationen bis zum Ende der Übermittlungsfrist des jeweiligen Dokumentationszeitraums von der Datenstelle angenommen.

3.4 In Vertretung erstellte Dokumentation

Die Datenstelle prüft bei jeder eingehenden DMP-Dokumentation, ob das Kennzeichen „Dokumentation in Vertretung“ auf der DMP-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 ED/FD auf Einhaltung der Frist

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

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

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

- der jeweilige Arzt wird über die Verfristung der Dokumentation informiert (vgl. 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 ED/FD auf Mehrfachdokumentation

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 koordinierenden Arzt (LANR), für denselben Versicherten und für dieselbe Diagnose, oder von derselben Praxis (BSNR) 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.

3.7 Zwischenspeicherung der ED/FD

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

- Zwischenspeicher 1

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

- Zwischenspeicher 2

Die für die Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung bestimmten Datensätze mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug (vgl. 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 Versichertennummer zum Pseudonym eindeutig ist und ein Pseudonym nicht unterschiedlichen Versicherten zugeordnet wird. Zur Pseudonymisierung ist das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entwickelte Pseudonymisierungsverfahren anzuwenden. Dieses sieht insbesondere vor, dass

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

Die Datenstelle stellt durch geeignete Zuordnungstabellen sicher, dass eine Versichertennummer ausschließlich einmal pseudonymisiert und einem Versicherten genau ein Pseudonym zugeordnet wird. Bei Änderungen in der Kassen- oder Krankenversichertennummer ohne Wechsel der Krankenkasse, bleibt das ursprünglich vergebene Pseudonym für den

Versicherten erhalten. Hierzu stellen die Krankenkassen eine historisierte Patientenhistorie, welche eine entsprechende Zuordnung auch bei Krankenversichertenkarten-Nummerwechsel ermöglicht, zur Verfügung.

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

3.9 Prüfung der ED/FD auf Vollständigkeit und Plausibilität

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

3.10 Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible DMP-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 Montag bis Freitag in der Zeit von 8:00 Uhr bis 18:30 Uhr erreichbar ist. Daneben stehen den koordinierenden Ärzten die Kontaktwege Fax und E-Mail zur Verfügung.

Korrekturen von Dokumentationen können über fünf 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 des einzelnen unvollständigen und/oder unplausiblen Datensatzes vom koordinierenden Arzt an die Datenstelle
3. die Übermittlung 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
5. wenn 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 eine elektronische Dokumentation unter Angabe eines Korrekturkennzeichens und liegt keine zuordenbare Originaldokumentation vor, wird die Dokumentation ohne Beachtung des Korrekturkennzeichens verarbeitet. Übermittelt der koordinierende Arzt trotz Ankündigung keine weitere plausible Dokumentation bis zum Ende der Übermittlungsfrist, wird die zuerst übermittelte plausible Dokumentation für die weitere Verarbeitung berücksichtigt.

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.

An ausstehende Korrekturen des koordinierenden Arztes wird bis zum Ablauf der Übermittlungsfrist aller 10 Werktage 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 Dokumentationszeit-

raumes) 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.

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 ED/FD

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

4 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 §§ 15a und 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. Zudem hat die Datenstelle sicherzustellen, dass eine im selben Dokumentationszeitraum erstellte Folgedokumentation ebenfalls verarbeitet wird.

Ein DMP-Fallverlauf bestimmt sich grundsätzlich nach der lebenslangen Arztnummer in Kombination mit der Betriebsstättennummer. 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 das gleiche DMP wiederholt vom selben koordinierenden Arzt bzw. von derselben Betriebsstätte Erstdokumentationen ein, werden diese nur weiterverarbeitet und dem DMP-Fall zugeordnet, wenn zuvor zwei Folgedokumentationen gefehlt haben oder eine Ausschreibungsmitteilung der Krankenkasse vorgelegen hat, in allen anderen Fällen werden die Erstdokumentationen im laufenden Fall von der Datenstelle nicht weiterverarbeitet, jedoch gespeichert und im Einzelfall bei Bedarf der Krankenkasse zur Verfügung gestellt. Die koordinierenden Ärzte werden über die nicht weiterverarbeiteten Erstdokumentationen informiert (vgl. 7.4). Der beschriebene Prozess bei wiederholter Übermittlung von Erstdokumentationen kommt bei der Indikation Brustkrebs nicht zur Anwendung.

Sofern innerhalb eines Dokumentationszeitraums vollständige und plausible Erst- und Folgedokumentationen wiederholt vom selben koordinierenden Arzt bzw. der gleichen Betriebsstätte für das gleiche DMP für einen Versicherten eingehen, sind diese Mehrfachdokumenta-

tionen 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.

Gehen innerhalb eines Dokumentationszeitraums 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.

Die Datenstelle pflegt die DMP-Fälle unter den Aspekten, dass die Krankenkassen ihre Änderungen zum DMP-Fall über die Anhänge zur Technischen Anlage DMP beschriebenen RD-Segmente beziehungsweise die analogen Datensatzbeschreibungen (im CSV- oder Dimas-Format) melden.

Alle in diesem Zusammenhang übermittelten Angaben sind zu berücksichtigen und zu übernehmen. Die Meldungen erfolgen fallbezogen – nur im Ausnahmefall erfolgt die Meldung dokumentationsbezogen.

Der Fallverlauf wird von der Datenstelle beendet, wenn:

- die Krankenkasse die Datenstelle über eine vorgenommene Ausschreibung informiert (vgl. Punkt 4.4.4) oder
- ausgehend von der letzten vorliegenden Dokumentation für mindestens 2 abgelaufene Dokumentationszeiträume nach Ende der Übermittlungsfrist keine Dokumentationen bei der Datenstelle eingegangen sind (vgl. Punkt 4.4.5).

4.3 Definition und Speicherung des DMP-Falles

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

- Angabe zur Indikation,
- lebenslange Arztnummer der Erstdokumentation,
- Betriebsstättennummer der Erstdokumentation,
- ggf. Krankenhaus-IK der Erstdokumentation,
- Krankenversichertennummer (numerisch, alphanumerisch),
- Name des Versicherten,
- Vorname des Versicherten,

- Geburtsdatum des Versicherten,
- Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse von der KV-Karte,
- Haupt-Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse, das die Datenstelle 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. Gründe für eine fehlende Zuordnung aufgrund der Krankenversicherungsnummer können insbesondere sein:

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

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

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

4.4 Meldungen der Krankenkassen

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

4.4.1 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Krankenversicherungsnummer

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

Meldung der Krankenkasse

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

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

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt die Informationen in die Datenbank.

Die Datenstelle gewährleistet eine Verknüpfung des „alten“ und „neuen“ Versichertenstammdatensatzes, um u. a. für spätere Datenlieferungen zur Evaluation und Durchführung der Prüfungen nach §§ 15a und 42 RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

4.4.2 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens

Sachverhalt

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

Meldung der Krankenkasse

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

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

Maßnahme der Datenstelle

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

Die Datenstelle gewährleistet eine Verknüpfung des „alten“ und „neuen“ Versichertenstammdatensatzes, um u. a. für spätere Datenlieferungen zur Evaluation und Durchführung der Prüfungen nach §§ 15a und 42 RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

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

Sachverhalt

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

Meldung der Krankenkasse

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

- Angabe der Indikation
- Datenstellen-Institutionskennzeichen
- KV-Bereich
- Kassen-Institutionskennzeichen
- Kassen-Institutionskennzeichen neu
- Kassen-Institutionskennzeichen neu gültig ab
- Versichertennummer alt
- Versichertennummer neu

- Versichertennummer neu gültig ab
- ggf. Datensatz-Identifikation, welche die Datenstelle vergeben hat

Maßnahme der Datenstelle

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

Die Datenstelle gewährleistet eine Verknüpfung des „alten“ und „neuen“ Versichertenstammdatensätze, um u. a. für spätere Datenlieferungen zur Evaluation und Durchführung der Prüfungen nach §§ 15a und 42 RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

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

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

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

Soweit die Krankenkasse das Ende oder die Stornierung einer DMP-Teilnahme meldet, beendet die Datenstelle in diesen Fällen 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 Übermittlungsfrist wieder aufgenommen.

4.4.5 Beendigung von DMP-Fallverläufen durch die Datenstelle

Die Datenstelle beendet die Teilnahme von DMP-Teilnehmern nur dann, wenn hierzu eine Meldung (Beendigung/ Stornierung) der entsprechenden Krankenkasse vorliegt (vgl. Punkt 4.4.4).

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 zu Beginn des auf den letzten der beiden Dokumentationszeiträume folgenden Quartals keine Folgedokumentation für einen der beiden Dokumentationszeiträume vor, ist der Fallverlauf für Reminderaktivitäten durch die Datenstelle nicht mehr zu berücksichtigen.

Beispiel: 1

- Einschreibung am 15.04.2007
Dokumentationsintervall: jedes Quartal
 - Folgedokumentation: 15.07.2007
Dokumentationsintervall: jedes Quartal
 - Prüfung der Datenstelle am 01.07.2008:
 - a) die nächsten beiden Dokumentationszeiträume:
01.10.2007 – 31.12.2007
01.01.2008 – 31.03.2008
 - b) Liegt eine Folgedokumentation für das 4. Quartal 2007 oder das 1. Quartal 2008 vor?
- ➔ Fallverlauf bei der Datenstelle ist ab 01.07.2008 für Reminderaktivitäten nicht mehr zu berücksichtigen.

Beispiel: 2

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

5 Weiterleitung der Daten

5.1 Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse

Eingehende DMP-Dokumentationen sind innerhalb von 8 Arbeitstagen abschließend zu bearbeiten. Vollständige, plausible und fristgerechte Dokumentationen sind für die Datenübermittlung an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen 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 Anzahl der Dokumentationen, die in diesem Quartal eingehen müssen, informiert wird.

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

5.2.2 Datenweitergabe an den externen Evaluator

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

Die Datenstelle hat die Aufgabe, für die Pseudonymisierung des Arztbezugs ein Pseudonymisierungsverfahren zu entwickeln. Das Verfahren muss sicherstellen, dass jeder Arzt immer mit demselben Pseudonym versehen wird. Das Verfahren ist gegenüber dem externen Evaluator 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, IK-Kennzeichen der Krankenkasse, Krankenversichertennummer; Versichertenpseudonym.

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

5.3 Testdatenlieferungen

Bei Änderungen der Datenformate, neuen Indikationen, 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, die Dokumentationsdaten sowie die Rechnungen übersandt werden müssen. BKK'n, die nicht die Zentrale Annahmestelle (ZAS) als datenannehmende Stelle nutzen, werden in dieser Liste besonders kenntlich gemacht und setzen sich mit 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, 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 dem Auftragnehmer in Verbindung setzen, um die entsprechenden Modalitäten der Datenflüsse abzuklären.

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

6 Leistungen bei Prüfungen gem. §§ 15a bzw. 42 RSAV

Nachfolgend werden die Aufgaben der Datenstelle zur Vorbereitung der Prüfung nach §§ 15a und 42 RSAV beschrieben. Es gelten die jeweils aktuellen Vorgaben der Prüfbehörden des Bundes und/oder der Länder sowie der Auftraggeber.

6.1 Anforderung der zur Durchführung der Prüfung nach §§ 15a bzw. 42 RSAV relevanten Unterlagen

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

Die Krankenkassen fordern die zur Durchführung der Prüfung nach §§ 15a bzw. 42 RSAV relevanten Unterlagen bei der Datenstelle in Form von Datensätzen an. Dazu wird das vereinbarte Datenformat in der jeweils aktuellen Fassung verwendet.

6.2 Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen

Die Prüfung nach § 15a RSAV erfolgt bis einschließlich des Ausgleichsjahres 2008 und erfordert die Vorlage der TE/EWE sowie der Dokumentationen vom Beginn der Einschreibung des Versicherten an einschließlich der auf das Ende des Ausgleichsjahres nachfolgenden zwei Dokumentationszeiträume.

Ab dem Ausgleichsjahr 2009 erfolgt die Prüfung nach § 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. Abs. 4 RSAV. Hierfür sind Unterlagen des Ausgleichsjahres, des diesem vorangegangenen und des diesem nachfolgenden Kalenderjahres vorzulegen.

6.3 Definition der vorzulegenden Unterlagen

Folgende Unterlagen sind der Prüfbehörde je in das Prüfverfahren einbezogenen Versicherten gemäß Punkt 6.2 vorzulegen:

- Erstdokumentationen (ED), inkl. sämtlicher Korrekturen. Sollte im Einzelfall auf dem letzten Korrekturbeleg der gesamte Korrekturverlauf nachvollziehbar sein, so ist dieser Korrekturbeleg ausreichend. Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Dokumentationsbögen (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) in Kopie akzeptiert.
- Folgedokumentationen (FD), inkl. sämtlicher Korrekturen. Sollte im Einzelfall auf dem letzten Korrekturbeleg der gesamte Korrekturverlauf nachvollziehbar sein, so ist dieser Korrekturbeleg ausreichend. Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Dokumen-

tationsbögen (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) in Kopie akzeptiert.

- Vom Arzt unterschriebene Versandlisten oder Bestätigungsschreiben. Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) in Kopie akzeptiert. Die Schwärzung von ggf. weiteren auf den Listen enthaltenen Versicherten ist nicht erforderlich.
- Mögliche Bestätigungen des koordinierenden Arztes zur Aktualität der Befunddaten (Datenfreigabeerklärungen). Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Nachweise (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) in Kopie akzeptiert.
- Protokolle oder separate Listen, aus denen die Eingangsdaten der Dokumentationen einschließlich aller Korrekturen erkennbar sind, sofern kein Posteingangsstempel auf dem Dokument angebracht ist (ED und FD).
- Bei belegloser Dokumentation (eDMP) werden die Dokumentationsdaten als Images reproduziert. Dabei ist sicherzustellen, dass die jeweilige Versandliste bzw. das Bestätigungsschreiben zugeordnet wird und die bildliche Wiedergabe mit der gesamten beleglosen Dokumentation übereinstimmt. Sofern eDMP in der Vergangenheit ohne das Versandlistenverfahren umgesetzt wurde, informiert die Datenstelle die Krankenkassen über die betroffenen Dokumentationen. Die Krankenkassen werden die erforderlichen Nachweise der Arzt- und/oder Versichertenunterschrift unmittelbar bei den jeweiligen DMP-Ärzten anfordern und an den zuständigen Prüfdienst weiterleiten.
- Images werden auf einer CD-ROM grds. in schwarz-weiß bereitgestellt. Images, bei denen die Felder des Vordruckes ausgeblendet sind, können nicht anerkannt werden. Der Dateiname des Images muss dem folgenden Standard entsprechen:
IK der Krankenkasse, KVNR, Ordnungsmerkmal bei der Datenstelle, Eingangsdatum (vorzugsweise, z. B. 999999999_4X60200_ED_20030721.png).
Befinden sich prüfrelevante Informationen auf der Rückseite, so ist sicher zu stellen, dass auf Nachfrage im Einzelfall diese als Image oder Kopie vorgelegt werden kann. Ferner sind im Einzelfall Images auch in Farbe zur Verfügung zu stellen. Der Prüfdienst behält sich vor, in Einzelfällen die Übereinstimmung mit den Originalen zu prüfen.

6.4 Sortierfolge der Unterlagen

Die Datenstelle sortiert die zur Durchführung der Prüfung nach §§ 15a bzw. 42 RSAV bereitzustellenden relevanten Unterlagen je Fall nach

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

6.5 Versand der vorzulegenden Unterlagen

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

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

6.6 Verschlüsselung von Daten

Sofern die Datenstelle die zur Durchführung der Prüfung nach §§ 15a bzw. 42 RSAV relevanten Unterlagen in Form von Dateien auf einem Datenträger an den zuständigen Prüfdienst zu versenden beabsichtigt, ist die Datei als ZIP-Datei mit Kennwortschutz zu übermitteln.

6.7 Lieferschein

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

Der Lieferschein umfasst folgende Mindestangaben:

- KV-Bereich,
- Diagnose,
- Kassen-IK,
- Krankenversichertennummer,
- Name des Versicherten,
- Vorname des Versicherten,
- Geburtsdatum des Versicherten,

- Belegart (Erst- oder Folgedokumentation),
- Datensatz-ID,
- Belegform (Image, Datensatz, eDMP),
- Image-Name,
- Arztnummer/Betriebsstättennummer,
- Jüngstes Arztunterschriftsdatum des Arztes auf der Dokumentation sowie,
- Doku-ID der Datenstelle.

6.8 Nachforderung von Prüfunterlagen

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

6.9 Dokumentation und/oder Image sind nicht auffindbar

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

7 Informationen an die Auftraggeber

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

Zu jeder versandten Statistik und Auswertung, werden die jeweiligen Empfänger per E-Mail informiert. Dies gilt auch für Statistiken und Auswertungen, die von der Datenstelle online

(vgl. 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 für Krankenkassen bestimmten Teile der Dokumentationen anzuzeigen. Versichertenbezogen wird eine lückenlose Auflistung aller Dokumente mit Aussagen zu Plausibilität und Eingangsfristen sowie fehlender Dokumentationen je DMP ermöglicht.

7.2 Statusdatensatz

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

7.3 Verbandsstatistik

Die Datenstelle stellt über das Online-Retrieval-System jedem Auftraggeber getrennt nach Indikationen und Kassenart sowie krankenkassenspezifisch eine Statistik zur Verfügung, die folgende Angaben enthält:

- TE/EWE

- ED
 - Gesamt
 - Datensatz plausibel und vollständig
 - verfristet
- FD
 - Gesamt
 - Datensatz plausibel und vollständig
 - verfristet

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

7.4 Information an den koordinierenden Arzt

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 4.2 beschriebenen Prozess bedingt sind.

Versandturnus/-Termin: 14-tägig

Mindestinhalt:

- (Indikation des) DMP
- Name (des Versicherten)
- Vorname (des Versicherten)
- Versichertennummer
- 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. Soweit Dokumentationen für bereits beendete DMP-Teilnehmer erstellt werden, sind diese in der Auswertung besonders zu kennzeichnen. Die Auswertung ist spätestens 8 Wochen nach Ablauf des Quartals an die KVH zu übermitteln.

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

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

7.5.2 Rechnungsbegründende Unterlagen für die Krankenkassen

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

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

Anlage 2 zum Datenstellenvertrag i.d.F. des 5. Nachtrags vom 24.03.2014 für die Region Hamburg
Kommunikationsmatrix
Information der Vertragsärzte, KVH und Krankenkassen
Stand: 01.07.2013

Nr.	Information	Details/ Besonderheiten	Frequenz/ Zeitpunkt	Empfänger		
				Arzt	KVH	KKen
1	Korrekturverfahren: Rücksendung fehlerhafter Dokumentationen zur Korrektur	Bearbeitung der Korrekturen innerhalb von 8 Arbeitstagen nach Eingang	14-tägig	x		
2	Plausible und vollständige Belege: Plausible Dokumentationsbelege der letzten 14 Tage	tägliche Information der Krankenkassen mittels Statusdatensatz	14-tägig	x		x
3	Korrekturerinnerungen: Nicht plausible Dokumentationsbelege, die bereits zur Korrektur vorliegen		14-tägig	x		
4	Verfahrensbedingte Fehler: Nicht prozesskonforme Belege		14-tägig	x		
5	Komplementärbelege: Fehlende Erstdokumentationen		14-tägig	x		
6	Fehler im Dokumentationsverlauf: Außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen	tägliche Information der Krankenkassen mittels Statusdatensatz	14-tägig	x		x
7	Fehler im Dokumentationszeitraum: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext	tägliche Information der Krankenkassen mittels Statusdatensatz	14-tägig	x		x
8	Folgedokumentations-reminder: Zu erstellende Folgedokumentationen im laufenden Quartal (Reminder)		quartalsweise (2. Monat im Quartal)	x		
9	Fehler bei übermittelten DMP-Datenlieferungen: Nicht verarbeitbare Datenlieferungen		14-tägig	x		
10	Arztrecherche: Dokumentierender Arzt nicht auf Arztliste	Kumuliert bis Abbruch Information der Krankenkassen mittels Statusdatensatz	wöchentlich		x	x
11	Irrläufer unbekannte Krankenkasse	Info an jeweiligen Verband der KK	wöchentlich			x
12	Lieferung beleghafter TE/EWE im Original		zweimal wöchentlich			x
13	Export von Dokumentationsdaten		wöchentlich			x
14	KVH-Abrechnung: Vorliegende Belege, des Vorquartals, die vollständig und plausibel bzw. vertragskonform sind	Erstellung unter Berücksichtigung aller Belege eines Quartals	quartalsweise nach Abschluss Vorquartal (nach 8 Wochen)		x	

Nr.	Information	Details/ Besonderheiten	Frequenz/ Zeitpunkt	Empfänger		
				Arzt	KVH	KKen
15	KVH-Abrechnung: Verfristeter Eingang einer Dokumentation		quartalsweise nach Abschluss Vorquartal (nach 8 Wochen)		x	
16	KVH-Abrechnung: Außerhalb des Dokumentationszeitraums erstellte Folgedokumentationen		quartalsweise nach Abschluss Vorquartal (nach 8 Wochen)		x	
17	KVH-Abrechnung: DMP-Versichertenverzeichnis	alle eingeschriebenen Versicherten, kumuliert	quartalsweise nach Abschluss Vorquartal (nach 8 Wochen)		x	x
18	Online-Retrieval-System: Belegeingangsstatistik		wöchentlich		x	x

Verarbeitung von TE/EWEs gem. Abschnitt 2.4 der Aufgabenbeschreibung

Gem. Punkt 2.4 der Aufgabenbeschreibung des Datenstellenvertrages sind nachfolgend aufgeführte TE/EWEs von der Datenstelle zu verarbeiten:

- TE/EWE Diabetes (Formularschlüssel 010C)
- TE/EWE Brustkrebs (Formularschlüssel 020D)
- TE/EWE KHK (Formularschlüssel 030B)
- TE/EWE Asthma (Formularschlüssel 050B)
- TE/EWE COPD (Formularschlüssel 060B)
- TE/EWE indikationsübergreifend (Formularschlüssel 070A)

Werden Teilnahmeerklärungen mit Hilfe einer Praxissoftware erstellt und entsprechen diese inhaltlich den oben benannten Formularen, sind diese ebenso anzunehmen und zu verarbeiten. Fehlt lediglich der Formularschlüssel, sind die Formulare ebenso zu verarbeiten.

ANLAGE 5

Datenschutzvereinbarung inklusive der Anhänge A bis C

zum Datenstellenvertrag zur Durchführung der Disease-Management-Programme



§ 1

Gegenstand der Datenschutzregelungen

- (1) Diese Datenschutzregelungen sind Bestandteil des Datenstellenvertrages Hamburg über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten gemäß der Disease-Management-Verträge (im Folgenden: Hauptvertrag) und regeln den Schutz der Daten bei der Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung im Auftrag unter besonderer Berücksichtigung des Zweiten Kapitels des Sozialgesetzbuches - Zehntes Buch - (SGB X), insbesondere des § 80 SGB X bzw. § 11 BDSG.
- (2) Der Auftragnehmer erhebt, verarbeitet und nutzt zum Zwecke der Erbringung der nach dem Hauptvertrag geschuldeten Leistungen personenbezogene Daten (im Folgenden: Daten) im Auftrag der Auftraggeber. Der Hauptvertrag legt das Nähere, insbesondere zur Art der Daten und den Kreis der Betroffenen fest.

§ 2

Geschäftsgrundlage

- (1) Geschäftsgrundlage des Rechtsverhältnisses zwischen Auftragnehmer und Auftraggeber ist, dass der Datenschutz beim Auftragnehmer nach der Art der zu erhebenden, zu verarbeitenden und zu nutzenden Daten den Anforderungen genügt, die für den Auftraggeber gelten.
- (2) Der Auftraggeber, die für ihn zuständigen Aufsichtsbehörden oder von ihm beauftragte externe Prüfeinrichtungen sind berechtigt, sich vor Beginn der Auftragsdatenverarbeitung und anschließend regelmäßig von der Einhaltung der beim Auftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu überzeugen (§ 80 Abs. 2 Satz 4 SGB X).
- (3) Die Rechte der Betroffenen (§§ 82 – 84 SGB X) sind gegenüber dem Auftraggeber geltend zu machen.

§ 3

Pflichten des Auftragnehmers

- (1) Der Auftragnehmer erhebt, verarbeitet oder nutzt die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse ausschließlich für die Erfüllung des im Hauptvertrag festgelegten Zweckes und der in diesem Zusammenhang schriftlich erteilten Weisungen des Auftraggebers. Er bewahrt die Daten unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert nur solange auf, wie es für die Erfüllung der genannten Leistungen erforderlich ist. Er gibt sie nicht an Dritte weiter. Der Auftragnehmer verpflichtet sich, keine Kopien oder Duplikate der Datenbestände bzw. Datenbanken ohne Wissen des Auftraggebers zu erstellen oder die Daten für andere Zwecke zu nutzen.
- (2) Der Auftragnehmer trägt die Gewähr dafür, dass die in der Anlage zu § 78a SGB X bzw. § 9 BDSG genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen sind und eingehalten werden. Ein vorhandenes Sicherheitshandbuch ist zur Verfügung zu stellen oder es ist Einsichtnahme zu ermöglichen. Das Sicherheitshandbuch wird Gegenstand des Vertragsverhältnisses. Sofern ergänzende Weisungen des Auftraggebers schriftlich ergangen sind (vgl. § 4 Abs. 3 dieser Datenschutzvereinbarung), trägt der Auftragnehmer auch die Gewähr für deren Einhaltung. In begründeten Fällen können durch bevollmächtigte Personen des Auftraggebers Einzelanweisungen auch mündlich erteilt werden. Diese bedürfen der unverzüglichen schriftlichen Bestätigung. Die in **Anhang A** beschriebenen Maßnahmen sind Mindeststandard und der technischen Entwicklung anzupassen. Abweichungen oder



Veränderungen sind nur zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit zulässig.

- (3) Der Auftragnehmer benennt seine Betriebsstätten und Geschäftsräume, die an der Auftragserfüllung beteiligt werden sollen sowie deren Betriebs- und Geschäftszeiten in **Anhang A**. Eine Veränderung der Standorte oder Betriebsstätten, an denen die Daten verarbeitet und genutzt werden, bedarf der schriftlichen Zustimmung des Auftraggebers. Die Datenverarbeitung oder -nutzung in Privatwohnungen (Heim – oder Telearbeitsplätze) ist nicht gestattet. Datenverarbeitung außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuches oder eines Mitgliedsstaates der EU oder anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den EWR ist nur zulässig, wenn der Auftraggeber die Zulässigkeit im Sinne der maßgeblichen EU-Richtlinien festgestellt hat.
- (4) Der Auftragnehmer stellt sicher, dass ein Zugriff auf die Daten des Auftraggebers von anderen Stellen ausgeschlossen ist.
- (5) Der Auftragnehmer verweist an den Auftraggeber, wenn von Betroffenen die Rechte gemäß §§ 81 – 84 SGB X geltend gemacht werden. Er stellt sicher, dass die Daten von Betroffenen bei Bedarf auf Anweisung des Auftraggebers berichtigt, gelöscht oder gesperrt werden können.
- (6) Der Auftragnehmer stellt durch entsprechende Kontrollen sicher, dass diese Bestimmungen regelmäßig hinsichtlich der Einhaltung, der tatsächlichen Gegebenheiten und der notwendigen Änderungen kontrolliert werden. Die Kontrollen, die Ergebnisse und ggf. umgesetzte Maßnahmen sind zu protokollieren und für mindestens 6 Jahre aufzubewahren.
- (7) Der Auftragnehmer benennt den bestellten Datenschutzbeauftragten (vgl. §§ 4f, 4g BDSG) in **Anhang A** mit Anschrift und Kontaktdaten; Veränderungen sind dem Auftraggeber unaufgefordert mitzuteilen. Soweit der Auftragnehmer keinen Datenschutzbeauftragten bestellt hat, benennt er die verantwortliche Person in der Geschäftsleitung und die für die Überwachung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen maßgebliche Kontrollbehörde.
- (8) Die Datenverarbeitung wird vom Auftragnehmer lückenlos und revisionssicher dokumentiert. Die Dokumentation ist dem jeweiligen Auftraggeber auf Verlangen vorzulegen.
- (9) Der Auftragnehmer ist verpflichtet für die auftragsgemäße Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung sowie für die Erfüllung der in § 1 Abs. 1 genannten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG und § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner stellt der Auftragnehmer sicher, dass das von ihm eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften regelmäßig ausreichend informiert und angewiesen ist.
- (10) Der Auftragnehmer räumt das Recht ein, dass der Auftraggeber und seine zuständigen Aufsichtsbehörden bzw. die von ihnen beauftragten Prüfeinrichtungen Auskünfte bei ihm einholen sowie jederzeit während der Betriebs- und Geschäftszeiten seine Grundstücke oder Geschäftsräume betreten dürfen, um dort Besichtigungen oder Prüfungen vorzunehmen und geschäftliche Unterlagen sowie die gespeicherten Sozialdaten und Datenverarbeitungsprogramme einzusehen, soweit dies im Rahmen des Auftrags zur Überwachung von Datenschutz und Datensicherheit erforderlich ist (§ 80 Abs. 2 SGBX bzw. § 38 BDSG). Der Auftraggeber sichert zu, dass er die notwendige personelle und sachliche Unterstützung bei den Prüfungen zur Verfügung stellt.
- (11) Der Auftragnehmer unterrichtet den Auftraggeber unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen - auch seiner Mitarbeiter oder Unterauftragnehmer - oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und -nutzung. Dies gilt insbesondere, wenn i.S. § 83a SGB X bzw. § 42a BDSG Daten der besonderen Art (z.B. Gesundheitsdaten) unrechtmäßig übermittelt oder auf sonstige Weise Dritten unrechtmäßig zur Kenntnis gelangt sind. In diesem Falle hat der Auftragnehmer sofort alle erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Daten zu treffen und weitere Anweisungen durch den Auftraggeber abzuwarten. Die Unterrichtungspflicht gilt auch, wenn Aufsichtsbehörden nach § 38 BDSG tätig werden oder eine zuständige Behörde nach §§ 43, 44 BDSG beim Auftragnehmer oder



seinen Unterauftragnehmern ermittelt. Die Entscheidung über die Schwere der Beeinträchtigung bzw. der schutzwürdigen Belange und die weiteren Informationspflichten gemäß § 83a SGB X in Verbindung mit § 42a Satz 2 - 6 BDSG trifft allein der Auftraggeber.

- (12) Sollte das Eigentum des Auftraggebers beim Auftragnehmer durch Maßnahmen Dritter (z.B. durch Pfändung oder Beschlagnahme, durch ein Insolvenz- oder Vergleichsverfahren) oder durch sonstige Ereignisse gefährdet werden, hat der Auftragnehmer den Auftraggeber unverzüglich darüber zu informieren. Der Auftragnehmer ist verpflichtet, alle in diesem Zusammenhang Verantwortlichen unverzüglich darüber zu informieren, dass es sich um Daten des Auftraggebers handelt, über die er keinerlei Verfügungs- oder sonstige Bestimmungsgewalt oder Eigentumsrechte hat.
- (13) Sämtliche Daten und Unterlagen sowie Verarbeitungs- oder Nutzungsergebnisse, die im Zusammenhang mit den in § 1 genannten Leistungen dieser Datenschutzregelungen in die Verfügungsgewalt des Auftragnehmers gelangt sind, hat dieser entsprechend den jeweiligen Vereinbarungen im Einzelfall bzw. nach Abschluss der vertraglichen Arbeiten dem Auftraggeber auszuhändigen bzw. zu übermitteln. Auf Verlangen des Auftraggebers hat der Auftragnehmer in seinem Besitz befindliche Daten bzw. Datenbestände (z.B. physische Datenträger, elektronische Dateien oder Datenbanken in seinen DV-Systemen) nichtreproduzierbar zu löschen bzw. physisch zu vernichten. Die Vernichtung der Datenträger erfolgt in der Sicherheitsstufe 4 nach DIN 66399-1 (besonders sensible Daten) für alle Materialkategorien im Sinne der DIN 66399-2. Für die zu vernichtenden Daten wird dabei die Schutzklasse 2 nach DIN 66399-1 (hoher Schutzbedarf für vertrauliche Daten) zu Grunde gelegt. Dies gilt auch für Test- und Zwischenergebnisse. Ausgenommen von der Löscho- bzw. Vernichtungsverpflichtung sind beim Auftragnehmer zur Erfüllung der Verfügbarkeitskontrolle erstellte Sicherungskopien. Die relevanten Daten sind für jede weitere Nutzung zu sperren. Die Löschung und Vernichtung hat der Auftragnehmer in geeigneter Weise zu protokollieren und auf Verlangen dem Auftraggeber vorzulegen. Im Zweifelsfall sind geeignete Maßnahmen mit dem Auftraggeber abzustimmen. § 4 Abs. 3 gilt.
- (14) Endet das Vertragsverhältnis, hat der Auftragnehmer gegenüber dem Auftraggeber schriftlich zu erklären, dass die nicht mehr erforderlichen Daten und Datenträger ordnungsgemäß im Sinne dieses Vertrages gelöscht bzw. vernichtet wurden und welche Daten aus gesetzlichen Gründen über das Ende des Auftragsverhältnisses hinaus aufbewahrt werden müssen.

§ 4

Pflichten des Auftraggebers

- (1) Der Auftraggeber entscheidet über die Zulässigkeit der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung und bleibt in jeder Phase verantwortlich für die Wahrung der Rechte derjenigen, deren Daten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Betroffene). Das alleinige Eigentums- und Verfügungsrecht über die Daten verbleibt bei dem Auftraggeber.
- (2) Der Auftraggeber ist verpflichtet und berechtigt, erforderlichenfalls Weisungen nach § 80 Abs. 2 SGB X bzw. § 11 Abs. 3 BDSG betreffend die Ergänzung der beim Auftragnehmer vorhandenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit zu erteilen; diese sind schriftlich zu fassen.
- (3) Der Auftraggeber hat auf Wunsch des Auftragnehmers den Auftrag, Weisungen und Erläuterungen zu präzisieren; diese sind schriftlich zu erteilen. § 3 Abs. 2 Satz 4 gilt entsprechend.
- (4) Der Auftraggeber informiert den Auftragnehmer unverzüglich über festgestellte Fehler oder Unregelmäßigkeiten bei der Erbringung der Auftragsleistung.
- (5) Die im Rahmen des Auftragsverhältnisses weisungs-, empfangs- und kontrollberechtigten Personen sind dem Auftragnehmer vor Ausübung ihrer Tätigkeit vom Auftraggeber schriftlich zu benennen. Sie haben sich bei der Ausübung ihrer Befugnisse zu legitimieren.



§ 5

Unterauftragnehmer

- (1) Unterauftragnehmer, die für den Auftragnehmer Daten des Auftraggebers verarbeiten oder nutzen, dürfen vom Auftragnehmer nur mit vorheriger, schriftlicher Einwilligung des Auftraggebers eingeschaltet werden. Für die in **Anhang B** aufgeführten Unterauftragnehmer gilt die Einwilligung mit Vertragsschluss als erteilt.
- (2) Die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Auftragnehmer und Unterauftragnehmer sind so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer entsprechen. Dies gilt auch für den einzuhaltenden Mindeststandard bei den technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit sowie den Prüf- und Kontrollrechten (siehe § 3 Abs. 10 dieser Datenschutzregelungen). Der Auftragnehmer hat im Vertrag mit dem Unterauftragnehmer den Auftrag, den Arbeitsablauf und die an den Unterauftragnehmer zum Zwecke der auftragsgemäßen Verarbeitung oder Nutzung gelangenden Daten der Art nach zu bezeichnen. Der Auftragnehmer hat sich bei seinen Unterauftragnehmern vor Beginn der Datenverarbeitung und sodann regelmäßig von der Einhaltung der beim Unterauftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu überzeugen. Das Ergebnis ist zu dokumentieren und auf Verlangen dem Auftraggeber vorzulegen. Die vom Auftragnehmer mit dem Unterauftragnehmer geschlossenen Verträge bedürfen der Schriftform und sind dem Auftraggeber auf Verlangen vorzulegen. Das Verhalten seiner Unterauftragnehmer ist dem Auftragnehmer wie eigenes Verhalten zuzurechnen.
- (3) Wenn andere Stellen die Prüfung oder Wartung von automatisierten Verfahren oder von Datenverarbeitungsanlagen vornehmen und dabei ein Zugriff auf die Daten des Auftraggebers nicht ausgeschlossen werden kann, gelten der § 80 Abs. 7 SGB X bzw. § 11 Abs. 5 BDSG sinngemäß. Derartige Aufträge sind dem Auftraggeber rechtzeitig vor Vertragsabschluss mitzuteilen. Sind Störungen im Betriebsablauf zu erwarten oder bereits eingetreten ist der Vertrag unverzüglich nachzuholen. Bereits bestehende Vertragsbeziehungen sind in Anhang C aufzuführen.
- (4) Die vorstehenden Regelungen gelten auch im Hinblick auf die Beauftragung eines Unterauftragnehmers durch einen Unterauftragnehmer, soweit der Auftraggeber eine solche Beauftragung schriftlich zugelassen hat.

§ 6

Datentransport

- (1) Die elektronische Datenübermittlung erfolgt gemäß der "Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen" sowie der "Security Schnittstelle für das Gesundheitswesen" in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Der Datenaustausch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen wird entsprechend bilateraler Absprachen unter Berücksichtigung des Sozialdatenschutzes vorgenommen.

§ 7

Haftung

- (1) Unabhängig von etwaigen anders lautenden Regelungen im Hauptvertrag haftet der Auftragnehmer gegenüber dem Auftraggeber nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge seines oder seiner Unterauftragnehmer (§ 5) schuldhaften Verhaltens gegen Datenschutzregelungen oder durch die schuldhafte



Verletzung dieses Vertrages entstehen. Für den Auftragnehmer gilt dabei § 7 Satz 2 BDSG hinsichtlich der Beweislastumkehr entsprechend. Der Auftraggeber hat im Rahmen seiner Schadenersatzverpflichtung gegenüber Dritten bei Schadensfällen, für die der Auftragnehmer zu haften hat, einen Freistellungsanspruch gegen den Auftragnehmer.

- (2) Der Auftragnehmer bestätigt, sich gegen die Inanspruchnahme wegen Verletzung von Datenschutzvorschriften hinreichend versichert zu haben und diesen Versicherungsschutz für die gesamte Laufzeit dieser Vereinbarung in vollem Umfang aufrechtzuerhalten. Auf Nachfrage des Auftraggebers ist dies durch Vorlage geeigneter Dokumente nachweisen.
- (3) Darüber hinaus hat der Auftragnehmer die Kosten und Schäden zu ersetzen, die dem Auftraggeber aus der Anwendung des § 83a SGB X entstehen.

§ 8

Nebenabreden

Änderungen und Nebenabreden zu diesen Datenschutzregelungen bedürfen der Schriftform und sind von beiden Vertragsparteien zu unterschreiben.

§ 9

Laufzeit

Der Beginn des Auftragsverhältnisses ist im Hauptvertrag geregelt. Diese Datenschutzvereinbarung wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und gilt bis zur vollständigen Erfüllung und Abwicklung aller sich aus § 1 ergebenden Leistungen. Die Geheimhaltungspflicht und Haftung gilt darüber hinaus unbegrenzt.

§ 10

Inkrafttreten

- (1) Diese Datenschutzvereinbarung ersetzt die bestehende Vereinbarung vom 01.07.2011 und tritt zum 01.07.2013 in Kraft. Es gilt die Gerichtsstandsvereinbarung des Hauptvertrages.
- (2) Änderungen oder Ergänzungen bedürfen der Schriftform.
- (3) Änderungen laut datenschutzrechtlicher Bestimmungen wirken unmittelbar auf die Vereinbarung. Entsprechendes gilt für Auflagen der Aufsichtsbehörde sowie der Bundes- und Landesbeauftragten zum Datenschutz.

Anhänge:

- | | |
|----------|--|
| Anhang A | – Beschreibung der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit sowie der Übersicht aller Standorte, an denen die vertraglichen Arbeiten stattfinden werden |
| Anhang B | – Übersicht über die Unterauftragnehmer |
| Anhang C | – Übersicht über die Wartungsfirmen |



Hamburg, den 24.06.2013

INTER-FORUM AG

INTER-FORUM AG
Sommerfelder Str. 120
04316 Leipzig
Tel. 0341/ 2592 00, Fax 0341/ 2592 020

AOK Rheinland/Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

BKK-Landesverband NORDWEST
- zugleich für die SVLFG als LKK
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

IKK classic
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Hamburg

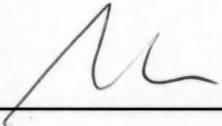
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Sh

Hamburg, den 24.06.2013

INTER-FORUM AG

AOK Rheinland/Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -



BKK-Landesverband NORDWEST
- zugleich für die SVLFG als LKK
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

IKK classic
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Hamburg

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Hamburg, den 24.06.2013

INTER-FORUM AG

AOK Rheinland/Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

BKK-Landesverband NORDWEST
- zugleich für die SVLFG als LKK
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -


IKK classic
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Hamburg

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Hamburg, den 24.06.2013

INTER-FORUM AG

AOK Rheinland/Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

BKK-Landesverband NORDWEST
- zugleich für die SVLFG als LKK
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

i. V. E. H. H. H.

IKK classic
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Hamburg

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Hamburg, den 24.06.2013

INTER-FORUM AG

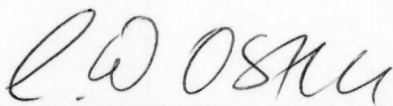
AOK Rheinland/Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

BKK-Landesverband NORDWEST
- zugleich für die SVLFG als LKK
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

IKK classic
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Hamburg



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Hamburg, den 24.06.2013

INTER-FORUM AG

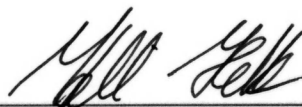
AOK Rheinland/Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

BKK-Landesverband NORDWEST
- zugleich für die SVLFG als LKK
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

IKK classic
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Hamburg



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Hamburg, den 24.06.2013

INTER-FORUM AG

AOK Rheinland/Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

BKK-Landesverband NORDWEST
- zugleich für die SVLFG als LKK
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

IKK classic
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Hamburg

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemein-
schaft - zugleich als Mitglied der
Gemeinsamen Einrichtung -



Technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei INTER-FORUM AG um das erforderliche Schutzniveau für die Verarbeitung und Nutzung von Daten zu gewährleisten.

Angabe und Beschreibung der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit, die im Einzelfall getroffen wurden, um

- Unbefugten den Zutritt zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen Sozialdaten verarbeitet oder genutzt werden, zu verwehren (Zutrittskontrolle),
- zu verhindern, dass Datenverarbeitungssysteme von Unbefugten genutzt werden können (Zugangskontrolle),
- zu gewährleisten, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können,
- und dass Sozialdaten bei der Verarbeitung, Nutzung sowie nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können (Zugriffskontrolle),
- zu gewährleisten, dass Sozialdaten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträgern nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können,
- und dass überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stellen eine Übermittlung von Sozialdaten durch Einrichtungen der Datenübertragung vorgesehen ist (Weitergabekontrolle),
- zu gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem Sozialdaten in Datenverarbeitungssysteme eingegeben, verändert oder entfernt worden sind (Eingabekontrolle),
- zu gewährleisten, dass Sozialdaten, die im Auftrag erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, nur entsprechend den Weisungen des Auftraggebers erhoben, verarbeitet oder genutzt werden können (Auftragskontrolle),
- zu gewährleisten, dass Sozialdaten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind (Verfügbarkeitskontrolle),
- zu gewährleisten, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Sozialdaten getrennt verarbeitet werden können.

Die Maßnahmen sind schriftlich in einem Sicherheitshandbuch oder einer Sicherheitsrichtlinie

☒ festgelegt ☐ nicht schriftlich festgelegt.

Bezeichnung: Sicherheitshandbuch

Stand: 24.04.2013



Anhang A zur Datenschutzvereinbarung

Die Datenverarbeitung im Rahmen des Auftrags findet in folgenden Betriebsstätten- und Geschäftsräumen des Auftragnehmers statt:

Bezeichnung, Anschrift	Art der Verarbeitung	tägliche Geschäftszeiten
Hauptsitz Sommerfelder Straße 120 04316 Leipzig	Datenannahme und – verarbeitung	08:00 – 18:00 Uhr
Niederlassung Holzhausen Christian-Grunert-Str. 2 04288 Leipzig-Holzhausen	Belegarchivierung bis 31.12.2013	08:00 – 18:00 Uhr
Niederlassung Taucha Otto-Schmidt-Straße 22 04425 Taucha	Belegarchivierung ab 01.07.2013	08.00 – 18.00 Uhr

Als Datenschutzbeauftragte/r ist bestellt seit: 01.09.2011

Name:	Herr Wolfgang Leistner
Anschrift:	Sommerfelder Straße 120 04316 Leipzig
Telefon:	0341/259200
E-Mail:	wolfgang.leistner@inter-forum.de

Stand:

Ein IT-Sicherheitsbeauftragter ist bestellt ja ☒

nein ☐

Leipzig, 24.06.2013

Ort, Datum

INTER-FORUM AG
Sommerfelder Str. 120
04316 Leipzig
Tel. 0341/259200, Fax 0341/2592020

Unterschrift und Firmenstempel des Auftragnehmers

Handwritten signature

Anhang B zur Datenschutzvereinbarung

Übersicht über die für INTER-FORUM AG tätigen Unterauftragnehmer, die im Falle der Auftragserteilung unmittelbar die Daten der Auftraggeber erheben, verarbeiten und/oder nutzen (z.B. Datenträgervernichter, Letter-Shop, Call-Center)

Name des Unterauftragnehmers:	Rhenus Data Office GmbH
Anschrift:	Stöhrerstraße 16 04347 Leipzig
Aufgabenfeld:	Datenträgervernichtung

Name des Unterauftragnehmers:	Noack & Neumann GmbH
Anschrift:	Maximilianallee 4 04129 Leipzig
Aufgabenfeld:	Objektbewachung

Name des Unterauftragnehmers:	Deutsche Post InHaus Services GmbH
Anschrift:	Euskirchener Straße 52 53121 Bonn
Aufgabenfeld:	Briefdienstleister

Leipzig, 24.06.2013

Ort, Datum

INTER-FORUM AG
Sommerfelder Str. 120
04316 Leipzig
Tel. 0341/259200 Fax 0341/2592020

INTER-FORUM AG



Anhang C zur Datenschutzvereinbarung

Name der Wartungsfirma:	MTG-Kommunikations-Technik GmbH
Anschrift:	Portitzer Allee 8 04329 Leipzig
Aufgabenfeld:	Wartung der Telefonanlage

Name der Wartungsfirma:	BEDAV GmbH
Anschrift:	Bornaer Straße 19 04288 Leipzig
Aufgabenfeld:	Wartung der Software: Microsoft Dynamics Navision

Name der Wartungsfirma:	BancTec GmbH
Anschrift:	Monzastraße 4c 63225 Langen
Aufgabenfeld:	Wartung der Scanner

Name der Wartungsfirma:	SHD System-Haus-Dresden GmbH
Anschrift:	Drescherhäuser 5b 01159 Dresden
Aufgabenfeld:	Wartung des Systemmonitorings

Name der Wartungsfirma:	Bechtle GmbH IT-Systemhaus Leipzig
Anschrift:	Westringstraße 59 04435 Schkeuditz
Aufgabenfeld:	Wartung der Storage- und Archivsysteme

Name der Wartungsfirma:	Fa. SecCommerce
Anschrift:	Obenhauptstraße 5 22335 Hamburg
Aufgabenfeld:	Wartung der Signaturanwendungskomponenten

INTER-FORUM AG
Sommerfelder Str. 120
04316 Leipzig
Tel: 0341/25 92 00 Fax 0341/25 92 020

Leipzig, 24.06.2013

Ort, Datum

INTER-FORUM AG

Sh

Teilnehmende BKKn				
Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 2 in Hamburg				
Stand: 01.01.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
104127692	actimonda Krankenkasse	Zweifallerstr. 130	52224	Stolberg
103121013	atlas BKK ahlmann	Am Kaffee-Quartier 3	28217	Bremen
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt am Main
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
103525909	BKK Achenbach Buschhütten	Siegener Str. 152	57223	Kreuztal
108029306	BKK advita	Mainzer Straße 5	55232	Alzey
107536171	BKK Aesculap	Jetterstr. 13/1	78532	Tuttlingen
108833355	BKK Akzo Nobel	Glanzstoffstraße	63785	Obernburg
105530422	BKK B.Braun Melsungen AG	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
101532301	BKK Beiersdorf AG	Unnastr. 20	20253	Hamburg
105330157	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23 A	61476	Kronberg
104424794	BKK DEMAG-KRAUSS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Str. 82-84	47051	Duisburg
103525567	BKK der SIEMAG	Wiesenstraße 30	57271	Hilchenbach
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK DürkoppAdler	Potsdamer Str. 190	33719	Bielefeld
104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
105830539	BKK family	Äppelallee 27	65203	Wiesbaden
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
103725547	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
105530331	BKK Herkules	Fünffensterstr. 5	34117	Kassel
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
103726081	BKK Melitta Plus	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Güterloh
101520078	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
102131240	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
101320043	BKK S-H	Stadtstr. 10	25348	Glückstadt
109723913	BKK VBU	Lindenstraße 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
106432038	BKK Vital	Giuliniestr. 2	67065	Ludwigshafen
104526376	BKK vor Ort	Universitätsstr. 47	44789	Bochum
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK Würth	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau
107829563	BKK ZF + Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz
109034270	BMW BKK	Mengkofenstraße 6	84130	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continentale BKK	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg
108030775	Daimler BKK		28178	Bremen
106329225	Debeka BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18	56073	Koblenz
109939003	Deutsche BKK	Willy-Brandt-Platz 8	38440	Wolfsburg
104926702	Die Bergische BKK	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
104525057	E.ON BKK		45117	Essen
102129930	Energie BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld
108035612	mhplus BKK	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg

Teilnehmende BKKn				
Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 2 in Hamburg				
Stand: 01.01.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshaven
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	Schwenninger BKK		78044	Villingen-Schwenningen
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt
105928809	Thüringer Betriebskrankenkasse - TBK	Schwerborner Str. 33	99086	Erfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
104926494	Vaillant BKK	Bahnhofstr. 15	42897	Remscheid
105330191	Vereinigte BKK	Westendstr. 21	60325	Frankfurt
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

Teilnehmende BKKn				
Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Brustkrebs für die Region Hamburg				
Stand: 01.01.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
104127692	actimonda Krankenkasse	Zweifallerstr. 130	52224	Stolberg
103121013	atlas BKK ahlmann	Am Kaffee-Quartier 3	28217	Bremen
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt am Main
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Gütersloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
103525909	BKK Achenbach-Buschhütten	Siegener Str. 152	57223	Kreuztal
108029306	BKK advita	Mainzer Straße 5	55232	Alzey
105530422	BKK B. Braun Melsungen AG	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
101532301	BKK Beiersdorf AG	Unnastr. 20	20253	Hamburg
103524101	BKK BJB	Werler Str. 1	59755	Arnsberg
105330157	BKK Braun Gillette	Westerbachstr. 23A	61476	Kronberg
104424794	BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Str. 82-84	47051	Duisburg
103525567	BKK der SIEMAG	Wiesenstr. 30	57271	Hilchenbach
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK DürkoppAdler	Potsdamer Str. 190	33719	Bielefeld
104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
105830539	BKK family	Äppelallee 27	65203	Wiesbaden
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstr. 49	33649	Bielefeld
105530364	BKK HENSCHER Plus	Josef-Fischer-Str. 10	34127	Kassel
103725547	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
105530331	BKK Herkules	Fünffensterstr. 5	34117	Kassel
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
103726081	BKK Melitta Plus	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Gütersloh
101520087	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
102131240	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
108030775	BKK VBU	Lindenstr. 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
109939003	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
104526376	BKK vor Ort	Universitätsstr. 47	44789	Bochum
105530126	BKK Werra-Meissner	Straßburger Str. 5	37269	Eschwege
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK Würth	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau
107829563	BKK ZF & Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz
109034270	BMW BKK	Mengkofenener Str. 6	84130	Dingolfing
102122557	Bosch BKK	Kruppstr. 19	70469	Stuttgart
103523440	Continental BKK	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg
108030775	Daimler BKK		28178	Bremen
106329225	Debeka BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18	56073	Koblenz
109939003	Deutsche BKK	Willy-Brandt-Platz 8	38439	Wolfsburg
104926702	Die Bergische BKK	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
102129930	Energie BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Str. 23	33602	Bielefeld

Teilnehmende BKKn				
Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Brustkrebs für die Region Hamburg				
Stand: 01.01.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
108035612	mhplus BKK	Franckstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Brunckstr. 47	67063	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	Schwenninger BKK		78044	Villingen-Schwenningen
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19 A	97421	Schweinfurt
105928809	Thüringer Betriebskrankenkasse - TBK	Schwerborner Str. 33	99086	Erfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
104926494	Vaillant BKK	Bahnhofstr. 15	42879	Remscheid
105330191	Vereinigte BKK	Westendstr. 21	60325	Frankfurt
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

Teilnehmende BKKn				
Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus KHK einschließlich des Moduls chronische Herzinsuffizienz in Hamburg				
Stand: 01.01.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
104127692	actimonda Krankenkasse	Zweifallerstr. 130	52224	Stolberg
103121013	atlas BKK ahlmann	Am Kaffee-Quartier 3	28217	Bremen
108534160	Audi BKK	Etlinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	BAHN-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
103525909	BKK Achenbach Buschhütten	Siegener Str. 152	57223	Kreuztal
108029306	BKK advita	Mainzer Straße 5	55232	Alzey
107536171	BKK Aesculap	Jetterstr. 13/1	78532	Tuttlingen
105530422	BKK B. Braun Melsungen AG	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
101532301	BKK Beiersdorf AG	Unnastr. 20	20253	Hamburg
105330157	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23 A	61476	Kronberg
104424794	BKK DEMAG KRAUS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Str. 82-84	47051	Duisburg
106431572	BKK der G. M. PFAFF AG	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern
103525567	BKK der SIEMAG	Wiesenstraße 30	57271	Hilchenbach
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK DürkoppAdler	Potsdamer Str. 190	33719	Bielefeld
104125509	BKK Euregio	Boos-Fremary-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
105830539	BKK family	Äppelallee 27	65203	Wiesbaden
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
103725547	BKK Herford Minden Ravensburg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
105530331	BKK Herkules	Fünfensterstr. 5	34117	Kassel
108633433	BKK Kassana	Karolinenplatz 2	80333	München
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
103726081	BKK Melitta Plus	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Gütersloh
101520087	BKK MOBIL OIL	Burggrafr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
102131240	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
101320043	BKK S-H	Stadtstr. 10	25348	Glückstadt
109723913	BKK VBU	Lindenstraße 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
104526376	BKK vor Ort	Universitätsstr. 43	44789	Bochum
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK WÜRTH	Gartenstraße 11	74653	Künzelsau
107829563	BKK ZF & Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz
109034270	BMW BKK	PF 1533	84126	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continentale BKK	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg
108030775	Daimler BKK		28178	Bremen
106329225	Debeka BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18	56073	Koblenz
109939003	Deutsche BKK	Willy-Brandt-Platz 8	38440	Wolfsburg
104926702	Die BERGISCHE Krankenkasse	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
104525057	E.ON BKK		45117	Essen
102129930	Energie BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str.	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld

Teilnehmende BKKn				
Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus KHK einschließlich des Moduls chronische Herzinsuffizienz in Hamburg				
Stand: 01.01.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
108035612	mhplus BKK	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	Schwenninger BKK		78044	Villingen-Schwenningen
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt
105928809	Thüringer Betriebskrankenkasse - TBK	Schwerborner Str. 33	99086	Erfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
104926494	Vaillant BKK	Bahnhofstr. 15	42897	Remscheid
105330191	Vereinigte BKK	Westendstr. 21	60325	Frankfurt
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

	Teilnehmende BKKn			
	Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Asthma / COPD in Hamburg			
Stand: 01.01.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
104127692	actimonda Krankenkasse	Zweifallerstr. 130	52224	Stolberg
103121013	atlas BKK ahlmann	Am Kaffee-Quartier 3	28217	Bremen
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
103525909	BKK Achenbach Buschhütten	Siegener Str. 152	57223	Kreuztal
108029306	BKK advita	Mainzer Straße 5	55232	Alzey
107536171	BKK Aesculap	Jetterstr. 13/1	78532	Tuttlingen
108833355	BKK Akzo Nobel	Glanzstoffstraße	63785	Obernburg
105530422	BKK B.Braun Melsungen AG	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
101532301	BKK Beiersdorf AG	Unnastr. 20	20253	Hamburg
105330157	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23 A	61476	Kronberg
104424794	BKK DEMAG-KRAUSS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Str. 82-84	47051	Duisburg
106431572	BKK der G. M. PFAFF AG	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern
103525567	BKK der SIEMAG	Wiesenstraße 30	57271	Hilchenbach
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK DürkoppAdler	Potsdamer Str. 190	33719	Bielefeld
104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
105830539	BKK family	Äppelallee 27	65203	Wiesbaden
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
105530364	BKK HENSCHER Plus	Josef-Fischer-Str. 10	34127	Kassel
103725547	BKK Herford Minden Ravensberg (HMR)	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
103726081	BKK Melitta Plus	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Güterloh
101520078	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
102131240	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
101320043	BKK S-H	Stadtstr. 10	25348	Glückstadt
108632900	BKK Textilgruppe Hof	Fabrikzeile 21	95028	Hof
109723913	BKK VBU	Lindenstraße 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
106432038	BKK Vital	Giulinistr. 2	67065	Ludwigshafen
104526376	BKK vor Ort	Universitätsstr. 47	44789	Bochum
105530126	BKK Werra-Meissner	Straßburger Str. 5	37269	Eschwege
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK Würth	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau
107829563	BKK ZF + Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz
109034270	BMW BKK	Mengkofenstraße 6	84130	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continental BKK	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg
108030775	Daimler BKK		28178	Bremen
106329225	Debea BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18	56073	Koblenz
109939003	Deutsche BKK	Willy-Brandt-Platz 8	38440	Wolfsburg
104926702	Die Bergische BKK	Heresbachstr. 29	42719	Solingen

Teilnehmende BKKn				
Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Asthma / COPD in Hamburg				
Stand: 01.01.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
104525057	E.ON BKK		45117	Essen
102129930	Energie BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld
108035612	mhplus BKK	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	Schwenninger BKK		78044	Villingen-Schwenningen
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt
105928809	Thüringer Betriebskrankenkasse - TBK	Schwerborner Str. 33	99086	Erfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
104926494	Vaillant BKK	Bahnhofstr. 15	42897	Remscheid
105330191	Vereinigte BKK	Westendstr. 21	60325	Frankfurt
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

Teilnehmende BKKn				
Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 1 in Hamburg				
Stand: 01.01.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
103121013	atlas BKK ahlmann	Am Kaffee-Quartier 3	28217	Bremen
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt am Main
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
103525909	BKK Achenbach Buschhütten	Siegener Str. 152	57223	Kreuztal
108029306	BKK advita	Mainzer Straße 5	55232	Alzey
107536171	BKK Aesculap	Jetterstr. 13/1	78532	Tuttlingen
108833355	BKK Akzo Nobel	Glanzstoffstraße	63785	Obernburg
105530422	BKK B.Braun Melsungen AG	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
101532301	BKK Beiersdorf AG	Unnastr. 20	20253	Hamburg
105330157	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23 A	61476	Kronberg
104424794	BKK DEMAG-KRAUSS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Str. 82-84	47051	Duisburg
106431572	BKK der G. M. PFAFF AG	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern
103525567	BKK der SIEMAG	Wiesenstraße 30	57271	Hilchenbach
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK DürkoppAdler	Potsdamer Str. 190	33719	Bielefeld
104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
105830539	BKK family	Äppelallee 27	65203	Wiesbaden
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
103725547	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
105530331	BKK HERKULES	Fünffensterstr. 5	34117	Kassel
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
103726081	BKK Melitta Plus	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Güterloh
101520078	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
102131240	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
109723913	BKK VBU	Lindenstraße 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
104526376	BKK vor Ort	Universitätsstr. 47	44789	Bochum
105530126	BKK Werra-Meissner	Straßburger Str. 5	37269	Eschwege
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK Würth	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau
107829563	BKK ZF + Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz
109034270	BMW BKK	Mengkofenstraße 6	84130	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continental BKK	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg
108030775	Daimler BKK		28178	Bremen
106329225	Debeka BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18	56073	Koblenz
109939003	Deutsche BKK	Willy-Brandt-Platz 8	38440	Wolfsburg
104926702	Die Bergische BKK	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
104525057	E.ON BKK		45117	Essen
102129930	Energie BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld

Teilnehmende BKKn				
Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 1 in Hamburg				
Stand: 01.01.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
108035612	mhplus BKK	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshaven
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	Schwenninger BKK		78044	Villingen-Schwenningen
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt
105928809	Thüringer Betriebskrankenkasse - TBK	Schwerborner Str. 33	99086	Erfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
104926494	Vaillant BKK	Bahnhofstr. 15	42897	Remscheid
105330191	Vereinigte BKK	Westendstr. 21	60325	Frankfurt
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

ANLAGE 7 STAND: 30.01.2014

Verzeichnis der datenannehmenden Stellen der Ersatzkassen

Krankenkasse des Versicherten	Empfänger der Daten
BARMER GEK	<u>Empfänger für TE/EWE (Originale; ausschließlich in Papierform):</u> BARMER GEK, 168 70 Zentrum für Versorgungsprogramme Gottlieb-Daimler-Str. 19 73529 Schwäbisch Gmünd E-Mail: Versorgungsprogramme@barmer-gek.de Telefon: 0800 332060 99-6234 Telefax: 0800 332060 99-6009 <u>Empfänger Rechnungen:</u> BARMER GEK, Hauptverwaltung Schwäbisch Gmünd Abteilung 1120_60 , Gottlieb-Daimler-Str. 19 73529 Schwäbisch Gmünd E-Mail: Versorgungsprogramme@barmer-gek.de Telefon: 0800 332060 99-6234 Telefax: 0800 332060 99-6009 <u>Empfänger für Datensätze:</u> Alexander Günther Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Telefon 030/ 26931-1653 Fax: 030/ 26931-2900 Alexander.Guenther@vdek.com Kassen-IK: 104940005 <u>Datenannahmestelle für Datensätze:</u> T-Systems International GmbH Nauheimerstraße 98, 70372 Stuttgart Telefon: 0800 3324785, E-Mail: edi.hotline@t-systems.com
DAK-Gesundheit	<u>Empfänger für TE/EWE (Originale; ausschließlich in Papierform):</u> DAK-Gesundheit, Digi-Zentrum, Wendestraße 4, 20097 Hamburg; alternativ: DAK Gesundheit, Postzentrum, 22788 Hamburg Ansprechpartner: Claudia Meiss; Tel.: 040 8972130-1107; Fax: 040 33470462957 E-Mail: Claudia.Meiss@dak.de <u>Empfänger für Datensätze:</u> Alexander Günther Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Telefon 030/ 26931-1653 Fax: 030/ 26931-2900 Alexander.Guenther@vdek.com; <u>Datenannahmestelle für Datensätze:</u> T-Systems International GmbH Nauheimerstraße 98, 70372 Stuttgart Telefon: 0800 3324785, E-Mail: edi.hotline@t-systems.com
Techniker Krankenkasse	<u>Empfänger für TE/EWE (Originale; ausschließlich in Papierform):</u>

	Techniker Krankenkasse, DMP-TEs, Ludwigstraße 55, 85399 Hallbergmoos; alternativ: Techniker Krankenkasse. TK-Plus Team, Postfach 232032, 85333 München-Flughafen <u>Empfänger Rechnungen:</u> Techniker Krankenkasse, DMP, Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg Ansprechpartner: Dagmar Köppel, Tel.: 040/6909-1543; E-Mail: Dagmar.Koeppel@tk.de <u>Empfänger für Datensätze:</u> Alexander Günther Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Telefon 030/ 26931-1653 Fax: 030/ 26931-2900 Alexander.Guenther@vdek.com Kassen-IK Ost: 101588809 Kassen-IK West: 101575519 <u>Datenannahmestelle für Datensätze:</u> T-Systems International GmbH Nauheimerstraße 98, 70372 Stuttgart Telefon: 0800 3324785, E-Mail: edi.hotline@t-systems.com
Kaufmännische Krankenkasse - KKH	<u>Empfänger für TE/EWE (Originale; ausschließlich in Papierform):</u> KKH - Kaufmännische Krankenkasse, Königsbrücker Str. 33, 01099 Dresden; Tel/Fax: 0351/652366-1701; 0351/652366-1199; <u>Empfänger für Datensätze:</u> Alexander Günther Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Telefon 030/ 26931-1653 Fax: 030/ 26931-2900 Alexander.Guenther@vdek.com <u>Datenannahmestelle für Datensätze:</u> T-Systems International GmbH Nauheimerstraße 98, 70372 Stuttgart Telefon: 0800 3324785, E-Mail: edi.hotline@t-systems.com
HEK – Hanseatische Krankenkasse	<u>Empfänger für TE/EWE (Originale; ausschließlich in Papierform):</u> HEK – Hanseatische Krankenkasse, Referat DMP, Wandsbeker Zollstr. 86-90, 22041 Hamburg; Ansprechpartnerin: Bärbel Wegner; Tel.: 040/65696-1244; Fax: 040/65696-1201; E-Mail: DMP@hek.de <u>Empfänger für Datensätze:</u> Alexander Günther Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Telefon 030/ 26931-1653 Fax: 030/ 26931-2900 Alexander.Guenther@vdek.com Kassen-IK: 101570104 <u>Datenannahmestelle für Datensätze:</u> T-Systems International GmbH Nauheimerstraße 98, 70372 Stuttgart Telefon: 0800 3324785, E-Mail: edi.hotline@t-systems.com
hkk	<u>Empfänger für TE/EWE (Originale; ausschließlich in Papierform):</u> hkk, Martinistr. 26, 28195 Bremen; Ansprechpartner: Herr Leppin; Tel.: 0421/3655-1270; Fax: 0421/3655-991270; E-Mail: Lars.Leppin@hkk.de <u>Empfänger für Datensätze*:</u>

	Alexander Günther Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Telefon 030/ 26931-1653 Fax: 030/ 26931-2900 Alexander.Guenther@vdek.com * <u>Datenannahmestelle</u> für Dokumentationsdatensätze und TE/EWE-Datenlieferungen ist das Rechenzentrum BITMARCK: BITMARCK Beratung GmbH, Putzbrunner Str. 93, 81739 München Ansprechpartner: Hotline (089) 62737-111 * <u>Datenannahmestelle</u> für Statusdatensätze ist T-Systems Kassen-IK: 103170002 (+102400510 IKK WE)
--	--

Kasse	Straße	PLZ	Ort
IKK Brandenburg und Berlin	Ziolkowskistraße 6	14480	Potsdam
IKK gesund plus	Umfassungsstraße 85	39124	Magdeburg
IKK Nord	Lachswehrallee 1	23558	Lübeck
BIG direkt gesund	Rheinische Straße 1	44137	Dortmund
IKK Südwest	Berliner Promenade 1	66111	Saarbrücken

AUSSCHREIBUNG

eines

Dienstleistungsauftrags (Datenstelle im DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs)

der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)

der AOK Hamburg

der See-Krankenkasse

dem BKK - Landesverband NORD, handelnd für die BKK'n, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD ihren Beitritt zum Vertrag erklärt haben

der Krankenkasse für den Gartenbau, zugleich handelnd als Landesverband der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

der Innungskrankenkasse (IKK) Hamburg, zugleich handelnd für die IKK'n, die gegenüber der IKK Hamburg ihren Beitritt erklärt haben

der Knappschaft

– Verwaltungsstelle Hannover –

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Landesvertretung Hamburg, handelnd für und im Auftrag seiner Mitgliedskassen

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV), Landesvertretung Schleswig-Holstein, handelnd für und im Auftrag seiner Mitgliedskassen

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)

Verdingungsunterlagen

Inhaltsverzeichnis

- I. Allgemeine Kurzbeschreibung der Dienstleistung sowie Hinweise zur Angebotserstellung und zur Auswertung
- II. Leistungsverzeichnis mit Angebotsblättern
- III. Allgemeine Vertragsbedingungen
- IV. Besondere Vertragsbedingungen

I. Allgemeine Kurzbeschreibung der Dienstleistung und Hinweise zur Angebotserstellung und zur Auswertung

1. Gegenstand der Ausschreibung

Die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme "DMP") soll die Behandlung chronisch Erkrankter durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung verbessern und die Erkrankten vor Folgeerkrankungen bewahren. Der medizinische Schwerpunkt der DMP liegt in der Vorbeugung.

Das zum 01.01.2002 in Kraft getretene Risikostrukturausgleichsreformgesetz ermöglicht es den Krankenkassen, ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme anzubieten. Die Auftraggeber haben diese Möglichkeit aufgegriffen und DMP für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs entwickelt. Weitere strukturierte Behandlungsprogramme, u.a. für Diabetes mellitus Typ 1, Koronare Herzerkrankungen, Asthma und COPD, werden voraussichtlich folgen.

Gegenstand dieser Ausschreibung ist die Einrichtung und der Betrieb einer Datenstelle mit dem Zweck, die im Rahmen des DMP anfallenden Datenströme (§ 137 f SGB V) einheitlich zu verwalten. Dies betrifft insbesondere die elektronische Erfassung der vom DMP-Arzt erhobenen Daten, deren Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität, die Datentrennung, deren Pseudonymisierung und die Weiterleitung der Da-

ten an die jeweiligen Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (im folgenden „KVH“) und an die von den Krankenkassen und der KVH gegründeten Gemeinsamen Einrichtung (im folgenden GE) nach § 28 f Abs. 2 Nr. 4 RSAV i.V.m. den jeweiligen DMP-Verträgen.

Die Leistung wird nach §§ 1 a Nr. 2 Abs. 1, 3 a Nr. 1 Abs. 1 VOL/A nach dem zweiten Abschnitt der VOL/A im Wege des offenen Verfahrens vergeben.

Dieses Vorgehen entspricht den aktuellen Vorgaben und Forderungen des Bundesversicherungsamtes, das die Aufsicht über die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke ausübt.

2. Kurzbeschreibung der Dienstleistung (Detailbeschreibung siehe II. Leistungsverzeichnis)

2.1 Gegenstand der Dienstleistung

Die Datenstelle (im folgenden teilweise auch „Auftragnehmer“ genannt) soll jeweils für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs und folgende Dienstleistungen erbringen:

2.1.1 Leistungen im Zusammenhang mit der Teilnahmeerklärung/ Einwilligungserklärung

Entgegennahme der vom DMP-Arzt aufgenommenen Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung (im folgenden TE/EWE) des Versicherten; Erfassung; Prüfung, ggf. Nachforderung und Weiterleitung der Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse.

2.1.2 Leistungen im Zusammenhang mit der Erstdokumentation inklusive Diagnosesicherung insgesamt

Entgegennahme und Erfassung der vom DMP-Arzt erstellten Dokumentationsbögen; Kontrolle der Arzt- und Kassenteilnahme; Prüfung der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Erstdokumentation; Prüfung bei erneuter Erstdokumentation; Zwischenspeicherung der Dokumentationsdaten und Trennung in Datensätze a bzw. b; Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Plausibilität und Vollständigkeit; Prüfung der Erstdokumentation auf eingegangene Komplementärbelege; Nachforderung unplausibler bzw. unvollständiger Daten; Pseudonymisierung der Datensätze a; Archivierung der Dokumentationsbögen; Weiterleitung der entsprechenden Daten an die jeweilige Krankenkasse bzw. an ihre datenannehmende Stelle (s. 2.1.4.) sowie an die GE und KVH (s. 2.1.5); Informationen an alle am Dokumentationsprozess Beteiligten.

2.1.3 Leistungen im Zusammenhang mit der Folgedokumentation insgesamt

Entgegennahme und Erfassung der durch den DMP-Arzt in regelmäßigen Abständen erhobenen Dokumentation von Daten; Prüfung der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Folgedokumentation, Überprüfung des korrekten Arzt-Versichererbezugs; Zwischenspeicherung der Folgedokumentationsdaten und Trennung in Datensätze a bzw. b; Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Plausibilität und Vollständigkeit; Nachforderung unplausibler bzw. unvollständiger Daten; Pseudonymisierung der Datensätze a; Archivierung der Dokumentationsbögen; Weiterleitung der entsprechenden Daten an die jeweilige Krankenkasse bzw. an ihre datenannehmende Stelle (s. 2.1.4) sowie an die j GE und KVH (s. 2.1.5); Informationen an alle am Dokumentationsprozess Beteiligten.

Die Leistungen nach 2.1.2 und 2.1.3 sind gegenüber den jeweiligen Krankenkassen, der KVH, der GE sowie teilweise gegenüber dem DMP-Arzt zu erbringen.

Für die Kommunikation mit den Ärzten werden die Auftraggeber dem Auftragnehmer Textbausteine vorgeben.

2.1.4 Leistungen im Zusammenhang mit der Übermittlung von Daten zwischen der Datenstelle und den Krankenkassen

Entgegennahme der Dokumentationsbögen und Kontrolle der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Erst- und Folgedo-

kumentation, Zwischenspeicherung, Trennung der Dokumentationsdaten für die Krankenkassen bei der Erstdokumentation in einen Teildatensatz b zur Diagnosesicherung mit Arzt- und Versichertenbezug und einen Teildatensatz b mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug. Bei der Folgedokumentation Erstellung des Teildatensatzes b mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug; Übermittlung der Teildatensätze b unmittelbar an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse. Überprüfung der Daten auf Plausibilität und Vollständigkeit. Nachfordern unplausibler bzw. unvollständiger Daten. Überprüfung des korrekten Arztversichertenbezugs. Archivierung der Dokumentationsbögen. Protokollierung.

2.1.5 Leistungen im Zusammenhang mit der Übermittlung von Daten zwischen der Datenstelle und der GE und der KVH.

Entgegennahme der Dokumentation und Kontrolle der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Erst- und Folgedokumentation, Zwischenspeicherung und Trennung der Dokumentationsdaten. Übermittlung der Teildatensätze a der Erstdokumentation bzw. Folgedokumentation (mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug) an die GE und die KVH. Überprüfung der Dokumentationsdaten a und b auf Vollständigkeit und Plausibilität und Nachfordern fehlender oder unvollständiger Dokumentationsdaten. Information an die KVH sowie GE über die Qualität der gelieferten Daten.

2.1.6. Leistungen im Zusammenhang mit den Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Erstellung eines Arzt-Reminders; Datenweitergabe an einen externen Evaluator. Die Übermittlung der Daten erfolgt in dem von den Auftraggebern vorzugebenden Format.

2.2 Kapazität der Dienstleistung

Der Dienstleistungsvertrag erstreckt sich zunächst auf die Daten von zwei chronischen Erkrankungen, kann sich zu einem späteren Zeitpunkt aber auch auf andere chronische Erkrankungen erstrecken. Zu Leistungsbeginn ist mit bis zu 30.000 potenziellen Teilnehmern zu rechnen.

Für die Krankenkasse für den Gartenbau gilt die Ausnahme, dass zunächst nur die Indikation Brustkrebs von dem hier ausgeschriebenen Auftrag umfasst ist.

Die Auftraggeber haben das Recht, Dienstleistungen hinsichtlich der anderen chronischen Erkrankungen nach Bedarf einzubeziehen. Die abzuschließenden Verträge werden einem Grundentwurf entsprechen, wie er auch für den hier ausgeschriebenen Vertrag vorgesehen ist. Sollten sich die Auftraggeber dazu entscheiden, weitere chronische Erkrankungen einzubeziehen, kann die Beauftragung für die damit verbundenen Dienstleistungen auf der Grundlage eines Verhandlungsverfahrens i. S. v. § 3 a VOL/A erfolgen (§ 3 a Nr. 2 lit. g VOL/A).

Zu bestimmten Spitzenzeiten (z.B. Quartalsende) muss mit Volumenvergrößerungen gerechnet werden. Die Datenstelle muss infrastrukturelle und personelle Kapazitäten aufweisen, welche eine Erledigung der anfallenden Dienstleistungsaufgaben im vorgegebenen Zeitrahmen sicherstellen.

2.3 Vertragslaufzeit

Der abzuschließende Dienstleistungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Der Vertrag ist mit einer Frist von drei Monaten kündbar, erstmals zum 31.12.2006.

Die Auftraggeber können den Vertrag bei etwaigen gesetzlichen, richterlichen oder aufsichtsbehördlichen Vorgaben anpassen.

Die Datenstelle nimmt ihre Arbeit spätestens vier Wochen nach Zuschlagserteilung auf. Innerhalb von vier Wochen nach Zuschlagserteilung setzt die Datenstelle sämtliche Leistungserbringer über den Beginn ihrer Tätigkeit in Kenntnis.

3. Hinweise zur Angebotserstellung

3.1 Auftraggeber

Auftraggeber sind:

- Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg,
Kieler Straße 464 – 470, 22525 Hamburg
- AOK Hamburg,
Pappelallee 22 – 26, 22089 Hamburg
- See-Krankenkasse,
Reimerstwierte 2, 20457 Hamburg
- BKK - Landesverband NORD,
Wendenstr. 279, 20537 Hamburg
- Krankenkasse für den Gartenbau
Frankfurter Str. 126, 34121 Kassel [×]
- Innungskrankenkasse Hamburg,
Kieler Straße 464 – 470, 22525 Hamburg
- Knappschaft – Verwaltungsstelle Hannover,
Siemensstr. 7, 30173 Hannover
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Landes-
vertretung Hamburg, handelnd für und im Auftrag seiner Mit-
gliedskassen,
Mittelweg 144, 20148 Hamburg
- AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV), Landesvertre-
tung Hamburg, handelnd für und im Auftrag seiner Mitglieds-
kassen, Mittelweg 144, 20148 Hamburg

[×] Die Krankenkasse für den Gartenbau beauftragt zunächst die Datenstelle nur für die Indikation Brustkrebs. Die Datenstelle ist verpflichtet, auf Wunsch der Krankenkasse für den Gartenbau, diese auch in Bezug auf die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 in den hier zu vergebenden Auftrag einzubeziehen.

- Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
- Gemeinsame Einrichtung DMP Hamburg,
Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg.

Ansprechpartner ist Rechtsanwalt Dr. Roger Schaack, c/o Rechtsanwälte Krömer Steger Westhoff, Blumenstraße 14, 40212 Düsseldorf (Tel.: 0211/864880; Fax 0211/131952).

3.2 Vollständigkeit der Unterlagen und Unklarheiten

Die Bieter haben sich unmittelbar nach Erhalt der Verdingungsunterlagen über deren Vollständigkeit zu vergewissern. Bestehen nach Auffassung eines Bieters Unklarheiten, Zweifel, Unsicherheiten oder Widersprüche in den Unterlagen, sind diese dem Auftraggeber unverzüglich schriftlich mitzuteilen, auch wenn der Hinweis schon zuvor in anderer Form gegeben wurde. Nach Ablauf der Angebotsfrist können Einwendungen nicht mehr geltend gemacht werden.

3.3 Einreichung der Angebote

3.3.1 Die Angebote sind bis spätestens 28. Dezember 2005, 12 Uhr mittags (Angebotsfrist) bei Rechtsanwalt Dr. Roger Schaack, c/o Rechtsanwälte Krömer Steger Westhoff, Blumenstraße 14, 40212 Düsseldorf (Tel.: 0211/864880; Fax 0211/131952) schriftlich abzugeben. Es sind ein Original sowie drei Kopien des Angebotes einzureichen. Die Angebote sind in einem verschlossenen Umschlag abzugeben, der in einen weiteren

verschlossenen Umschlag einzulegen ist. Beide Umschläge sind deutlich zu kennzeichnen mit der Aufschrift:

Angebotsunterlagen
Nicht öffnen
Angebot über die Bearbeitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Dokumentationsdaten im Rahmen von Disease-Management-Programmen in Hamburg
Ablauf der Angebotsfrist: 28. Dezember 2005

- 3.3.2 Bis zum Ablauf der Angebotsfrist können Angebote nur schriftlich in der Form des § 18 Nr. 2 Abs. 1 VOL/A zurückgezogen werden.
- 3.3.3 Angebote, die nach Ablauf der Angebotsfrist eingehen, werden vom Wettbewerb ausgeschlossen. Etwas anderes gilt nur, wenn der verspätete Eingang nicht durch vom Bieter zu vertretende Umstände verursacht wurde. Auf telefonischem oder elektronischem (§ 15 VgV) Wege übermittelte Angebote (Fernschreiben, Telefax, E-Mail, Telegramm) sind nicht zugelassen.
- 3.3.4 Angebote, die ansonsten unter Verletzung von Vorgaben dieser Verdingungsunterlagen oder von Bestimmungen der VOL/A erfolgen, werden gleichfalls ausgeschlossen. Dies gilt insbesondere für Angebote von Bietern, die sich im Zusammenhang mit dieser Ausschreibung an einer unzulässigen Wettbewerbsbeschränkung beteiligen oder beteiligt haben.

3.3.5 Das Angebot muss vollständig sein und darf nur die Preise und die in den Ausschreibungsunterlagen geforderten, gewünschten oder ausdrücklich zugelassenen Erklärungen und Unterlagen enthalten. Bei der Erstellung des Angebotes sind die Angebotsblätter des Auftraggebers zu verwenden. Soweit bei der Erstellung der Angebote besondere Anlagen benutzt werden, ist zweifelsfrei kenntlich zu machen, dass diese Bestandteil des Angebots sind. Insbesondere sind auch die Anlagen rechtsverbindlich zu unterzeichnen. Es ist weiter deutlich zu machen, auf welches Angebotsblatt sich die Anlagen beziehen.

3.3.6 Das Angebotsschreiben, die Preisangebote sowie alle weiteren allgemeinen Erklärungen der Bieter müssen rechtsverbindlich unterschrieben und mit Stempel versehen sein. Die Eintragungen eines Bieters müssen dokumentenecht sein. Änderungen an den Eintragungen hat ein Bieter zweifelsfrei kenntlich zu machen.

3.3.7 Das Angebot und alle beizufügenden Unterlagen müssen in deutscher Sprache abgefasst sein.

3.4 Rechtliche Bedingungen sowie erforderliche wirtschaftliche, finanzielle und technische Angaben

Folgende Bedingungen müssen erfüllt sein. Anderenfalls ist der Bieter zwingend von der Vergabe ausgeschlossen:

- 3.4.1 Juristische Personen haben die Namen und die berufliche Qualifikation der für die Ausführung der Dienstleistung verantwortlichen Personen anzugeben.
- 3.4.2 Die Auftraggeber können sich unter Wahrung der jeweiligen Datenschutzbestimmungen und Zugriffsrechte über die vertragsgemäße Ausführung der Leistung unterrichten und in die sie betreffenden Datenbanken Einsicht nehmen. Die Krankenkassen unterliegen als Körperschaften des öffentlichen Rechts ihrerseits Prüfungen der Aufsichtsbehörden. Die Aufsichtsbehörden haben das Recht, diese Prüfungen in den Räumen des Bieters vorzunehmen (siehe Kapitel II Pkt. 3.8). Der Bieter hat seine Wirkungsstätte daher innerhalb Deutschlands zu errichten.
- 3.4.3 Der Auftragnehmer verpflichtet sich sicherzustellen, dass bei den Grundsätzen der Unternehmensführung nicht die „Technologie von L. Ron Hubbard“ angewendet, gelehrt oder in sonstiger Weise verbreitet wird.
- 3.4.4 Der Bieter darf nicht in der Vergangenheit bei Ausschreibung gleich oder ähnlich gelagerter Aufträge irreführende Angaben gemacht haben.
- 3.4.5 Folgende Unterlagen sind zur Beurteilung der Fachkunde, Zuverlässigkeit und Leistungsfähigkeit einzureichen:

- Zeitnaher Nachweis aus dem Handelsregister;
- Nachweis der ordnungsgemäßen Zahlung der Sozialbeiträge;
- Unbedenklichkeitsbescheinigung des Finanzamtes oder (im Falle nicht-deutscher Bieter) Vergleichbares;
- Beschreibung der Dauer des Marktauftrittes, betreutes Kundenvolumen durch den Bieter und Erfahrung in der Abwicklung gleicher oder ähnlich gelagerter Aufträge inklusive Nachweis erfolgreicher Vertragsumsetzung durch Bescheinigung der jeweiligen Auftraggeber (Referenzen). Die jeweiligen Auftraggeber müssen dabei auch bescheinigen, dass die Zusammenarbeit mit dem Bieter vertrauensvoll war. Der Bieter gestattet den Auftraggebern ausdrücklich, hierzu Recherchen vorzunehmen;
- Nachweis eines Konzepts zum Schutz der Daten nach deutschem Recht unter Einschluss der Protokollierung der Systemleistungen.

3.5 Vergabe nach Losen

Die Vergabe von einzelnen Losen ist nicht vorgesehen.

3.6 Kostenangaben und Kalkulation

3.6.1 Alle Angebotspreise sind brutto inkl. Umsatzsteuer nach dem geltenden Steuersatz anzugeben. Alle Angebotspreise sind in Euro, Bruchteile in vollen Euro-Cent anzugeben.

3.6.2 Dem Angebot ist eine Urkalkulation in einem separaten und versiegelten Umschlag beizulegen. Die Urkalkulation wird von der Vergabestelle nur bei Bedarf geöffnet, der Bieter wird hiervon in Kenntnis gesetzt. Mit Hilfe der Urkalkulation muss die Kostenermittlung nachvollziehbar sein.

3.7 Änderungsvorschläge und Nebenangebote

Änderungsvorschläge und Nebenangebote sind nicht zugelassen.

3.8 Bietergemeinschaften

Bietergemeinschaften sind nicht zugelassen. Angebote von Bietergemeinschaften werden nicht berücksichtigt.

3.9 Unterauftragnehmer

Unterauftragnehmer sind grds. nicht zugelassen, da die Auftragsverarbeitung von Sozialdaten durch nicht-öffentliche Stellen durch § 80 Abs. 5 SGB X strikt limitiert wird. Für die Produktion und Verarbeitung von DMP-Daten sind Unterauftragnehmer nicht zugelassen. Zulässig ist lediglich die Weitervergabe von unwesentlichen Teilleistungen im Sinne des § 4 Nr. 4 Satz 2 VOL/B. Für darüber hinausgehende Leistungen ist die vorherige Zustimmung des Auftraggebers erforderlich.

3.10 Öffnung der Angebote

In der Verhandlung zur Öffnung der Angebote sind Bieter nicht zugelassen. Die Namen der Bieter und Endbeträge der Angebote werden nicht bekannt gegeben.

3.11 Mitteilung über nicht berücksichtigte Angebote

Eine Information der Bieter bei Nichtberücksichtigung ihrer Angebote erfolgt nach Maßgabe von § 13 VgV.

3.12 Zuschlagsfrist

Die Zuschlagsfrist beginnt mit dem Ablauf der Angebotsfrist. Sie endet am 01. Februar 2006. Die Bieter sind bis zu diesem Zeitpunkt an ihre Angebote gebunden. Ein Angebot gilt als nicht berücksichtigt, wenn bis zum Ablauf der Zuschlagsfrist kein Auftrag erteilt wurde.

3.13 Kosten

Die Übersendung der Verdingungsunterlagen erfolgt für einen Bieter kostenfrei. Für die Bearbeitung des Angebotes werden keine Kosten erstattet.

3.14 Vergabekammer gemäß § 104 GWB

Vergabekammer ist die Vergabekammer bei der Finanzbehörde Hamburg, Gänsemarkt 36, 20354 Hamburg.

3.15 Hinweis zur Akteneinsicht im Nachprüfungsverfahren

Bei der Durchführung eines Nachprüfungsverfahrens nach §§ 104 ff. GWB haben alle Verfahrensbeteiligten grundsätzlich ein Akteneinsichtsrecht nach § 111 Abs. 1 GWB. Jeder Bieter hat daher mit der konkreten Möglichkeit zu rechnen, dass sein Angebot mit allen wesentlichen Bestandteilen, soweit es sich in den Vergabeakten des Auftraggebers befindet, von den Verfahrensbeteiligten bei der Vergabekammer eingesehen wird. Es liegt so im eigenen Interesse eines jeden Bieters, schon in seinem Angebot auf wichtige Gründe (insbesondere Fabrikations-, Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse) hinzuweisen und diese in seinen Angebotsunterlagen kenntlich zu machen, die nach § 111 Abs. 2 GWB die Vergabekammer veranlassen, die Einsicht in die Akten zu versagen.

Der Auftraggeber ist bei Einleitung eines Nachprüfungsverfahrens verpflichtet, die Vergabeakten sofort der Vergabekammer zur Verfügung zu stellen (§ 110 Abs. 2 GWB). Ein Bieter hat sich daher in einem solchen Fall zur Durchsetzung seiner Geheimhaltungsinteressen unmittelbar an die Vergabekammer zu wenden.

4. Zuschlagskriterien

Der Zuschlag erfolgt auf das unter Berücksichtigung aller Umstände wirtschaftlichste Angebot. Die Reihenfolge der Zuschlagskrite-

rien stellt keine Rangfolge dar. Qualität (Pkt. 4.1) und Preis (Pkt. 4.2) werden im Verhältnis 70:30 gewertet.

Der Bieter hat die Leistungen in ihrer Gesamtheit anzubieten.

Das Angebot muss die unter 4.1 genannten Aspekte erfüllen. Danach bestimmt sich die Qualität des Angebotes.

Es wird berücksichtigt, wenn der Bieter Angaben zu einer Erstreckung des Auftrags auf weitere DMP's macht. Die Angaben sind für den Fall einer späteren Auftragsvergabe für den Bieter verbindlich. Der Bieter verpflichtet sich, zu dem von ihm hierfür angegebenen Preis die Dienstleistungen nach Maßgabe dieser Ausschreibeunterlagen im Falle eines späteren Auftrags für weitere chronische Erkrankungen zu erbringen.

4.1 Qualität des Produktes

4.1.1 Eingesetzte Hardware

Beschreibung der eingesetzten Hardware durch den Bieter und Beifügen geeigneter Nachweise über deren Einsatz.

4.1.2 Eingesetzte Software

Beschreibung der eingesetzten Software durch den Bieter. Dabei ist zu verdeutlichen, wie die Datenstellenprozesse softwaretechnisch umgesetzt werden. Ablichtungen von Lizenzverträgen sind beizufügen.

- 4.1.3 Qualität des Prozesses: Der Bieter hat den Prozess in einzelnen Schritten zu beschreiben. Es muss deutlich werden, wie der Beleg bzw. der Datenträger in den unterschiedlichen Schritten verarbeitet wird und wie der Verarbeitungsstand in der Datenbank bzw. über die Software nachvollzogen werden kann. Arbeitsanweisungen, Dokumentation, Controlling etc. können beigelegt werden.
- 4.1.4 Beschreibung der Qualifikation und Ausbildung des eingesetzten Personals (Nachweis der für die Aufgabenwahrnehmung ausreichenden Kenntnisse der deutschen Sprache, Schulungsmaßnahmen, Personalentwicklung etc.) durch den Bieter - unter Berücksichtigung der jeweiligen Aufgabenstellung im Prozess, wie z.B. Poststelle, Operating, Systemadministration und Hotline.
- 4.1.5 Beschreibung der Verfügbarkeit/Anzahl des Personals (Zahl der für die Dienstleistung ausschließlich zur Verfügung stehenden, ggf. noch einzustellenden Mitarbeiter; individuelle Arbeitszeit in Stunden pro Woche) durch den Bieter - unter Berücksichtigung der jeweiligen Aufgabenstellung im Prozess, wie z.B. Poststelle, Operating, Systemadministration und Hotline.
- 4.1.6 Beschreibung des Controlling.
- 4.1.7 Erläuterung, weshalb die Kapazität für eine Erstreckung des Auftrags auf weitere chronische Krankheiten sichergestellt ist.

4.2 Preis

4.2.1 Es ist ein Pauschalpreis für sämtliche unter 2.1 (S. 4 ff. dieser Verdingungsunterlagen) aufgeführten Dienstleistungen je Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Dokumentationsbogen im Zusammenhang mit der Erst- und Folgedokumentation sowie Arztreminder unter Verwendung der beigegeführten Angebotsblätter, d.h. mit den dort vorgesehenen Aufsplittungen, gestaffelt nach Leistungsumfang und unterscheidend zwischen den Fällen beleghafter und belegloser Dokumentation anzubieten. Dieser Preis erfasst alle nach diesem Vertrag geschuldeten Leistungen einschließlich sämtlicher Personal-, Sach-, Material-, Einrichtungs- und sonstigen Nebenkosten sowie der Mehrwertsteuer nach dem zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Steuersatz. Der angebotene Pauschalpreis versteht sich als Komplettpreis und umfasst insbesondere auch solche Kosten, die durch Nachfragen, Aufklärungen, etc. entstehen können. Eine gesonderte Vergütung für solche Tätigkeiten wird nicht gewährt.

Nicht im Pauschalpreis enthalten sind lediglich die anfallenden Portokosten für Nachforderungen. Die tatsächlich Portokosten der Nachforderungen legt der Auftragnehmer im Verhältnis der betroffenen Versicherten auf die Krankenkassen um.

4.2.2 Der Auftragnehmer erhält eine Vergütung für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Vorgang gemäß Leistungsverzeichnis sowie dann, wenn ein Datenvorgang nicht erfolgreich

abgeschlossen werden kann, weil trotz Nachfordern durch den Auftragnehmer im geschuldeten Umfang der DMP-Arzt die jeweiligen Daten nicht vollständig bzw. fehlerfrei übermittelt hat, oder weil die Überprüfung der Arzt- und Krankenkassenteilnahme oder des Arzt-Versichertenbezugs zu einer Zurücksendung der Erst- bzw. Folgedokumentation bzw. Information an den Arzt führt.

- 4.2.3 Die Angebotspreise umfassen die Tätigkeit für alle zwei hier ausgeschriebenen Indikationen, so dass für alle Indikationen ein Preis angeboten wird und die abzurechnende Menge sich aus der Summe aller in einem Jahr für alle hier ausgeschriebenen Indikationen erbrachten Leistungen ergibt.

Es wird berücksichtigt, wenn der Bieter erklärt, im Falle einer Beauftragung auch seine Vergütung für Leistungen für weitere Indikationen nach dem Angebotsblatt abzurechnen, indem die p.a. abzurechnende Menge sich um die dann zusätzlich erbrachten Leistungen erhöht.

II. Leistungsverzeichnis

Das vom Auftragnehmer zu erbringende Leistungsspektrum ist in sechs Leistungsbereiche unterteilt. Der Auftragnehmer hat die Leistungen aus jedem Leistungsbereich anzubieten. Darüber hinaus sind die Anforderungen an die Kapazität der Dienstleistung und die Preise zu erfüllen. Die Besonderheiten im Zusammenhang mit der Erfüllung der Leistungen für BKK'n und IKK'n ergeben, sind in Abschnitt 5.7 bzw. 5.8 aufgeführt.

1. Leistungen im Zusammenhang mit der Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten

1.1 Entgegennahme der TE/EWE

Alle bei der Datenstelle eintreffenden TE/EWE müssen angenommen, mit Eingangsstempel (mit Firmenbezeichnung) versehen und als Datensatz generiert werden und in unveränderter Form sowie im Verbund verbleiben, d.h. eine Modifikation der Originale oder die Trennung von TE/EWE ist nicht erlaubt.

1.2 Prüfung auf Vollständigkeit und ggf. Nachforderung

Die Prüfung erfolgt:

- auf das Vorhandensein der notwendigen Unterschriften des Versicherten (Teilnahme **und** Einwilligung)

- auf das Vorhandensein der notwendigen Unterschrift des Arztes mit Arztstempel
- auf das Vorhandensein und die Plausibilität der notwendigen drei Datumsangaben
- auf das programmspezifische Kreuz bei Diabetes Typ 2
- und auf die Teilnahme des Arztes am jeweiligen Programm
- Teilnahme der Kassen am jeweiligen DMP-Programm
- Ersteinschreibung oder Arztwechsel.

Die Nachforderung ist notwendig, wenn o. g. Positionen nicht vollständig vorhanden sind. Die Nachforderungen erfolgen gegenüber dem teilnehmenden Arzt. Dazu muss dem Arzt eine Kopie der TE/EWE mit Kennzeichnung der fehlerhaften/fehlenden Angaben zugesandt werden, mit dem Hinweis, die Fehler auf der Kopie zu korrigieren bzw. fehlende Angaben zu ergänzen. Soweit der Arzt Nachfragen hat, muss die Datenstelle telefonisch Unterstützung bei der Fehlerkorrektur leisten.

Sofern der Vertragsarzt nicht als teilnehmender Vertragsarzt zu identifizieren ist (ggf. durch Abgleich der Arztnummer mit dem Arztstempel), wird umgehend die jeweilige KV dazu befragt, ob dieser Vertragsarzt sich neu eingeschrieben hat. TE/EWE von Ärzten, die nicht teilnehmen, werden an den Vertragsarzt zurückgesandt.

TE/EWE von Krankenkassen, die nicht teilnehmen, werden an die jeweiligen Ärzte zurückgesandt und es ergeht eine Information hierüber an den jeweiligen Krankenkassenverband.

1.3 Weiterleitung der TE/EWE

Die bei der Datenstelle an einem Tag eingegangenen Originale und von den Ärzten verbesserten/vervollständigten Kopien der TE/EWE müssen von der Datenstelle nach Entgegennahme gebündelt und unverändert auf gesichertem Transportweg an die jeweilige Krankenkasse und – sofern gewünscht – als Datensatz an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkassen weitergeleitet werden. Zudem ist eine Liste über die Versicherten, für die eine unvollständige TE/EWE eingegangen ist, zu erstellen und innerhalb der Protokollierung an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

1.4 Prüfung der TE/EWE auf eingegangene Komplementärbelege

Die Datenstelle prüft, ob für jede TE/EWE, deren Eingang länger als 14 Tage zurückliegt, eine Erstdokumentation bzw. – bei einem Arztwechsel im Rahmen der Indikation Brustkrebs – eine zugehörige Folgedokumentation eingegangen ist. Sollte zur TE/EWE kein Komplementärbeleg vorliegen, so wird die entsprechende Dokumentation in den wöchentlichen Nachforderungsprozess (siehe unten 3.8) aufgenommen und als fehlender Komplementärbeleg der TE/EWE gesondert aufgeführt.

1.5 Ausführungsfrist

Die entgegengenommenen TE/EWE eines Tages müssen unverzüglich, d.h. spätestens am folgenden Werktag an die jeweilige Krankenkasse oder datenannehmende Stelle weitergeleitet werden.

Die Liste über die unvollständigen und nachgeforderten TE/EWE wird mindestens einmal in der Woche an die jeweilige Krankenkasse übermittelt.

Der Prozess der Nachforderung ist in Abständen von 2 Wochen bis zum Ende des Zeitraums 10 Tagen plus 6 Wochen nach Ende des Erstellungsquartals von der Datenstelle ggf. mehrfach zu wiederholen.

1.6 Protokollierung

Zur Abrechnung mit den Auftraggebern bzw. den über ihre Verbände oder die IKK Hamburg am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen ist ein indikationsspezifisches Protokoll mit Versichertenbezug über

- eingegangene TE/EWE der vergangenen Kalenderwoche,
- eingegangene fehlerhafte TE/EWE der vergangenen Kalenderwoche,
- durchgeführte Nachforderungen,
- Im Nachforderungsverfahren befindliche TE/EWE,
- Versicherte mit mehreren TE/EWE (Hinweis auf kasseninterne Abklärung)

zu führen und monatlich an die jeweiligen Krankenkassen zu übermitteln. Ein Vergütungsanspruch gegenüber den Auftraggebern BKK Landesverband NORD, VdAK und AEV besteht nicht. Ebenso wenig besteht ein Vergütungsanspruch gegenüber der IKK Hamburg, soweit die Tätigkeit für andere Innungskrankenkassen erfolgt, die gegenüber der IKK Hamburg ihren Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben.

2. Verfahrensbeschreibung im Zusammenhang mit der elektronischen Datenübermittlung

Die nachstehende Prozessbeschreibung zur Umsetzung elektronischer DMP-Datenübermittlung ist zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt abgestimmt. Danach gilt zur Vereinfachung des Datenmanagements für Hamburg Folgendes:

1. Der DMP-Arzt erfasst die Datensätze (Daten der Erst- oder Folgedokumentation gemäß RSAV) elektronisch (z.B. mit PC und DMP-Praxissoftware). Zur Sicherung der Datenprozesse ist es zielführend, die Dokumentationen am Behandlungstag zu erstellen/speichern.
2. Gemäß der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmten EDV-Schnittstellenbeschreibung beinhalten die unter Punkt 1 genannten Datensätze das Datum der Arztunterschrift, welches der DMP-Arzt gesondert bestätigen muss. Ohne diese manuelle Bestätigung des Arztes kann der Dokumentationsdatensatz nicht gespeichert oder an die DMP-Datenstelle übermittelt werden (Anforderung an die DMP-Praxissoftware).
3. Die Datensätze werden auf einem Speichermedium gespeichert und vor Versand an die Datenstelle verschlüsselt. Die Datenträger sind mit Angaben zur DMP-Arztnummer, Arztname und Datum zu versehen. CD-ROMs sind mit geeignetem Permanent-Marker zu beschriften; für Disketten sollte ein Aufkleber genutzt werden.
4. Die vom DMP-Arzt nach Punkt 1 erfassten Datensätze werden in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst und 10-tägig an die Datenstelle übermittelt. Die Übermittlungsdatei wird auf Datenträgern (CD-ROM, Diskette) oder – sobald freigegeben – per Datenfernübertragung (DFÜ) an die Datenstelle versendet.
5. Die Datenstelle nimmt den Datenträger/die Übermittlungsdatei mit den Datensätzen entgegen, prüft und verarbeitet diese. Kann ein Datenträger/die Übermittlungsdatei nicht verarbeitet werden, wird der dokumentierende Arzt umgehend informiert und aufgefordert, die Datenübermittlung erneut durchzuführen. Dieses Verfahren gilt auch, wenn die Datei-

en nicht von der Datenstelle entschlüsselt werden können oder eine Datei von der Datenstelle wegen inkompatiblem Dateiformat nicht verarbeitet werden kann.

6. Die Datenstelle prüft die verarbeitbaren Dateien auf Vollständigkeit und Plausibilität. Dabei werden die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmten, jeweils gültigen Plausibilitätsrichtlinien angewendet.
7. Die Datenstelle erzeugt je von der Arztpraxis übermittelter Datei eine Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ mit folgenden Angaben:
 - Arztnummer, Arztname und Praxisanschrift
 - Dateiname (der an die Datenstelle übermittelten Datei)
 - DMP-Indikation
 - Belegtyp (Erst-/Folgedokumentation)
 - Datensatz-Identifikationsnummer (Datensatz-ID)
 - DMP-Fallnummer
 - Versichertennummer
 - Versichertenname und -vorname
 - Name Krankenkasse
 - Seitenzahl
 - Unterschriftsdatum des Arztes (aus dem Datensatz, manuell erfasst und bestätigt)
 - Unterschrift des Arztes

Die Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ beinhaltet zu ihrer Identifizierung ein automatisch generiertes Listenerstellungsdatum. Die Bestätigungsliste wird nach Versichertenamen und DMP-Indikation sortiert. Bei mehrseitigen Listen generiert die Datenstelle auf jeder Seite der Liste den Textbaustein zur Bestätigung der Dokumentation durch den Arzt einschließlich dem Feld „Unterschrift/Vertragsarztstempel“, sodass jede einzelne Seite als selbständige Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ durch die Datenstelle verarbeitet werden kann.

8. Die Datenstelle trägt auf die Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ eine geeignete Kennzeichnung (Barcode-Unikat je Seite der Liste) auf, die eine automatisierte Zuordnung zu den Dokumentationsdatensätzen ermöglicht.
9. Die Datenstelle übermittelt die Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ unmittelbar nach Erhalt der Dokumentationsdaten an die jeweilige Arztpraxis mit der Bitte um Prüfung, Unterzeichnung und unmittel-

bare Rücksendung an die Datenstelle. Die Datenstelle übermittelt dem DMP-Arzt auf Anforderung ein Duplikat der Liste.

10. Sofern der DMP-Arzt bereits mittels Praxissoftware eine „Versandliste“ erstellt, erhält auch dieser eine Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ (vgl. Punkt 7) durch die Datenstelle als Bestätigung für den Inhalt der übermittelten Datei. Die Datenstelle führt die Aufgaben nach Punkt 7 bis 9 durch.
11. Der DMP-Arzt prüft die Versandliste inhaltlich und bestätigt mit Datum (optional) und Unterschrift, die Dokumentationen der dort aufgeführten Versicherten am jeweils zugeordneten Datum erstellt zu haben.
12. Der DMP-Arzt unterschreibt jede Seite der Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und sendet diese umgehend an die Datenstelle zurück. Vergütungsfähig sind nur solche Dokumentationen, deren unterschriebene Liste innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes in der Datenstelle eingegangen sind.
13. Die Datenstelle prüft, ob jede Seite der Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ unterschrieben und innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes in der Datenstelle vorliegt, archiviert die Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und stellt sicher, diese im Falle der Prüfungen nach § 15 a RSAV vorlegen zu können. Mögliche Streichungen von Dokumentationen auf der Bestätigungsliste durch den DMP-Arzt werden von der Datenstelle bei Posteingang berücksichtigt. Bei einem weitergehenden Änderungsbedarf zum Inhalt der Bestätigungsliste muss sich der DMP-Arzt auf den bekannten Kommunikationswegen an die Datenstelle wenden.
14. Die Datenstelle fordert ausstehende Listen regelmäßig (14-tägig) beim DMP-Arzt an. Hierzu erhält der DMP-Arzt jeweils eine Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“, die die noch zu bestätigenden Dokumentationen beinhaltet.
15. Die Datenstelle leitet innerhalb von 5 Tagen die DMP-Dokumentationsdaten an die jeweiligen DMP-Datenzentren der Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften und Gemeinsamen Einrichtungen weiter.
16. Stellt die Datenstelle fest, dass die unterschriebene Liste nicht innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes bei der Datenstelle vorliegt, werden die Dokumentationsdaten nicht an die Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften und Gemeinsamen Einrichtungen

gen weitergeleitet. Die Datenstelle informiert den DMP-Arzt, die Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften und Gemeinsamen Einrichtungen entsprechend.

17. Stellt die Datenstelle bei der Prüfung der Dokumentationsdatensätze Unvollständigkeit oder Unplausibilität fest, reproduziert sie den Dokumentationsbogen auf Basis des übermittelten Datensatzes, druckt den Dokumentationsbogen aus und sendet diesen an die Arztpraxis mit der Aufforderung zur Korrektur, erneuten Unterschrift unter Angabe des Korrekturdatums und zügige Rückgabe an die Datenstelle zurück.
18. Der Korrekturprozess nach Punkt 17, der innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes abgeschlossen sein muss, wird durch die Datenstelle überwacht.
19. Die Änderungen und das Korrekturdatum auf dem korrigierten Dokumentationsbogen werden von der Datenstelle erfasst, die Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität wird erneut durchgeführt.
20. Der korrigierte und vom DMP-Arzt unterzeichnete Dokumentationsbogen wird archiviert. Die Dokumentationsdaten werden innerhalb von 5 Tagen an die jeweiligen DMP-Datenzentren der Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften und Gemeinsamen Einrichtungen weitergeleitet.
21. Die von den Ärzten an die Datenstelle übermittelten Datenträger sind nach der Erfassung der Daten umgehend unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen zu vernichten.

3. Leistungen im Zusammenhang mit der Erstdokumentation inkl. Diagnosesicherung

Um den Text nicht zu überfrachten, ist bei den Dokumentationen immer nur von a bzw. b - Datensätzen die Rede. Die Buchstaben stehen stellvertretend für die Datensätze 2a/b bei Diabetes Typ 2 und 4a/b bei Brustkrebs.

Die Daten „Diagnosesicherung“ bzw. „nach Diagnosesicherung“ ist bei den verschiedenen Indikationen in der RSAV § 28 f Abs. 2 Nr. 2 i.V. mit den Erstdokumentationsbögen nach Anlage 2b, 4b, 6b und 8b zu dieser Bestimmung wie folgt definiert:

Anlage 2b – Diagnosesicherung: Zeilen 1-13, nach Diagnosesicherung: ab Zeile 14ff

Anlage 4b – Diagnosesicherung: Zeilen 1-12, nach Diagnosesicherung: ab Zeile 13ff

3.1. Entgegennahme und Erfassung der Dokumentation

3.1.1 Beleghafte Dokumentation

Alle bei der Datenstelle eingehenden Dokumentationsbögen müssen angenommen, mit Eingangsstempel versehen werden und in unveränderter Form verbleiben, d.h. eine Modifikation der Originale ist nicht erlaubt. Die Daten auf den entgegengenommenen Dokumentationsbögen müssen von der Datenstelle erfasst und elektronisch zwischengespeichert werden (siehe 3.3).

3.1.2 Beleglose Dokumentation

Die Datenstelle hat sicherzustellen, dass bei Übermittlung elektronischer Dokumentationsdaten durch den Arzt, diese in unveränderter Form in das EDV-System der Datenstelle einge-

speist und dort zwischengespeichert (siehe 3.3) werden können.

Die Datenstelle ist verpflichtet, elektronische Daten vom Arzt anzunehmen, die in dem zwischen KBV und Spitzenverbänden abgestimmten Format übermittelt wurden (s.a. Verfahrensbeschreibung oben II. 2. dieser Verdingungsunterlagen).

Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind oben in Kapitel II. 2 enthalten.

3.2 Kontrolle der Arzt- und Kassenteilnahme

Die Datenstelle prüft, ob der Arzt, der das Dokument eingesandt hat, auch teilnehmender Arzt ist. Das Vorgehen entspricht der unter II. 4.3. dieser Verdingungsunterlagen beschriebenen Prüfung 1 und der dort beschriebenen Handlung.

Darüber hinaus prüft die Datenstelle die Teilnahme der Krankenkasse am jeweiligen DMP-Programm.

3.3 Kontrolle der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Erstdokumentation

Der DMP-Arzt hat gemäß der RSAV eine Frist von 10 Tagen nach Ablauf des Ausstellungsquartals für die Übermittlung der Erstdokumentation an die beauftragte Datenstelle. Die Dokumentation muss spätestens sechs Wochen nach Ablauf dieser Frist vollständig und plausibel an die jeweiligen Auftraggeber übermittelt sein. Sollte das Ende der Frist auf einen Sonn- oder Feiertag fallen, so endet die Frist mit dem

darauffolgenden Werktag. (Aus Gründen der Vereinfachung werden diese Fristen im Folgenden mit „10 Tage plus 6 Wochen“ bezeichnet).

Die Datenstelle hat zu prüfen, ob das Eingangsdatum (Eingangsstempel) der Erstdokumentation in der Datenstelle vor Ablauf der 10 Tage plus 6 Wochen nach Ende des Ausstellungsquartals liegt. Falls ja, sind die in den Kapiteln 3.3 bis 3.16 beschriebenen Schritte durchzuführen. Falls das Eingangsdatum außerhalb der vorgenannten Frist liegt, führt die Datenstelle die genannten Schritte mit den folgenden Einschränkungen/Erweiterungen durch:

- Erfasste Dokumentationsdaten werden nicht weiter an die jeweilige Krankenkasse, die jeweilige GE und die jeweilige KV geschickt.
- Die Datenstelle informiert den Arzt schriftlich darüber, dass die Erstdokumentation nicht innerhalb von 10 Tagen eingegangen ist bzw. innerhalb von 6 Wochen nicht vollständig / plausibel vorliegt und dass er eine neue Erstdokumentation zu erstellen hat.
- Die Datenstelle informiert die jeweilige Krankenkasse darüber, dass eine Erstdokumentation für den Versicherten vorliegt, diese aber nicht innerhalb der vorgegebenen Frist eingegangen ist. Diese Information erfolgt wöchentlich im Rahmen der Protokollierung.

- Die Datenstelle informiert unter Angabe der Arztnummer und der DMP-Fallnummer die GE und die KV darüber, dass eine Erstdokumentation vorliegt, diese aber nicht innerhalb der vorgegebenen Frist eingegangen ist. Diese Information erfolgt einmal pro Quartal auf elektronischem Wege in verschlüsselter Form.

3.4 Prüfung bei erneuter Erstdokumentation

Erhält die Datenstelle eine Erstdokumentation für einen Versicherten, für den es bereits eine gültige Erstdokumentation gibt und ist das aus der ersten Erstdokumentation resultierende Arzt-Versichertenpaar nach Rückmeldung der Krankenkasse noch nicht beendet, ist wie folgt zu verfahren:

- Die Krankenkasse ist zu fragen, ob das bekannte Arzt-Versicherten-Paar zwischenzeitlich beendet wurde und im Rahmen der Protokollierung darüber zu informieren, dass eine weitere Erstdokumentation erfolgt ist.
- Ist das Paar beendet, so ist das bekannte Arzt-Versichertenpaar bei der Datenstelle zu aktualisieren und die Erstdokumentation gemäß Verdingungsunterlagen zu bearbeiten.
- Ist das bekannte Arzt-Versicherten-Paar nicht beendet worden, so ist die Erstdokumentation an den Arzt zurückzuschicken mit den Hinweis, dass bisher kein Arztwechsel vorliegt.

3.5 Zwischenspeicherung der Dokumentationsdaten und Trennung in Datensätze a/b

Die gemäß Kapitel 3.1 erfassten Daten sind unverzüglich nach der Erfassung zwischenzuspeichern. Dabei sind sie innerhalb der Datenstelle in folgenden drei Speichermedien zu speichern:

- Zwischenspeicher 1

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

- Zwischenspeicher 2

Die für die Krankenkassen bestimmten

- Teildatensätze b, Diagnosesicherung der Erstdokumentation mit Arzt- und Versichertenbezug
- Teildatensätze b nach der Diagnosesicherung folgende Zeilen der Erstdokumentation mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug

werden auf einem von den Zwischenspeichern 1 und 3 getrennten Medium gespeichert; hierbei ist von der Datenstelle eine solche EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff vom Zwischenspeicher 2 auf die jeweils anderen Zwischenspeicher erlaubt.

- Zwischenspeicher 3

Die für die jeweilige GE und die jeweilige KV bestimmten

- Teildatensätze a (mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug)

werden auf einem von den Zwischenspeichern 1 und 2 getrennten Medium gespeichert; hierbei ist von der Datenstelle eine solche EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff vom Zwischenspeicher 3 auf die jeweils anderen Zwischenspeicher erlaubt.

Es ist zu beachten, dass sich die zwischengespeicherten Teildatensätze stets auf einem im Sinne des Datenschutzes sicheren Medium befinden.

Auf Mitteilung der jeweiligen Datenempfänger oder nach Ablauf von 10 Tagen plus 6 Wochen nach Ablauf des Ausstellungsquartals sind die Daten auf den Zwischenspeichern 2 und 3 zu löschen. Die Auftraggeber können im Ausnahmefall diese Frist verlängern. Nach vollständiger Löschung der Zwischenspeicher 2 und 3 und Archivierung der Erstdokumentationen (vgl. 3.10) wird der Zwischenspeicher 1 gelöscht.

3.6 Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität

Die Datenstelle muss die Teildatensätze a und b jeweils auf Vollständigkeit und Plausibilität prüfen. Dabei sind die innerhalb der Spitzenverbände der Krankenkassen abgestimmten jeweils gültigen „Richtlinien zur Vollständigkeit und Plausibilität der Daten“ (siehe Anlagen

„Plausibilitätsrichtlinien“) anzuwenden. Die Datenstelle prüft zudem die Teilnahme des Arztes an dem Programm. Sofern der Vertragsarzt nicht als teilnehmender Vertragsarzt zu identifizieren ist, wird umgehend die KV dazu befragt, ob dieser Vertragsarzt sich neu eingeschrieben hat. Erstdokumentationen von Ärzten, die nicht teilnehmen, werden an den Vertragsarzt zurückgesandt.

Ergibt die Prüfung, dass die Teildatensätze a und b vollständig und plausibel sind, werden diese entsprechend Kapitel 5 und 6 weitergeleitet. Im Falle von auftretenden Fehlern wird mit den Daten wie in Kapitel 3.8 beschrieben verfahren.

3.7 Prüfung der Erstdokumentation auf eingegangene Komplementärbelege

Die Datenstelle prüft, ob für jede Erstdokumentation, deren Eingang länger als 14 Tage zurückliegt, eine TE/EWE eingegangen ist. Sollte zur Erstdokumentation kein entsprechender Komplementärbeleg vorliegen, so wird die entsprechende TE/EWE in den 14-tägigen Nachforderungsprozess aufgenommen und als fehlender Komplementärbeleg der Erstdokumentation gesondert aufgeführt.

3.8 Nachforderung unvollständiger bzw. unplausibler Daten

Für alle unvollständigen und/oder unplausiblen Dokumentationen im Sinne des Kapitels 3.6 sind von der Datenstelle die vollständigen und plausiblen Daten beim Arzt nachzufordern.

3.8.1 Nachforderung bei beleghafter Dokumentation

Im Falle des beleghaften Dokumentationsverfahrens mit dem DMP-Arzt ergeben sich folgende Dienstleistungsaufgaben für die Datenstelle:

- erfasste Datensätze sind zwischenspeichern (s. Kapitel 3.5)
- auf Anforderung sind die entsprechenden Datensätze aus dem Zwischenspeicher 2 an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse unter Angabe des Fehlerstatus in den betreffenden Datensatzsegmenten zu übermitteln (s. Kapitel 5)
- dem Arzt muss eine Kopie des Dokumentationsbogens mit Kennzeichnung der fehlerhaften/fehlenden Angaben zugesandt werden, mit dem Hinweis, die Fehler auf der Kopie zu korrigieren bzw. fehlende Angaben zu ergänzen. Gleichzeitig wird der Arzt darauf hingewiesen, dass er auf dem korrigierten/ ergänzten Dokumentationsbogen ein aktuelles (Änderungs-)Datum vermerken und erneut unterschreiben muss.
- soweit der Arzt Nachfragen hat, muss die Datenstelle telefonisch Unterstützung bei der Fehlerkorrektur leisten.

Nach Eingang der Kopie mit korrigierten/ergänzten Daten sind die Prozesse der Erfassung, Zwischenspeicherung und Überprüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit erneut durchzuführen (s. Kapitel 3.1 bis 3.5). Bei wiederholtem Auftreten von Fehlern bei den korrigierten/ergänzten Daten, sind die vorstehend beschriebenen Schritte zu wiederholen.

Der Prozess der Nachforderung ist in Abständen von maximal 2 Wochen bis zum Ende des Zeitraums von 10 Tagen plus 6 Wochen nach Ablauf des Erstellungsquartals ggf. mehrfach zu wiederholen.

Sollte nach Ablauf der v.g. Frist weiterhin kein vollständiger und plausibler Dokumentationsbogen vorliegen, wird der Prozess der Nachforderung abgebrochen und

- die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse, die KVH und die GE mit Status der Erstdokumentation darüber informiert, dass der Prozess der Nachforderung erfolglos beendet wurde

Die zu korrigierenden/ergänzenden Kopien der Dokumentationsbögen werden einmal pro Woche an den jeweiligen Arzt gebündelt verschickt.

3.8.2 Nachforderungen bei belegloser Erstdokumentation

Bei elektronischer Übermittlung der Dokumentationsdaten durch den Arzt fallen für die Datenstelle die Dienstleistungsaufgaben analog zu Kapitel 3.8.1 an. Bezüglich der elektronischen Übermittlung sind folgende Punkte zu beachten:

- der Arzt wird beleghaft aufgefordert, seine Daten zu korrigieren bzw. zu ergänzen.
- alle Datensätze werden elektronisch archiviert (siehe Kapitel 3.10)

Die zu korrigierenden/ergänzenden Korrekturmeldungen werden einmal pro Woche gebündelt an den jeweiligen Arzt zurückgesandt. Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind oben in Kapitel II.2. enthalten.

3.9 Pseudonymisierung der a-Datensätze

Für die Datenweiterleitung an die GE und an die KVH ist bei den erfassten a-Datensätzen der Versicherten-Bezug zu pseudonymisieren. Das Verfahren der Pseudonymisierung wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt. Alle Versichertenstammdaten mit Ausnahme des Geburtsjahres (also Vor- und Nachname, Geburtstag und -monat) werden gelöscht.

Es ist sicherzustellen, dass eine Wiederherstellung des Versichertenbezugs im Rahmen des § 28 f Absatz 2 der RSAV auf Anfrage der Arbeitsgemeinschaft möglich ist. In einem solchen Fall ist der Versichertenbezug auf Basis der gespeicherten Daten (Verschlüsselungsverfahren) wiederherzustellen und die entsprechenden Dokumentationsdaten sind der Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung zu stellen. Über die Repseudonymisierung und Datenweiterleitung ist ein Protokoll zu erstellen.

3.10 Archivierung der Erstdokumentationsbögen

Alle bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationsdaten sind zu archivieren. Für die Archivierung gilt, dass

- nur befugte Personen der Datenstelle Zugriff auf die archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze haben

- nach Ablauf von 7 Jahren die archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze zu vernichten bzw. die Datensätze zu löschen sind (die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr)
- die Dokumentationen bzw. Datensätze so zu archivieren sind, dass sie jederzeit und kurzfristig für Prüfzwecke durch die Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können; die Datenstelle hat sicherzustellen, dass die jeweilige Aufsichtsbehörde die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Aufsichtsbehörde eine Prüfung der archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, muss die Datenstelle sicherstellen, dass ausschließlich der (die) mit der Prüfung beauftragte(n) Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde die entsprechenden Unterlagen erhält (erhalten)
- die eingesetzte Archivierungs-Technologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit / Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen,
- der Auftragnehmer ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, das er mit den Auftraggebern abstimmt.

3.10.1 Beleghafte Erstdokumentation

Im Falle der Archivierung des beleghaften Dokumentationsverfahrens sind der eingegangene Dokumentationsbogen sowie alle seine eingegangenen Kopien mit Datenkorrekturen-/ ergänzungen physisch (d.h. in Papierform) für 7 Jahre zu archivieren. Die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr. Dabei sind die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten zu beachten.

3.10.2 Beleglose Erstdokumentation

Bei beleglosem Dokumentationsverfahrens werden die in elektronischer Form eingegangenen Datensätze in elektronischer Form gespeichert. Folgende Vorgaben sind dabei zu beachten:

- die Archivierungszeit beträgt für die elektronisch eingegangenen Datensätze 7 Jahre, die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr
- die Datensätze sind gemäß den Standards der elektronischen Datenarchivierung im Sozialversicherungssektor auf einem dazu geeigneten und gesetzlich erlaubten Medium zu speichern
- die Datensätze sind in einem Read-Only-Format zu speichern.

Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind oben in Kapitel II. 2. enthalten.

3.11 Protokollierung

Die Datenstelle verpflichtet sich, eine indikationsspezifische Protokollierung der eingegangenen Erstdokumentationen durchzuführen und eine wöchentliche Auswertung an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkassen, an alle am Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen sowie an die KVH zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Anzahl eingegangener Dokumentationen der vergangenen Woche
- Anzahl eingegangener Dokumentationen KK gesamt

- Anzahl der fehlerhaften Dokumentationen:
 - Anzahl am Stichtag (letzter Tag im Monat) fehlerhafter Dokumentationen
 - Anzahl der Originale, die bei Eingang in diesem Monat fehlerhaft waren
- Anzahl von Dokumentationen, die nach Ablauf von 10 Tagen plus 6 Wochen eingegangen sind
- Anzahl der durchgeführten Nachforderungen, versichertenbezogen und mit Anzahl der Nachforderungen
- Anzahl von Dokumentationen, bei denen die maximale Nachforderungsfrist von 10 Tagen plus 6 Wochen erfolglos verstrichen ist
- Anzahl aller Ärzte, die im vergangenen Monat dokumentiert haben
- Anzahl der Ärzte, die zumindest eine unvollständige oder unplausible Dokumentation geliefert haben
- weitere Parameter können von den Vertragspartnern vereinbart werden.

Alle Inhalte der Protokollierungen werden für die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen versichertenbezogen erstellt und an die jeweilige Krankenkasse versandt.

Die Datenstelle archiviert alle Protokolle.

3.12 Information an die KVV

Nach Rückmeldung der Krankenkassen an den Auftragnehmer über die korrekte Einschreibung ihres jeweiligen Versicherten (siehe 5.4), erstellt die beauftragte Datenstelle für jedes Quartal einen arztbezogenen Nachweis der vollständig und plausibel erbrachten sowie fristgerecht eingegangenen Erstdokumentationen, zu denen es dazugehö-

rende TE/EWE gibt und übermittelt diese zu Abrechnungszwecken innerhalb von 15 Kalendertagen nach Ablauf der 10 Tage plus 6 Wochen nach Ende des Quartals als Datei an die KVH. Solange das Rückmeldeverfahren der Krankenkasse noch nicht funktioniert, erstellt die Datenstelle den arztbezogenen Nachweis für die KVH auf Basis ihrer Daten.

Zusätzlich erhält die KVH für jedes Quartal eine Liste der nach der Nachforderungsfrist noch unvollständigen oder unplausiblen Datensätze unter Angabe des Fehlergrunds.

3.13 Information an die GE über die Qualität der gelieferten Daten

Die Datenstelle verpflichtet sich, eine Protokollierung der eingegangenen Erstdokumentationen durchzuführen und eine monatliche arztbezogene Auswertung an die GE zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Anzahl und Art der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen des vergangenen Monats; mit Angabe, ob die 10 Tagesfrist eingehalten wurde
- Anzahl und Art der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen; getrennt nach unvollständig und/oder unplausibel
- Anzahl und Art der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen, bei denen die maximale Nachforderungsfrist erfolglos verstrichen ist.

3.14 Information an den DMP-Arzt

Die Datenstelle verpflichtet sich, getrennt nach Indikationen eine Protokollierung der von dem jeweiligen DMP-Arzt übermittelten Erstdokumentationen durchzuführen und eine monatliche Auswertung an den jeweiligen DMP-Arzt zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Anzahl und Art der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen des vergangenen Monats,
- Indikation, KV-Nr. sowie Name und Vorname des Versicherten der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten vollständigen und plausiblen Dokumentationen,
- Indikation, KV-Nr. sowie Name und Vorname des Versicherten, der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen getrennt nach unvollständig und/oder unplausibel mit Angabe des Fehlergrundes.

3.15 Information an die DMP-Datenzentren

Die Datenstelle übermittelt den DMP-Datenzentren bzw. den jeweiligen Krankenkassen pro Monat einen indikations- und versichertenbezogenen Nachweis der plausibel und vollständig erbrachten sowie fristgerecht eingegangenen Einschreibungen.

3.16 Ausführungsfristen

Die Datenstelle hat ihre Leistungen unverzüglich zu erbringen, insbesondere hat sie

- innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang eines jeden Dokumentationsbogens die Arzt- und Kassenteilnahme sowie die Einhaltung der Frist für die Einreichung der Dokumentation zu kontrollieren, die Dokumentationsdaten zwischenspeichern und in Datensätze a/b zu trennen, die Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen, die Datensätze a und b zu pseudonymisieren und im geschuldeten Umfang an die jeweilige Krankenkasse, die jeweilige KV und die jeweilige GE zu übermitteln;
- im Falle eines fehlerhaften Prüfergebnisses bei der Kontrolle der Arzt- und Kassenteilnahme innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang der Erstdokumentation die gegenüber der jeweiligen Krankenkasse sowie dem jeweiligen DMP-Arzt zu erbringenden Handlungen vorzunehmen;
- im Falle der Nichteinhaltung der Frist für die Einreichung der Erstdokumentation durch den DMP-Arzt innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang eines jeden Dokumentationsbogens den DMP-Arzt, im geschuldeten Umfang zu informieren;
- im Falle mangelnder Plausibilität bzw. Vollständigkeit von Daten diese innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang der Dokumentationsbögen bzw. innerhalb von 5 Werktagen nach Ablauf von 14 Tagen seit Eingang des ersten Belegs den

Komplemetärbeleg nachzufordern und nach deren erneuten Übermittlung durch den DMP-Arzt innerhalb von 5 Werktagen die geschuldeten Leistungen zu wiederholen;

- in Abständen von maximal 14 Tagen die Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Daten bzw. fehlender Komplementärbelege zu wiederholen, wenn diese nicht zwischenzeitlich vom DMP-Arzt übermittelt wurden;
- zum Wochenbeginn jeweils die Protokollierung für die vergangene Woche an die Krankenkassen zu senden, bis zum 15. des Folgemonats die Protokollierung sowie die quartalsmäßigen bzw. monatlichen Informationen an die KV, die GE über die Qualität der gelieferten Daten sowie die jeweiligen DMP-Ärzte vorzunehmen.

4. Leistungen in Zusammenhang mit der Folgedokumentation

4.1 Entgegennahme und Erfassung der Folgedokumentation

4.1.1 Beleghafte Folgedokumentation

Alle bei der Datenstelle eintreffenden Folgedokumentationsbögen müssen angenommen, mit einem Eingangstempel versehen werden und in unveränderter Form verbleiben, d.h. eine Modifikation der Originale ist nicht erlaubt. Die Daten auf den entgegengenommenen Bögen müssen von der Datenstelle nach Entgegennahme erfasst und elektronisch zwischengespeichert werden (s. Kapitel 4.4).

4.1.2 Beleglose Folgedokumentation

Die Datenstelle hat sicherzustellen, dass bei Übermittlung elektronischer Dokumentationsdaten durch den Arzt diese in unveränderter Form in das EDV-System der Datenstelle eingespeist und dort zwischengespeichert werden können (s. Kapitel 4.4).

Die Datenstelle ist verpflichtet, elektronische Daten vom Arzt anzunehmen, die in dem zwischen KBV und Spitzenverbänden abgestimmten Format übermittelt wurden.

Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind in Kapitel II. 2. enthalten.

4.2 Kontrolle der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Folgedokumentation

Der DMP-Arzt hat gemäß der RSAV eine Frist von 10 Tagen nach Ablauf des Erstellungsquartals für die Übermittlung der Folgedokumentation an die beauftragte Datenstelle. Die Dokumentation muss spätestens sechs Wochen nach Ablauf dieser Frist vollständig und plausibel an die jeweiligen Auftraggeber übermittelt sein. Sollte das Ende der Frist auf einen Sonn- oder Feiertag fallen, so endet die Frist mit dem darauffolgenden Werktag. (Aus Gründen der Vereinfachung werden diese Fristen im Folgenden mit „10 Tage plus 6 Wochen“ bezeichnet).

Die Datenstelle hat zu prüfen, ob das Eingangsdatum (Eingangsstempel) der Folgedokumentation in der Datenstelle innerhalb von 10 Ta-

gen plus 6 Wochen nach Ablauf des Ausstellungsquartals liegt. Falls ja, sind die in den Kapiteln 4.3 bis 4.14 beschriebenen Schritte durchzuführen. Falls das Eingangsdatum außerhalb der vorgenannten Frist liegt, führt die Datenstelle die genannten Schritte mit den folgenden Einschränkungen/Erweiterungen durch:

- Erfasste Dokumentationsdaten werden nicht weiter an die jeweilige Krankenkasse bzw. datenannehmende Stelle, die GE und die KVH geschickt.
- Die Datenstelle informiert den Arzt schriftlich darüber, dass die Folgedokumentation nicht innerhalb von 10 Tagen eingegangen ist bzw. innerhalb von 6 Wochen nicht vollständig/plausibel vorliegt, und dass er eine neue Folgedokumentation zu erstellen hat.
- Die Datenstelle informiert die jeweilige Krankenkasse darüber, dass eine Folgedokumentation für den Versicherten vorliegt, diese aber nicht innerhalb der vorgegebenen Frist eingegangen ist. Diese Information erfolgt einmal pro Woche im Rahmen der Protokollierung in verschlüsselter Form auf elektronischem Wege.
- Die Datenstelle informiert unter Angabe der Arztnummer und der KV-Nr. die GE und die KVH darüber, dass eine Folgedokumentation vorliegt, diese aber nicht innerhalb der vorgegebenen Frist eingegangen ist. Diese Information erfolgt einmal pro Quartal auf elektronischem Wege.

4.3. Überprüfung des korrekten Arzt-Versicherten-Bezugs

Die Datenstelle erhält von der jeweiligen Krankenkasse eine Information über das sog. „Arzt-Versicherten-Paar“ (siehe Kapitel 5.4), da Folgedokumentationen nur von dem im Rahmen der Einschreibung festgelegten Vertragsarzt gültig sind und eine entsprechende Prüfung durch die Datenstelle erfolgen muss. Solange die jeweilige Krankenkasse die Information über das „Arzt-Versicherten-Paar“ aus technischen Gründen nicht melden kann, legt die Datenstelle ein vorläufiges „Arzt-Versicherten-Paar“ für diese Krankenkasse an. Die Datenstelle hat diese Information sowie alle etwaigen Änderungen, die von der jeweiligen Krankenkasse der Datenstelle mitgeteilt werden, zu speichern (Arzt-Versicherten-Paar-Historisierung). Die Informationen sind so lange zu speichern, bis die jeweilige Krankenkasse der Datenstelle eine Information zum Löschen der Historie schickt. Die Datenstelle erhält für die Prüfung des Arzt-Versicherten-Bezugs von der jeweiligen KV regelmäßig, mindestens zweimal monatlich in elektronischer Form, das Vertragsarztverzeichnis über die am DMP teilnehmenden Ärzte.

Bei jeder eingehenden Folgedokumentation hat die Datenstelle neben der Prüfung, ob die Krankenkasse am jeweiligen DMP-Programm teilnimmt, verschiedene Prüfläufe in folgender Reihenfolge durchzuführen:

- Prüfung 1

Zuerst muss überprüft werden, ob der Arzt, welcher die Folgedokumentation übermittelt hat, gemäß jeweiliger aktueller KV-Liste ein DMP-Arzt ist (im folgenden als Prüfung 1 bezeichnet). Sofern

der Vertragsarzt nicht als teilnehmender Arzt zu identifizieren ist, wird umgehend die jeweilige KV dazu befragt, ob sich für diesen Vertragsarzt die Vertragsarzt-Nummer geändert hat.

Prüfung 2

Im zweiten Schritt muss überprüft werden, ob der Versicherte, für die die Folgedokumentation eingegangen ist, ein am DMP teilnehmender Versicherter ist; dies ist anhand der in der Datenstelle vorliegenden Information über bestehende Arzt-Versicherten-Paare (s.o.) zu leisten (im folgenden als Prüfung 2 bezeichnet).

▪ Prüfung 3

Bei erfolgreicher Prüfung in den beiden vorgenannten Fällen ist im Anschluss von der Datenstelle zusätzlich die Zusammengehörigkeit von Arzt und Versichertem anhand der in der Datenstelle vorliegenden Information über bestehende Arzt-Versicherten-Paare (s.o.) zu untersuchen (im folgenden als Prüfung 3 bezeichnet).

Verlaufen alle vorgenannten Prüfungen erfolgreich, so hat die Datenstelle wie in den Kapiteln 4.4 ff. unten beschrieben mit den Folgedokumentationsdaten zu verfahren.

In Bezug auf fehlerhafte Prüfergebnisse sind im Folgenden alle möglichen Ergebniskombinationen dargestellt sowie die mit dem jeweiligen Ergebnis verbundenen Handlungen, welche die Datenstelle im entsprechenden Fall durchzuführen hat:

Prüfung 1 erfolgreich?	Prüfung 2 erfolgreich ?	Prüfung 3 Erfolgreich ?	Prüfergebnis Nr.
nein	nein	nicht notwendig	1
nein	ja	nicht notwendig	2
ja	nein	nicht notwendig	3
ja	ja	nein	4

Bei Prüfergebnis 1 und 2 von der Datenstelle durchzuführende Handlungen:

- Information an die jeweilige Krankenkasse über das jeweilige Prüfergebnis,
- Rücksendung der Folgedokumentation an den Arzt,
- Information des Arztes, dass er kein DMP-Arzt gemäß aktueller KV-Liste ist und die Folgedokumentation aus diesem Grund nicht vergütet wird,
- Information des Arztes über die Möglichkeiten der Teilnahme als DMP-Arzt.

Bei Prüfergebnis 3 von der Datenstelle durchzuführende Handlungen:

- Information an die jeweilige Krankenkasse über das jeweilige Prüfergebnis
- Zunächst ist die Rückmeldung der jeweiligen Krankenkasse, ob es sich bei dem Versicherten, für welchen die Folgedokumentation ausgefüllt worden war, um ihren Versicherten handelt und er am DMP teilnimmt oder nicht, abzuwarten. Je nach Rück-

meldung der Krankenkasse sind folgende Handlungen durchzuführen:

Handelt es sich nach Mitteilung der jeweiligen Krankenkasse nicht um ihren Versicherten,

- muss die Folgedokumentation an den Arzt zurückgesandt werden, mit der Mitteilung, dass es sich nicht um einen Versicherten der vom Arzt genannten Krankenkasse handelt und dass weitere Folgedokumentation aus diesem Grund nicht vergütet werden.

Handelt es sich nach Mitteilung der jeweiligen Krankenkasse um ihren Versicherten, der jedoch nicht am DMP teilnimmt,

- muss die Folgedokumentation an den Arzt zurückgesandt werden mit der Information, dass es sich zwar um einen Versicherten der Krankenkasse handelt, dieser Versicherte jedoch noch nicht am DMP teilnimmt und die Folgedokumentation aus diesem Grund nicht vergütet wird.

Handelt es sich nach Mitteilung der jeweiligen Krankenkasse um ihren Versicherten, der am DMP teilnimmt,

- ist diese Information der Datenstelle zu übermitteln, die ihre Daten entsprechend aktualisieren muss und dann mit den Folgedokumentationsdaten wie in den Kapiteln 4.4 ff. unten beschrieben zu verfahren hat.

Bei Prüfergebnis 4 von der Datenstelle durchzuführende Handlungen:

- Prüfung der Datenstelle, ob eine TE/EWE von dem Arzt für diesen Versicherten vorliegt. Ist dies der Fall, handelt es sich um einen Arztwechsel und die Folgedokumentation ist gültig und zu bearbeiten (Ausnahme Diabetes Typ 2: hier ist bei einem Arztwechsel eine TE/EWE plus Erstdokumentation erforderlich).

Andernfalls ist wie folgt zu verfahren:

- Information an die jeweilige Krankenkasse über das jeweilige Prüfergebnis.
- Zunächst ist die Rückmeldung der jeweiligen Krankenkasse, ob der entsprechende Versicherte einen neuen DMP-Arzt gewählt hat (Umschreibung) bzw. ob das Arzt-Versicherten-Paar doch richtig ist oder nicht, abzuwarten. Je nach Rückmeldung der Krankenkasse sind folgende Handlungen durchzuführen:
Handelt es sich nach Mitteilung der jeweiligen Krankenkasse um ein richtiges Arzt-Versicherten-Paar,
 - muss das Arzt-Versicherten-Paar entsprechend aktualisiert werden und
 - hat die Datenstelle mit den Folgedokumentationsdaten wie in den Kapiteln 4.4 ff unten beschrieben zu verfahren.

Handelt es sich nach Mitteilung der jeweiligen Krankenkasse um einen fehlerhaften Arzt-Versicherten-Bezug,

- muss die Folgedokumentation an den Arzt zurückgesandt werden mit der Information, dass der Versicherte einen anderen DMP-Arzt hat und dass zur Änderung des DMP-Arztes zunächst eine Umschreibung mit neuer TE/EWE durchgeführt werden muss und dass weitere Folgedokumentationen aus diesem Grund nicht vergütet werden.

In den Fällen der Rücksendung der Folgedokumentation an den Arzt sind die erfassten Folgedokumentationsdaten von der Datenstelle unwiederbringlich zu löschen. Eine Weiterleitung der Teildatensätze an die unterschiedlichen Stellen erfolgt in diesen Fällen nicht.

4.4 Zwischenspeicherung der Folgedokumentationsdaten und Trennung in Datensätze a/b

Die gemäß Kapitel 4.1 erfassten Daten sind – vorbehaltlich der Ausführungen nach 4.3 oben – unverzüglich nach der Erfassung zwischenspeichern. Dabei sind sie innerhalb der Datenstelle in folgenden drei Speichermedien zu speichern:

- Zwischenspeicher 1

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

- Zwischenspeicher 2

Die für die Krankenkassen bestimmten

- Teildatensätze b (Folgedokumentation mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug)

werden auf einem von den Zwischenspeichern 1 und 3 getrennten Medium gespeichert; hierbei ist von der Datenstelle eine solche EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff vom Zwischenspeicher 2 auf die jeweils anderen Zwischenspeicher erlaubt

- Zwischenspeicher 3

Die für die jeweilige GE und die jeweilige KV bestimmten

- Teildatensätze a (mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug)

werden auf einem von den Zwischenspeichern 1 und 2 getrennten Medium gespeichert; hierbei ist von der Datenstelle eine solche EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff vom Zwischenspeicher 3 auf die jeweils anderen Zwischenspeicher erlaubt

Es ist zu beachten, dass sich die zwischengespeicherten Datensätze stets auf einem im Sinne des Datenschutzes sicheren Medium befinden.

Auf Mitteilung der jeweiligen Datenempfänger oder nach Ablauf von 10 Tagen plus 6 Wochen nach Ablauf des Erstellungsquartals sind die

Daten auf den Zwischenspeichern unwiederbringlich zu löschen. Die Auftraggeber können im Ausnahmefall diese Frist verlängern.

4.5 Überprüfung der Daten auf Plausibilität und Vollständigkeit

Die erfassten Datensätze a und b werden jeweils auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Dabei sind die innerhalb der Spitzenverbände der Krankenkassen abgestimmten „Richtlinien zur Vollständigkeit und Plausibilität der Daten“ (siehe Anlage „Plausibilitätsrichtlinie“) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.

Ergibt die Prüfung, dass die Teildatensätze a und b vollständig und plausibel sind, werden diese entsprechend Kapitel 5 und 6 weitergeleitet. Im Falle von auftretenden Fehlern wird mit den Daten wie in Kapitel 4.6 beschrieben verfahren.

4.6 Nachforderung unplausibler bzw. unvollständiger Daten

Für alle unvollständigen und/oder unplausiblen Dokumentationen im Sinne des Kapitels 4.5 sind von der Datenstelle die vollständigen und plausiblen Daten beim Arzt nachzufordern.

4.6.1 Nachforderung bei beleghafter Folgedokumentation

Im Falle des beleghaften Dokumentationsverfahren mit dem DMP-Arzt ergeben sich folgende Dienstleistungsaufgaben für die Datenstelle:

- erfasste Datensätze sind zwischenspeichern (s. Kapitel 4.4)
- die entsprechenden Datensätze aus dem Zwischenspeicher 2 sind auf Anforderung an die datenannehmenden Stelle der jeweiligen Krankenkasse unter Angabe des Fehlerstatus in den betreffenden Datensatzsegmenten zu übermitteln (s. Kapitel 5)

Dem Arzt muss eine Kopie des Dokumentationsbogens mit Kennzeichnung der fehlerhaften/fehlenden Angaben zugesandt werden, mit dem Hinweis, die Fehler auf der Kopie zu korrigieren bzw. fehlende Angaben zu ergänzen. Gleichzeitig wird der Arzt darauf hingewiesen, dass er auf dem korrigierten/ergänzten Dokumentationsbogen ein aktuelles (Änderungs-)Datum vermerken und erneut unterschreiben muss.

Soweit der Arzt Nachfragen hat, muss die Datenstelle telefonische Unterstützung bei der Fehlerkorrektur leisten.

Nach Eingang der Kopie mit korrigierten/ergänzten Daten sind die Prozesse der Erfassung, Zwischenspeicherung und Überprüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit erneut durchzuführen (s. Kapitel 4.1 und 4.3 bis 4.5). Bei wiederholtem Auftreten von Fehlern bei den korrigierten/ergänzten Daten sind die vorstehend beschriebenen Schritte zu wiederholen.

Der Prozess der Nachforderung ist in Abständen von 2 Wochen bis zum Ende des Zeitraums von 10 Tagen plus 6 Wochen

nach Ablauf des Ausstellungsquartals durch die Datenstelle ggf. mehrfach zu wiederholen.

Sollte nach Ablauf der v.g. Frist weiterhin kein vollständiger und plausibler Dokumentationsbogen vorliegen, wird der Prozess der Nachforderung abgebrochen und

- die jeweilige Krankenkasse, die zuständige KV und die GE darüber informiert, dass der Prozess der Nachforderung erfolglos beendet wurde
- alle gemäß Kapitel 4.4 zwischengespeicherten Datensätze gelöscht
- die bis dato eingegangenen Dokumentationsbögen archiviert.

4.6.2 Nachforderung bei belegloser Folgedokumentation

Bei elektronischer Übermittlung der Dokumentationsdaten durch den Arzt fallen für die Datenstelle die Dienstleistungsaufgaben analog zu Kapitel 4.6.1 an. Bezüglich der elektronischen Übermittlung sind folgende Punkte zu beachten:

- der Arzt wird beleghaft aufgefordert, seine Daten zu korrigieren bzw. zu ergänzen.

Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind in Kapitel II. 2. enthalten.

4.7 Pseudonymisierung der a-Datensätze

Für die Datenweiterleitung an die GE und an die KV ist bei den erfassten Datensätzen a der Versicherten-Bezug zu pseudonymisieren. Die Pseudonymisierung wird für jeden Versicherten von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt. Alle Versichertenstammdaten mit Ausnahme des Geburtsjahres (also Vor- und Nachname, Geburtstag und -monat) werden gelöscht.

Es ist sicherzustellen, dass eine Wiederherstellung des Versichertenbezugs im Rahmen des § 28 f Absatz 2 der RSAV auf Anfrage der Arbeitsgemeinschaft möglich ist. In einem solchen Fall ist der Versichertenbezug auf Basis der gespeicherten Daten (Verschlüsselungsverfahren) wiederherzustellen und die entsprechenden Dokumentationsdaten sind der Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung zu stellen.

4.8 Archivierung der Folgedokumentationsbögen

Alle bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationsdaten sind zu archivieren. Für die Archivierung gilt, dass

- nur befugte Personen der Datenstelle Zugriff auf die archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze haben
- nach Ablauf von 7 Jahren, (die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr), die archivierten Dokumentationen zu vernichten bzw. die Datensätze zu löschen sind
- die Dokumentationen bzw. Datensätze so zu archivieren sind, dass sie jederzeit und kurzfristig für Prüfzwecke durch die Auf-

sichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können; die Datenstelle hat sicherzustellen, dass die jeweilige Aufsichtsbehörde die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Aufsichtsbehörde eine Prüfung der archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, muss die Datenstelle sicherstellen, dass ausschließlich der (die) mit der Prüfung beauftragte(n) Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde die entsprechenden Unterlagen erhält (erhalten)

- die eingesetzten Archivierungs-Technologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit / Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen
- der Auftragnehmer ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, das er mit den Auftraggebern abstimmt.

4.8.1 Beleghafte Folgedokumentation

Im Falle der Archivierung des beleghaften Dokumentationsverfahrens sind der eingegangene Dokumentationsbogen sowie alle seine eingegangenen Kopien mit Datenkorrekturen-/ergänzungen physisch (d.h. in Papierform) für genau 7 Jahre zu archivieren. Die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr. Dabei sind die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten zu beachten.

4.8.2 Beleglose Folgedokumentation

Bei beleglosem Dokumentationsverfahren werden die in elektronischer Form eingegangenen Datensätze in elektronischer Form gespeichert. Folgende Vorgaben sind dabei zu beachten:

- die Archivierungszeit beträgt für die elektronisch eingegangenen Datensätze 7 Jahre (die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr)
- die Datensätze sind gemäß den Standards der elektronischen Datenarchivierung im Sozialversicherungssektor auf einem dazu geeigneten und gesetzlich erlaubten Medium zu speichern
- die Datensätze sind in einem Read-Only-Format zu speichern.

Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind in Kapitel II. 2. enthalten.

4.9 Protokollierung

Die Datenstelle verpflichtet sich, eine indikations- und versichertenbezogene Protokollierung der eingegangenen Folgedokumentationen durchzuführen und eine wöchentliche Auswertung an die jeweilige Krankenkasse (einschließlich der über ihre Verbände bzw. die IKK Hamburg an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen) und die KVH zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Anzahl eingegangener Dokumentationen des vergangenen Monats,
- Anzahl eingegangener Dokumentationen nach KK,
- Anzahl der fehlerhaften Dokumentationen:
 - Anzahl der zum Stichtag (letzter Tag im Monat) fehlerhaften Dokumentationen,

- Anzahl der Originale, die bei Eingang in diesem Monat fehlerhaft waren.
- Anzahl von Dokumentationen, die nach Ablauf von 10 Tagen plus 6 Wochen eingegangen sind,
- Anzahl der durchgeführten Nachforderungen, versichertenbezogen und mit Anzahl der Nachforderungen,
- Anzahl von Dokumentationen, bei denen die maximale Nachforderungsfrist von 10 Tagen plus 6 Wochen erfolglos verstrichen ist,
- Anzahl aller Ärzte, die im vergangenen Monat dokumentiert haben,
- Anzahl der Ärzte, die zumindest eine unvollständige oder unplausible Dokumentation geliefert haben,
- weitere Parameter können von den Vertragspartnern vereinbart werden.

Alle Inhalte der Protokollierungen werden für die Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen versichertenbezogen erstellt und an die jeweilige Krankenkasse versandt.

Die Datenstelle archiviert alle Protokolle.

4.10 Information an die KVH

Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal unter Angabe der Versichertennummer einen arztbezogenen Nachweis der vollständig und plausibel erbrachten sowie fristgerecht eingegangenen Folgedokumentationen getrennt nach Indikationen und übermittelt diese zu Abrechnungszwecken innerhalb von 15 Kalendertagen nach Ende des Quartals als Datei an die KVH.

Zusätzlich erhält die KVH eine Liste der nach der Nachforderungsfrist noch unvollständigen oder unplausiblen Datensätze unter Angabe des Fehlergrundes.

4.11 Information an die DMP-Datenzentren

Die Datenstelle übermittelt den DMP-Datenzentren für den KV Bezirk Hamburg pro Monat einen indikationsspezifischen und versichertenbezogenen Nachweis der plausibel und vollständig erbrachten sowie fristgerecht eingegangenen Folgedokumentationen.

4.12 Information an die GE über die Qualität der gelieferten Daten

Die Datenstelle verpflichtet sich, getrennt nach Indikationen eine Protokollierung der eingegangenen Folgedokumentationen durchzuführen und eine monatliche arztbezogene Auswertung an die jeweilige GE zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Anzahl der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen des vergangenen Monats
- Art und Anzahl der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen, getrennt nach unvollständig und/oder unplausibel
- Art und Anzahl der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen, bei denen die maximale Nachforderungsfrist erfolglos verstrichen ist.

4.13 Information an den DMP-Arzt

Die Datenstelle verpflichtet sich, eine Protokollierung der von dem jeweiligen DMP-Arzt übermittelten Folgedokumentationen getrennt nach Indikationen durchzuführen und eine monatliche Auswertung an den jeweiligen DMP-Arzt zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Art und Anzahl der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen des vergangenen Monats
- Indikation, KV-Nr. sowie Name und Vorname des Versicherten der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten vollständigen und plausiblen Dokumentationen
- Indikation, KV-Nr. sowie Name und Vorname des Versicherten der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen getrennt nach unvollständig und/oder unplausibel mit Angabe des Fehlergrundes.
- Indikation, KV-Nr. sowie Name und Vorname des Versicherten der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten bei Eingang verfristeten Dokumentation.

4.14 Ausführungsfrist

Der Auftragnehmer hat seine Leistungen unverzüglich zu erbringen, insbesondere hat er

- innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang eines jeden Dokumentationsbogens die Einhaltung der Frist für die Einreichung

der Folgedokumentation zu kontrollieren, den korrekten Arzt-Versichertenbezug zu überprüfen, die Dokumentationsdaten zwischenspeichern und in Datensätze a bzw. b zu trennen, die Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen, die a-Datensätze zu pseudonymisieren und im geschuldeten Umfang an die jeweilige Krankenkasse, die KVH sowie die GE zu übermitteln;

- im Falle der Nichteinhaltung der Frist für die Einreichung der Folgedokumentation durch den DMP-Arzt diesen innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang eines jeden Dokumentationsbogens im geschuldeten Umfang zu informieren;
- im Falle mangelnder Plausibilität bzw. Vollständigkeit von Daten diese innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang der Dokumentationsbögen nachzufordern und nach deren erneuten Übermittlung durch den DMP-Arzt innerhalb von 5 Werktagen die geschuldeten Leistungen zu wiederholen;
- in Abständen von zwei Wochen die Nachforderung unplausibler bzw. unvollständiger Daten zu wiederholen, wenn diese nicht zwischenzeitlich vom DMP-Arzt übermittelt werden;
- im Falle des fehlerhaften Prüfergebnisses bei der Überprüfung des korrekten Arzt-Versichertenbezuges innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang der Folgedokumentation die gegenüber der jeweiligen Krankenkasse sowie dem jeweiligen DMP-Arzt zu erbringenden Handlungen vorzunehmen; dieselbe Frist gilt für die nach Eingang der Rückmeldung der jeweiligen Krankenkasse vorzunehmenden Handlungen. Führt die Rückmeldung der jeweiligen Krankenkasse zu dem Ergebnis, dass die Datenstelle ihre Daten aktualisieren muss, sind innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang der Rückmeldung die Daten entsprechend dem

Leistungsverzeichnis vollständig zu bearbeiten und an die entsprechenden Stellen zu übermitteln;

- zum Wochenbeginn jeweils die Protokollierung für die vergangene Woche an die Krankenkassen zu senden, bis zum 15. eines jeden Folgemonats die Protokollierung sowie die quartalsmäßig bzw. monatlich zu erbringende Informationen an die KV, die GE über die Qualität der gelieferten Daten sowie die jeweiligen DMP-Ärzte vorzunehmen.

5. Besonderheiten für die Leistungen im Zusammenhang mit der Übermittlung von Daten zwischen der Datenstelle und den Krankenkassen.

5.1 Trennung der Datensätze

Nach Entgegennahme, Speicherung und Prüfung der eingegangenen Dokumentationsbögen (Erst- und Folgedokumentationsbogen) in der Datenstelle werden die Dokumentationsdaten für die Krankenkassen folgendermaßen getrennt:

Erstdokumentation

Teildatensatz b, Diagnosesicherung mit Arzt- und Versichertenbezug
Teildatensatz b, alle auf die Diagnosesicherung folgenden Zeilen mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug)

Folgedokumentation

Teildatensatz b (mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug)

5.2 Übermittlung der Datensätze

Die Teildatensätze b, Diagnosesicherung mit Arzt- und Versichertenbezug werden je nach Wunsch der Auftraggeber entweder nur vollständig und plausibel oder unabhängig von ihrem Fehlerstatus unmittelbar an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse übermittelt. Die Datenübertragung erfolgt per elektronischer Datenübermittlung. Die Daten werden verschlüsselt übermittelt.

Die Teildatensätze der b-Zeilen der Erstdokumentation, die auf die Diagnosesicherung folgen, mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug sowie die Folgedokumentation mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug werden in Dateien zusammengefasst und zweimal pro Woche an die jeweilige datenannehmende Stelle der Krankenkasse übermittelt.

5.3 Spezifizierung der zu übermittelnden Daten

Die an die Krankenkassen zu übermittelnden Datensätze müssen im EDIFACT-Format entsprechend „Technische Anlage zur Übermittlung von Dokumentationsdaten“ oder auf Wunsch einzelner Vertragspartner für diese im CSV-Format übermittelt werden. Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass den Krankenkassen das für die RSA-wirksame Einschreibung des Versicherten notwendige (jüngste) Unterschriftendatum mitgeteilt wird, an dem die vollständige und plausible Dokumentation erstellt wurde.

5.4 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

Die Datenstelle erhält im Rahmen der Einschreibung eines Versicherten von der jeweiligen Krankenkasse über das RDE-Segment (siehe Technische Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten) des Datensatzes oder ein anderes Rückmeldesystem eine Information über die am DMP teilnehmenden Versicherten und den jeweils zuständigen DMP-Arzt. Sollte dies nicht der Fall sein, muss die Datenstelle das Arzt-Versicherten-Paar für ihre Unterlagen selbst bilden.

Dieses sog. „Arzt-Versicherten-Paar“ setzt sich zusammen aus der KV-Nr. für den Versicherten und der Arztnummer des DMP-Arztes für diese Versicherten. Das sog. Arzt-Versicherten-Paar wird von der Datenstelle zur Prüfung des Arzt-Versicherten-Bezugs (siehe Kapitel 4.2) benötigt.

Die jeweiligen Krankenkassen führen aufgrund der übermittelten Datensätze jeweils eine Versicherten-Anspruchsprüfung durch. Stellt sie hierbei fest, dass für einen Versicherten, für den ein Datensatz übermittelt wurde, kein Versicherungsanspruch besteht, teilt sie dies der Datenstelle ggf. über das RDE-Segment des Datensatzes mit. Die Datenstelle löscht den entsprechenden Datensatz in den Zwischenspeichern.

Weiterhin informiert die jeweilige Krankenkasse die Datenstelle über jegliche Änderungen wichtiger Versichertendaten, wie z.B. Änderung der KV-Nummer und das Ausscheiden von Versicherten aus dem DMP. Die Datenstelle hat eine Historisierung der Versichertendaten durchzuführen (alle Datenänderungen speichern).

Sind die an die jeweilige Krankenkasse übermittelten Datensätze vollständig, plausibel, technisch korrekt und besteht ein Versicherungsanspruch für Versicherte, für die ein Datensatz übermittelt wurde, erfolgt eine Rückmeldung an die Datenstelle. Alle Datensätze, die als korrekt zurückgemeldet werden, müssen bei der Datenstelle auf Anordnung der zuständigen Krankenkasse unverzüglich gelöscht werden.

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

5.5 Online Retrieval System für ein zeitnahes DMP-Case Management und qualitative Überwachung des Reminder Systems

Der Auftragnehmer 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 Workflow-Daten werden zeitnah (angestrebt wird wöchentlich) aktualisiert und auf einem separaten EDV-System zur Verfügung gestellt. Dabei ist für einen Transfer der Daten das in der GKV eingesetzte Verschlüsselungsverfahren und für Onlineabfragen eine Verbindung auf Basis Secure Socket Layer (SSL) zu verwenden.

Da die Auftraggeber unterschiedliche nachgelagerte Verarbeitungsstrukturen besitzen, stellt der Auftragnehmer für die Auswertung der Daten eine einheitliche, vorzugsweise Browserlösung zu Verfügung. Diese sollte es den Fachabteilungen der Auftraggeber gestatten, DMP-Fälle als komplexe Vorgänge nach Ärzten oder Versicherten auszuwerten.

Verarbeitet der Auftragnehmer die TE/EWE, ist diese als Image aufzublenden.

Versichertenbezogen wird eine lückenlose Auflistung aller Dokumente mit Aussagen zu Plausibilität und Eingangsfristen sowie fehlender Dokumentationen ermöglicht.

5.6 Qualitätssicherungsworkshops

Im Rahmen des Datenstellenvertrags verpflichtet sich der Auftragnehmer regelmäßig, ggf. quartalsweise Qualitätssicherungsworkshops mit Mitarbeitern der Auftraggeber durchzuführen und entsprechend vorzubereiten. Die Meetings dienen dem Ziel, Probleme zu klären den Umgang mit bestimmten Fallkonstellationen zu besprechen und damit die Prozesse im Rahmen der DMP-Datenverarbeitung zu optimieren.

5.7 Besonderheiten für BKK'n

- Protokollierungen nach den Ziffern 1.6, 3.11 und 4.9 des Leistungsverzeichnisses werden direkt an die BKK'n versandt, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD ihren Beitritt erklärt haben.

- Die Information nach Ziffer 3.8.1 und 4.6.1 über den erfolglos beendeten Nachforderungsprozess erfolgt abweichend direkt an die jeweilige BKK.
- Ein Vergütungsanspruch für die Leistungen im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung für die teilnehmenden Krankenkassen besteht nur gegenüber der jeweiligen BKK, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD ihren Beitritt erklärt hat.
- Der BKK-Landesverband NORD stellt regelmäßig dem Auftragnehmer eine Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen, welche diese Vereinbarung anerkannt haben, zur Verfügung mit der Information, an welche Adresse die Dokumentationsbögen sowie die Rechnungen übersandt werden müssen. BKK'n, die nicht die Zentrale Annahmestelle (ZAS) als datenannehmende Stelle nutzen, werden in dieser Liste besonders kenntlich gemacht und setzen sich mit dem Auftragnehmer in Verbindung, um die entsprechenden Modalitäten der Datenflüsse abzuklären.

5.8 Besonderheiten für Innungskrankenkassen

- Protokollierungen nach den Ziffern 1.6, 3.11 und 4.9 des Leistungsverzeichnisses werden direkt an die Innungskrankenkassen versandt, die gegenüber der IKK Hamburg ihren Beitritt erklärt haben.
- Die Information nach Ziffer 3.8.1 und 4.6.1 über den erfolglos beendeten Nachforderungsprozess erfolgt abweichend direkt an die jeweilige IKK.
- Ein Vergütungsanspruch für die Leistungen im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung für die teilnehmenden Krankenkassen besteht

nur gegenüber der jeweiligen IKK, die gegenüber der IKK Hamburg ihren Beitritt erklärt hat.

- Die IKK Hamburg stellt regelmäßig dem Auftragnehmer eine Liste der teilnehmenden Innungskrankenkassen, welche diese Vereinbarung anerkannt haben, zur Verfügung mit der Information, an welche Adresse die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, Dokumentationsbögen sowie die Rechnungen übersandt werden müssen. Der IKK-Bundesverband hat eine Clearingstelle (Zentrale Annahmestelle (ZAS)) für Daten geschaffen. Sofern nichts Abweichendes von der IKK Hamburg mitgeteilt wurde, sind die Daten und Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Rechnungen der außerhamburgischen Innungskrankenkassen direkt an die Clearingstelle zu senden.
- Sollten Innungskrankenkassen die IKK Hamburg nicht zur Antragstellung auf Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme Diabetes mellitus Typ 2 und/oder Brustkrebs und ggf. weiterer strukturierten Behandlungsprogramme bevollmächtigt haben oder den Antrag selbst stellen oder gegenüber der IKK Hamburg keinen Beitritt zum Datenstellenvertrag erklärt haben, gilt abweichend, dass diese Kassen in der Liste besonders kenntlich gemacht werden und sich mit dem Auftragnehmer in Verbindung setzen, um die entsprechenden Modalitäten der Datenflüsse abzuklären.
- Rechnungsbegründende Anlagen sind tabellarisch im Excel-Format oder im CSV- bzw. TXT-Format zur tabellarischen Weiterverarbeitung in Excel/Access an die benannte Abrechnungsstelle zu liefern.

6. Besonderheiten für die Leistungen im Zusammenhang mit der Übermittlung von Daten zwischen der Datenstelle und der Gemeinsamen Einrichtung bzw. der KVH

6.1 Trennung und Übermittlung der Datensätze

Nach Entgegennahme, Speicherung und Prüfung der eingegangenen Dokumentationsbögen (Erst- und Folgedokumentation) in der Datenstelle werden die Dokumentationsdaten getrennt. Nach der Trennung der Dokumentationsdaten werden die Teildatensätze a der Erstdokumentation bzw. Folgedokumentation (mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug) an die GE und die KVH übermittelt.

Dabei werden nur vollständige und plausible Datensätze an die GE und die KVH übermittelt.

Die zu übermittelnden Datensätze werden in Dateien zusammengefasst und einmal wöchentlich an die GE bzw. KV übermittelt.

6.2 Spezifizierung der zu übermittelnden Daten

Die an die KVH bzw. GE zu übermittelnden Datensätze müssen im XML-Format, das durch die KBV definiert wird, geliefert werden.

6.3 Rückmeldung der Gemeinsamen Einrichtung bzw. KVH an die Datenstelle

Sind die an die GE bzw. KVH übermittelten Datensätze vollständig, plausibel und technisch korrekt, erfolgt jeweils eine Rückmeldung an die Datenstelle. Alle Datensätze, die als korrekt zurückgemeldet werden, müssen bei der Datenstelle unverzüglich gelöscht werden.

Treten bei der Übermittlung der von der Datenstelle generierten Datei technische Fehler auf, müssen alle von dem Fehler betroffenen Datensätze nach Überprüfung und eventueller Fehlerkorrektur von der Datenstelle erneut an die GE bzw. KVH übermittelt werden.

Die Datenstelle erhält von der KVH in regelmäßigen Abständen ein aktualisiertes Verzeichnis der am DMP-Vertrag teilnehmenden Ärzte in Excel-Format.

7. Leistungen im Zusammenhang mit der Übertragung von Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

7.1 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 folgenden Sachverhalte informiert wird

- Übersicht der Dokumentationen, die in diesem Quartal eingehen müssen.

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

7.2. Datenweitergabe an den externen Evaluator

Die Datenstelle hat die Aufgabe, alle in der DMP-Datenbank gespeicherten und abgeschlossenen Datensätze an den von den Auftraggebern bestimmten externen Evaluator zu übermitteln^x. 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 dem selben Pseudonym versehen wird. Das Verfahren ist gegenüber dem externen Evaluator offen zulegen, und erst nach ausdrücklicher Genehmigung durch diesen anzuwenden, gegebenenfalls muss ein vom externen Evaluator vorgeschriebenes Verfahren angewandt werden.

^x Sofern mehrere Evaluatoren gewählt wurden, werden die im Rubrum benannten Auftraggeber die datenannehmenden Stellen (Evaluatoren) benennen.

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

III. Allgemeine Vertragsbedingungen

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Ausführung von Leistungen, Teil B (VOL/B) in der Fassung 2003 (BANz. Nr. 178 a vom 23.09.2003) sowie die ergänzenden Vertragsbedingungen für die Beschaffung von IT-Leistungen (EVB-IT-Dienstleistung) in der Fassung vom 01.04.2002 werden mit unverändertem Inhalt Bestandteil des nach Zuschlagserteilung abzuschließenden Vertrages über die Bearbeitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Dokumentationsdaten im Rahmen der Disease-Management-Programme (siehe Anlage), soweit in den folgenden Vertragsbestandteilen nichts anderes bestimmt ist.

Bestandteil des Vertrages sind nacheinander:

- Die Regelungen des Vertrages nebst dort aufgeführten Anlagen
- I. und II. dieser Verdingungsunterlagen
- Datenschutzvereinbarung und Datenschutzmaßnahmen des Auftragnehmers
- das Aufforderungsschreiben zur Abgabe eines Angebotes
- Das Angebot des Auftragnehmers der Ausschreibung
- Die Besonderen Vertragsbedingungen in IV. dieser Verdingungsunterlagen
- Die ergänzenden Vertragsbedingungen für die Beschaffung von IT-Leistungen (EVB IT-Dienstleistung)
- Die Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Ausführung von Leistungen, Teil B (VOL/B)

IV. Besondere Vertragsbedingungen

1. Art und Umfang der Leistungen (zu § 1 VOL/B)

Die Auftraggeber schließen gleichzeitig im Namen der DMP-Ärzte Verträge mit den Auftragnehmern ab, die die Vertragsärzte mit ihrer jeweiligen Teilnahmeerklärung genehmigen. Der Auftragnehmer ist den dem jeweiligen DMP-Arzt gegenüber zur Leistung entsprechend dem vorliegenden Vertrag, insbesondere entsprechend den Verdingungsunterlagen, verpflichtet. Ansprüche des Auftragnehmers gegen die jeweiligen Vertragsärzte entstehen nicht.

Die einzelnen Auftraggeber bzw. die Krankenkassen, die gegenüber dem Auftraggeber BKK-Landesverband NORD bzw. der IKK Hamburg ihren Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben bzw. die Mitgliedschaftskassen des VdAK und des AEV sind in unterschiedlicher Weise berechtigt, die vom Auftragnehmer nach der Leistungsbeschreibung geschuldeten Leistungen abzufordern und diesbezüglich Pflichtverletzungen geltend zu machen, je nach dem, wie diese Leistungen nach der Leistungsbeschreibung gegenüber den einzelnen Auftraggebern zu erbringen sind. Wegen der Einzelheiten wird auf § 2 des nach Zuschlagserteilung abzuschließenden Vertrages verwiesen.

2. Änderungen der Leistung (zu § 2 VOL/B)

Die Auftraggeber haben das Recht, die Aufgaben des Auftragnehmers zu ändern und zu ergänzen, soweit dies für den Auftragnehmer zumutbar ist, insbesondere nicht mit Mehrkosten für den Auftragnehmer verbunden ist oder die Auftraggeber sich bereit erklären, entstehende Mehrkosten zu übernehmen. Insbesondere können die Auftraggeber

- die Teilnahmeerklärungen/Einwilligungserklärung, Dokumentationsbögen, das Format, in dem die Dokumentationsdaten übermittelt werden sollen, Protokollierungen oder die Plausibilitätsprüfrichtlinien anpassen.

Die Auftraggeber haben darüber hinaus das Recht, die Aufgaben des Auftragnehmers zu ändern, zu ergänzen, zu verringern und zu erweitern, soweit dies der Anpassung an Änderungen der gesetzlichen oder rechtlichen Bestimmungen zum Disease-Management-Programm, das den Gegenstand dieses Vertrages bildet, oder diesbezügliche gerichtliche oder behördliche Entscheidungen bzw. Anordnungen dient oder es aufgrund der technischen Abwicklung für die Auftraggeber wirtschaftlicher ist, von dem Auftragnehmer geschuldete Leistungen durch die Auftraggeber am Disease-Management-Programm selbst erbracht werden. In diesem Fall sind die Parteien verpflichtet, auf der Basis der von dem Auftragnehmer im Rahmen dieser Ausschreibung zugrunde gelegten Kalkulation eine Einigung über die Mehr- und Mindervergütung zu erzielen.

3. Kontrolle der Ausführung der Leistung (zu § 4 Nr. 2 VOL/B)

Der Auftragnehmer erbringt seine Leistungen mängelfrei nach Maßgabe der vertraglichen Vereinbarungen (einschließlich der Anlagen) sowie dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses. Der Auftragnehmer wird die Auftraggeber über nach Vertragsschluss eintretende Änderungen des Standes von Wissenschaft und Technik, die möglicherweise Auswirkungen auf den Vertragsgegenstand haben unverzüglich informieren. Alle von dem Auftragnehmer zur Erfüllung seiner Leistungen eingesetzten Mitarbeiter

müssen die zur ordnungsgemäßen Vertragserfüllung notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen sowie Sprachkenntnisse haben.

Die Leistungserbringung durch den Auftragnehmer hat im Einklang mit den rechtlichen Vorschriften zu erfolgen. Insbesondere sind die Vorgaben des ärztlichen Standes- und Wettbewerbsrechts sowie des Datenschutzrechts einzuhalten. Der Auftragnehmer hat insbesondere die sich für ihn aus den datenschutzrechtlichen Vorschriften des abzuschließenden Vertrages über die Bearbeitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Dokumentationsdaten im Rahmen des Disease-Management-Programm Diabetes ergebenden Verpflichtungen zu beachten.

Der Auftragnehmer muss eine orts- und zeitnahe Zusammenarbeit mit den Auftraggebern und den Krankenkassen, für die sie handeln, gewährleisten. Der Sitz des Auftragnehmers darf es den DMP-Ärzten nicht erschweren, die 10-Tages-Übermittlungsfrist einzuhalten.

Jeder der Auftraggeber und Krankenkasse, für die sie handeln, kann sich unter Wahrung der jeweiligen Datenschutzbestimmungen und Zugriffsrechte über die vertragsgemäße Ausführung der Leistungen unterrichten und in die sie betreffende Datenbank Einsicht nehmen.

Die schriftliche und mündliche Kommunikation ist ausschließlich in deutscher Sprache zu führen.

4. Freistellung von Ansprüchen Dritter

- 4.1 Der Auftragnehmer hat die Auftraggeber, sowie die BKK'n und IKK'n, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD bzw. der IKK Hamburg ihren Beitritt erklärt haben, und die Mitgliedskassen des VdAK und des AEV von allen Ansprüchen Dritter freizustellen,

die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag aus einer fehlerhaften Leistung oder sonstigem Vertragsverstoß des Auftragnehmers ergeben.

- 4.2 Der Auftragnehmer verpflichtet sich, zur Abdeckung solcher Risiken ausreichende Versicherungen abzuschließen. Diese Versicherungen sind gegenüber den Auftraggebern nachzuweisen.

5. Vertraulichkeit und Datenschutz

- 5.1 Der Auftragnehmer ist in eigener Verantwortung verpflichtet, die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Hierzu hat der Auftragnehmer im einzelnen folgenden Anforderungen nachzukommen und die technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen:

- Einrichtung und Betrieb einer Zugangskontrolle, die Unbefugten den Zugang zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen personenbezogene oder personenbeziehbare Daten verarbeitet werden, verwehrt,
- Einrichtung und Betrieb einer Datenträgerkontrolle, die verhindert, dass Datenträger unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können,
- Einrichtung und Betrieb einer Speicherkontrolle, die eine unbefugte Eingabe in den Speicher sowie die unbefugte Kenntnisnahme, Veränderung oder Löschung gespeicherter personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten verhindert,

- Einrichtung und Betrieb einer Benutzerkontrolle, die verhindert, dass Datenverarbeitungssysteme mit Hilfe von Einrichtungen zur Datenübertragung von Unbefugten genutzt werden können,
- Einrichtung und Betrieb einer Zugriffskontrolle, die gewährleistet, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können,
- Einrichtung und Betrieb einer Übermittlungskontrolle, die gewährleistet, dass überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stellen personenbezogene oder personenbeziehbare Daten durch Einrichtungen zur Datenübertragung übermittelt werden können,
- Einrichtung und Betrieb einer Eingabekontrolle, die gewährleistet, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, welche personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten zu welcher Zeit von welcher Person in Datenverarbeitungssysteme eingegeben worden sind,
- Einrichtung und Betrieb einer Auftragskontrolle, die gewährleistet, dass bei der Verarbeitung von personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten nur nach den Weisungen des Auftraggebers verfahren wird,
- Einrichtung und Betrieb einer Transportkontrolle, die verhindert, dass bei der Übertragung von personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten sowie beim Transport von Datenträgern die Daten unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden können,

- Einrichtung und Betrieb einer Organisationskontrolle, die gewährleistet, dass die innerbetriebliche Organisation so gestaltet ist, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes gerecht wird. Eine vollständige Protokollierung ist durchzuführen. Lösungen der Protokolle sind nur mit vorheriger Zustimmung des Auftraggebers durchzuführen. Über die Lösung ist ein Protokoll zu erstellen.

Weiter ist gegenüber den Auftraggebern ein Ansprechpartner und Verantwortlicher des Auftragnehmers für die rechtlichen und tatsächlichen Belange des Datenschutzes zu benennen (Datenschutzbeauftragter).

- 5.2 Die Vertragsparteien verpflichten sich gegenseitig, über alle von ihnen in Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages erlangten Kenntnisse und Informationen auch über das Ende der Vertragslaufzeit hinaus Stillschweigen zu bewahren. Alle von Auftraggebern zur Verfügung gestellten Auskünfte und erlangten Informationen jeglicher Art dürfen ausschließlich bei der Zusammenarbeit der Vertragsparteien zur Erfüllung dieses Vertrages verwendet werden. Die Vertragsparteien werden diese Verpflichtungen auch ihren Mitarbeitern auferlegen.
- 5.3 Die Vertragsparteien werden alle in Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages erlangten Kenntnisse und Informationen nur für den vertraglichen Zweck nutzen, zu dem sie übermittelt worden sind und nicht ohne die vorherige schriftliche Zustimmung des jeweiligen anderen Vertragspartners Dritten zugänglich zu machen oder gegenüber Dritten verwenden. Das Zustimmungserfordernis gilt nicht für gesetzlich vorgesehene Auskünfte gegenüber Behörden.

6. Kündigung (zu § 8 VOL/B)

Die Laufzeit des Vertrages ist unbefristet. Er kann mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden, erstmals zum 31.12.2006. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grunde bleibt hiervon unberührt. Als ein wichtiger Grund gilt stets die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen (§ 4 des abzuschließenden Vertrages) Datenschutzbestimmungen durch den Auftragnehmer.

Der Auftragnehmer verpflichtet sich ferner sicherzustellen, dass bei den Grundsätzen der Unternehmensführung nicht die „Technologie von L. Ron Hubbard“ angewendet, gelehrt oder in sonstiger Weise verbreitet wird. Bei Verstoß gegen vorstehende Versicherung sind die Auftraggeber berechtigt, den Vertrag aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen. Weitergehende Rechte bleiben unberührt.

Jeder Auftraggeber kann den Vertrag für sich kündigen. Kündigt die Arbeitsgemeinschaft oder die Gemeinsame Einrichtung, kann auch jeder andere Auftraggeber ohne Einhaltung einer Frist den Vertrag für sich zum selben Termin kündigen. Kündigt eine auftraggebende Krankenkasse oder ein auftraggebender Krankenkassenverband für sich, berührt dies den Fortbestand des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragspartnern nicht. Kündigen sämtliche auftraggebende Krankenkassen und auftraggebende Krankenkassenverbände oder die KVH, kann auch die Arbeitsgemeinschaft und die GE ohne Einhaltung einer Frist zu dem Termin kündigen, an dem die letzte Kündigung der Auftraggeber wirksam wird.

Kündigt einer oder kündigen sämtliche Auftraggeber diesen Vertrag aus außerordentlichem Grund, den der Auftragnehmer zu vertreten hat, hat der Auftragnehmer den kündigenden Auftraggebern den Schaden zu ersetzen, der ihnen jeweils infolge der Kündigung entsteht.

7. Vertragsstrafe (zu § 11 VOL/B)

Erbringt der Auftragnehmer aus Gründen, die in seinem Risikobereich liegen bzw. die er zu vertreten hat, die von ihm nach diesem Vertrag geschuldeten Leistungen nicht oder nicht fehlerfrei innerhalb der für die jeweilige Leistung vereinbarten Ausführungsfristen, steht der jeweils betroffenen Krankenkasse (einschließlich der BKK'n und IKK'n, die gegenüber dem Landesverband NORD bzw. der IKK Hamburg ihren Beitritt erklärt haben, und den Krankenkassen, die dem VdAK und dem AEV angehören) für jeden Kalendertag der Fristüberschreitung eine pauschalierte Vertragsstrafe in folgender Höhe zu:

- Im Zusammenhang mit der Teilnahmeerklärung / Einwilligungserklärung:
EUR 1,00 PRO TE/EWE
- im Zusammenhang mit der Erst- oder Folgedokumentation:
EUR 2,00 pro Dokumentationsvorgang
- im Zusammenhang mit Arztremindern:
EUR 2,00 pro Reminder

Der Vertragsstrafenanspruch ist der Höhe nach begrenzt auf 10 v.H. der Rechnungssumme, die dem Auftragnehmer im Falle einer fehlerfreien Leistungserbringung gegenüber sämtlichen Auftraggebern in dem Zeitraum, für den eine Vertragsstrafe beansprucht wird, zustände.

Die Vertragsstrafe wird auf eine pauschalierte Schadensersatzleistung nach folgender Ziffer 8 angerechnet.

8. Pflichtverletzung (zu § 14 VOL/B)

- 8.1 Eine fehlerhafte Leistung der Datenstelle liegt vor, wenn sie ihre vertraglichen Leistungen, insbesondere die in Anlage 1 genannten Tätigkeiten, nicht oder nicht mit der gebotenen Sorgfalt durchführt und infolge dessen die Leistung, insbesondere die vollständige und korrekte Bearbeitung eines Vorgangs nach Anlage 1 nicht erbracht werden kann. Eine fehlerhafte Leistung liegt nicht vor, wenn trotz ordnungsgemäßer Nachforderung kein vollständiger und plausibler Dokumentationsbogen vorliegt.
- 8.2 Erbringt der Auftragnehmer eine fällige Leistung nicht oder nicht wie geschuldet kann der jeweilige Auftraggeber bzw. die Krankenkasse, demgegenüber der Auftragnehmer die jeweilige Leistung schuldet, nachdem er dem Auftragnehmer eine angemessene Frist zur Leistung seiner Erfüllung bestimmt hat, die Leistung selbst vornehmen und Ersatz der erforderlichen Aufwendungen, Minderung, Schadensersatz oder gemäß § 284 BGB Ersatz vergeblicher Aufwendungen verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Auftragnehmer die Pflichtverletzungen nicht zu vertreten hat.
- 8.3 Darüber hinaus haftet der Auftragnehmer für alle Schäden und hierbei insbesondere für entgangene Beitragsbedarfszuweisungen im Risikostrukturausgleich, die durch eine Pflichtverletzung des Auftragnehmers entstehen, es sei denn, der Auftragnehmer hat die Pflichtverletzung nicht zu vertreten. Dies gilt insbesondere für Verletzungen der Pflichten des Auftragnehmers nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen des abzuschließenden Vertrages (§ 4) die Bearbeitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Dokumentationsdaten

im Rahmen der Disease-Management-Programme. Der Auftragnehmer übernimmt die Haftung für Schäden des jeweiligen Auftraggebers bzw. der Krankenkasse und Dritter, die bei der unzulässigen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der Daten entstehen. Der Auftragnehmer bestätigt, sich gegen die Inanspruchnahme wegen Verletzung von Datenschutzvorschriften hinreichend versichert zu haben und wird dies jedem Auftraggeber auf Anforderung nachweisen.

- 8.4 Ist die Erbringung einer fehlerfreien Leistung unmöglich oder die nach Absatz 2 gesetzte Frist abgelaufen, kann der zuständige Auftraggeber einen pauschalierten Schadensersatz verlangen, und zwar für
1. jeden dem jeweiligen DMP-Datenzentrum der Krankenkasse(n) nicht oder nicht vertragsgerecht zur Verfügung gestellten Datensatz einer erfassten bzw. nicht korrekt erfassten Teilnahme-/Einwilligungserklärung 150 EUR,
 2. jedem dem jeweiligen DMP-Datenzentrum der Krankenkasse(n) nicht oder nicht vertragsgerecht zur Verfügung gestellten Dokumentationsdatensatz (b-Daten) jeweils 150 EUR,
 3. alle der KVH nicht oder nicht vertragsgemäß zur Verfügung gestellten Dokumentationsdatensätze (a-Daten) jeweils 150 EUR,
 4. alle der Gemeinsamen Einrichtung nicht oder nicht vertragsgemäß zur Verfügung gestellten Dokumentationsdatensätze (a-Daten) jeweils 150 EUR.

Der Datenstelle steht der Nachweis eines niedrigeren, den Krankenkassen der eines höheren Schadens offen. Für nicht aufgeführte Sachverhalte gelten die allgemeinen Regelungen des BGB.

- 8.5. Die Regelungen dieses Abschnitts gelten ebenfalls für die BKK'n und IKK'n, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD bzw. IKK Ham-

burg ihren Beitritt erklärt haben, und die Mitgliedskassen des VdAK und des AEV.

9. Rechnung (zu § 15 VOL/B)

9.1 Rechnung an die jeweiligen Krankenkassen

Der Auftragnehmer erstellt zu Beginn, spätestens bis zum 10. eines Monats Rechnungen an die jeweilige Krankenkasse über die von ihm für die jeweilige Krankenkasse erbrachten Leistungen, für die im Vormonat ein Vergütungsanspruch entstanden ist. Die Rechnungen an die Krankenkassen umfassen auch eventuelle im Vormonat im Zusammenhang mit Nachforderungen entstandenen Portoerstattungsansprüche. Für die aufgeführten Leistungen ist nur die jeweilige Krankenkasse vergütungspflichtig. Ansprüche gegen die Arbeitsgemeinschaft gem. § 219 SGB V, die KVH, dem BKK-Landesverband NORD, dem VdAK und dem AEV bestehen nicht. Ebenso wenig vergütungspflichtig ist die IKK Hamburg für Leistungen für IKK'n, die über die IKK Hamburg ihren Beitritt zum Vertrag erklärt haben.

Die Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:

- für jede TE/EWE: Angabe des Datums von Eingang und Ausgang der TE/EWE bei der Datenstelle;
- Angabe über die Zahl vollständig und fehlerfrei abgeschlossener Datenvorgänge im Rechnungszeitraum, gegliedert nach der Art der Dokumentationsdaten (a/b);

- die Zahl der Datenvorgänge im Rechnungszeitraum, die trotz im geschuldeten Umfang erfolgter Nachforderung durch den Auftragnehmer nicht vollständig und/oder fehlerfrei abgeschlossen werden konnten.

Darüber hinaus ist den jeweiligen Rechnungen eine separate Liste^x beizufügen, in der unter Aufführung der Arztnummer des jeweiligen DMP-Arztes und der Versichertennummer mitgeteilt wird, welche Datenvorgänge für welche Versicherten der jeweiligen Krankenkasse vollständig und fehlerfrei abgeschlossen wurden.

Die jeweilige Krankenkasse kann den Umfang der an sie zu übermittelnden Informationen erweitern.

9.2 Rechnung an die GE

Der Auftragnehmer erstellt zu Beginn, spätestens bis zum 10. eines Monats, aber auf keinen Fall bevor er die quartalsbezogenen Übersichten über die Reminder gem. Kapitel II. Ziffer 7.1. dieser Verdingungsunterlagen übersandt hat, je eine Rechnung an die GE über die von ihm für die GE erbrachten Leistungen, für die im Vormonat ein Vergütungsanspruch entstanden ist.

Die Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:

- Anzahl der Arzt-Reminder, die im Rechnungszeitraum versandt wurden.

^x Rechnungsbegründende Anlagen sind tabellarisch im Excel-Format oder im CSV- bzw. TXT-Format zur tabellarischen Weiterverarbeitung in Excel/Access zu liefern.

9.3. Sonstiges

15 Kalendertage nach Ablauf der 10 Tage plus 6 Wochen nach Ende des Quartals hat der Auftragnehmer die KVH und jeweilige GE schriftlich unter Aufführung der Arztnummer der DMP-Ärzte, der DMP-Fallnummer und ggf. unter Angabe des Fehlergrundes darüber zu informieren, welche Datenvorgänge im abgelaufenen Quartal für welche Versicherte vollständig und fehlerfrei abgeschlossen oder aber trotz Nachforderung im geschuldeten Umfang nicht vollständig und/oder fehlerfrei abgeschlossen werden konnten.

10. Zahlungen (zu § 17 VOL/B)

Die nach vorstehenden Ausführungen zu 9. vollständigen Rechnungen werden fällig vier Wochen nach deren Eingang bei der jeweiligen Krankenkasse bzw. Gemeinsamen Einrichtung. Es besteht keine gesamtschuldnerische Haftung der Rechnungsempfänger.

11. Loyalitätsklausel

Die Vertragsparteien verpflichten sich, im Zuge der Erfüllung dieses Vertrages konstruktiv, vertrauensvoll und loyal zusammenzuarbeiten. Die Vertragspartner werden sich wechselseitig unverzüglich über alle Umstände und Geschehnisse informieren, die für die Zusammenarbeit nach diesem Vertrag von Bedeutung sind oder sein könnten. Das schließt auch ein, dass selbst bei geringsten Unsicherheiten über den korrekten Ablauf

der Prozesse der Vertragspartner zu informieren ist und gemeinsam festgelegt wird, wie in der speziellen Frage weiter zu verfahren ist.

12. Zusammenarbeit der Vertragspartner

Die Auftraggeber haben gegenüber dem vom Auftragnehmer eingesetzten Personen kein Weisungsrecht; zwischen ihnen besteht kein Arbeitsverhältnis.

Die Auftraggeber werden Wünsche und/oder Weisungen ausschließlich an die vom Auftragnehmer schriftlich zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses benannten verantwortlichen Personen richten. Änderungen der verantwortlichen Personen wirken gegenüber den Auftraggebern nur, wenn diese zuvor sämtlichen Auftraggebern schriftlich angezeigt wurden.

13. Rechte an Ergebnissen

Der Auftragnehmer räumt den Krankenkassen, einschließlich den Krankenkassen, die gegenüber dem BKK–Landesverband NORD bzw. der IKK Hamburg ihren Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben, bzw. den Krankenkassen, die dem VdAK oder AEV angehören, und sonstigen Auftraggebern (im folgenden „Berechtigte“) unentgeltlich und unwiderruflich das ausschließliche, dauerhafte und übertragbare Recht ein, sämtliche im Rahmen des Vertrags erbrachten Leistungsergebnisse auf alle mit dem Datenschutz zu vereinbaren Arten zu nutzen. Das Urheber- und Nutzungsrecht des Auftragnehmers an von ihm eingebrachten Leistungen bleibt unberührt, dies gilt insbesondere

für Methoden, Verfahren und Werkzeuge. Soweit diese im Rahmen des Projektes weiterentwickelt worden sind, stehen den Berechtigten hieran einfache Nutzungsrechte zu.

Der Auftragnehmer räumt den Berechtigten bereits jetzt das unwiderrufliche Recht ein, den Quellcode (Source Code) und die gesamte Entwicklungsumgebung zu nutzen. Die Berechtigten werden von diesem Recht nur im Fall der Insolvenz des Auftragnehmers Gebrauch machen. Quellcode und die gesamte Entwicklungsumgebung hinterlegt der Auftragnehmer bei einem Notar. Dieser wird durch den Auftragnehmer unwiderruflich angewiesen, die Quellcodes und die Entwicklungsumgebung bei Insolvenz des Auftragnehmers an die Berechtigten herauszugeben.

14. Schlussbestimmungen

- 14.1 Alle Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, dies gilt auch für einen Verzicht auf das Schriftformerfordernis selbst. Mündliche Nebenabreden sind nicht getroffen.
- 14.2 Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte eine Lücke dieses Vertrages offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieses Vertrages. Vielmehr sind die Vertragsparteien in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit

der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegen kommt.

14.3 Ausschließlicher Gerichtsstand für die Vertragsparteien ist Hamburg.

15. Vertragsurkunde (zu § 29 VOL/A)

Auftragnehmer und Auftraggeber werden nach Zuschlag den als Anlage beigefügten Vertrag über die Bearbeitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Dokumentationsdaten im Rahmen von Disease-Management Programmen unterzeichnen.

INTER-FORUM AG · Sommerfelder Straße 120 · 04316 Leipzig



4 5 0 0 1 2 3 4 5 0 1 1 3 0 6 1 2 4 9 3 9 1
Dr. DM2 Hans Mustermann
Dr. DM1-Partner1 MustermannP1
Dr. DM2-Partner2 MustermannP2
Dr. KHK-Partner3 MustermannP3
Musterweg 12
01234 Musterhausen



Tel.: 0341 25920-43
Fax: 0341 25920-22

Datum: 12.06.2013

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 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 **„Kontoauszug: nicht plausible Dokumentationen, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen“** genannten Patienten erfolgte bislang keine vollständige Erfassung der notwendigen Dokumentationen im Rahmen des genannten DMP. Sollten Sie innerhalb der letzten 3 Werktage Korrekturlieferungen an uns gesandt haben, so sind diese in der Information nicht berücksichtigt.
- Ihre in der Anlage **„Kontoauszug: plausible Dokumentationen der letzten 14 Tage“** aufgeführten Dokumentationen sind gültig.
- Für Ihre in der Anlage **„Kontoauszug: fehlende Erstdokumentationen“** genannten Patienten fehlen uns die entsprechenden Unterlagen.
- Ihre in der Anlage **„Kontoauszug: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext“** aufgeführten Folgedokumentationen sind außerhalb des vereinbarten Dokumentationszeitraumes bei uns eingegangen und können daher nicht für die DMP-Prozesse berücksichtigt werden.
- Ihre in der Anlage **„Kontoauszug: außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen“** aufgeführten Dokumentationen können aufgrund der Überschreitung des Übermittlungszeitraumes nicht für den DMP-Prozess berücksichtigt werden.

- Ihre in der Anlage „**Kontoauszug: nicht prozesskonforme Belege oder Daten**“ aufgeführten Dokumentationen können wegen verfahrensbedingter Fehler nicht im DMP verwendet werden. Eine nähere Erklärung für die „Stornierung“ entnehmen Sie bitte der Legende dieser Anlage.
- Ihre in der Anlage „**Kontoauszug: 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 ab dem 01.07.2013 zur Erstellung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für die Diagnosen Brustkrebs, Asthma und COPD sowie indikationsübergreifend lediglich die neuen Formulare mit den Formularschlüsseln 020D, 050B, 060B und 070A zu verwenden sind.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

INTER-FORUM AG

Kontoauszug: nicht plausible Dokumentationen, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Versand	Frist- ablauf
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	02.04.13	10.04.13	21.08.13
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	02.04.13	10.04.13	21.08.13
Musti_1234501_03, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	AB	02.04.13	10.04.13	21.08.13
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	17.03.13	25.03.13	22.05.13
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	17.03.13	25.03.13	22.05.13
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	17.03.13	25.03.13	22.05.13
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	17.03.13	25.03.13	22.05.13
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	17.03.13	25.03.13	22.05.13
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	17.03.13	25.03.13	22.05.13
Musti_1234501_10, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	BK	17.03.13	25.03.13	22.05.13
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	17.03.13	25.03.13	22.05.13
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	17.03.13	25.03.13	22.05.13
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	17.03.13	25.03.13	22.05.13
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	17.03.13	25.03.13	22.05.13
Musti_1234501_15, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD	09.06.13	17.06.13	21.08.13
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	09.06.13	17.06.13	21.08.13
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	09.06.13	17.06.13	21.08.13
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	09.06.13	17.06.13	21.08.13
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	09.06.13	17.06.13	21.08.13
Musti_1234501_20, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM1	09.06.13	17.06.13	21.08.13
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	09.06.13	17.06.13	21.08.13
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	09.06.13	17.06.13	21.08.13
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	09.06.13	17.06.13	21.08.13
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	09.06.13	17.06.13	21.08.13
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	25.05.13	02.06.13	21.08.13
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	25.05.13	02.06.13	21.08.13
Musti_1234501_27, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM2	25.05.13	02.06.13	21.08.13
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	25.05.13	02.06.13	21.08.13
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	25.05.13	02.06.13	21.08.13
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	25.05.13	02.06.13	21.08.13
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	25.05.13	02.06.13	21.08.13
Musti_1234501_32, üte	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD, DM2, KHK	25.05.13	02.06.13	21.08.13
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	25.05.13	02.06.13	21.08.13
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	09.05.13	17.05.13	21.08.13

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation
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

Die o. a. Dokumentationen sollten schnellstmöglich an die Datenstelle übermittelt werden.

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

Kontoauszug: plausible Dokumentationen der letzten 14 Tage

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Prüfung
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	09.05.13	14.05.13
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	09.05.13	14.05.13
Musti_1234501_03, tew	123450100	Musterkasse	1234567	TE	AB	09.05.13	14.05.13
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	09.05.13	14.05.13
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	09.05.13	14.05.13
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	09.05.13	14.05.13
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	09.05.13	14.05.13
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	09.05.13	14.05.13
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	09.05.13	14.05.13
Musti_1234501_10, tew	123450100	Musterkasse	1234567	TE	BK	09.05.13	14.05.13
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	23.04.13	28.04.13
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	23.04.13	28.04.13
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	23.04.13	28.04.13
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	23.04.13	28.04.13
Musti_1234501_15, tew	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD	23.04.13	28.04.13
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	23.04.13	28.04.13
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	23.04.13	28.04.13
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	23.04.13	28.04.13
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	23.04.13	28.04.13
Musti_1234501_20, tew	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM1	23.04.13	28.04.13
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	23.04.13	28.04.13
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	08.04.13	13.04.13
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	08.04.13	13.04.13
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	08.04.13	13.04.13
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	08.04.13	13.04.13
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	08.04.13	13.04.13
Musti_1234501_27, tew	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM2	08.04.13	13.04.13
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	08.04.13	13.04.13
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	08.04.13	13.04.13
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	23.03.13	28.03.13
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	23.03.13	28.03.13
Musti_1234501_32, üte	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD, DM2, KHK	23.03.13	28.03.13
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	23.03.13	28.03.13
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	23.03.13	28.03.13

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Datum Prüfung = Datum der Plausibilitätsprüfung

Belegtypen: ED = Erstdokumentation,

FD = Folgedokumentation,

TE = Teilnahmeerklärung

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

Kontoauszug: fehlende Erstdokumentationen

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Mahn- ende	Fehlender Beleg
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	23.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	23.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	08.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	08.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	08.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	08.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	08.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	31.05.13	21.08.13	ED
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	31.05.13	21.08.13	ED
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	31.05.13	21.08.13	ED
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	31.05.13	21.08.13	ED
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	15.05.13	21.08.13	ED
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	15.05.13	21.08.13	ED
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	15.05.13	21.08.13	ED

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Mahnende = Einstellung des Erinnerungsverfahrens

Fehlender Beleg = Dokumentation, welche für die Wirksamkeit der Einschreibung fehlt

Belegtypen: ED(Erstdokumentation), FD(Folgedokumentation)

Die o.a. Dokumentationen sollten schnellstmöglich an die Datenstelle übermittelt werden.

Kontoauszug: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Dokumentations- intervall
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	15.05.13	3 Monate
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	30.04.13	3 Monate
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	30.04.13	3 Monate
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	30.04.13	3 Monate
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	30.04.13	3 Monate
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	14.04.13	3 Monate
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	14.04.13	3 Monate
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	14.04.13	3 Monate
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	14.04.13	3 Monate
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	30.03.13	3 Monate
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	30.03.13	3 Monate
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	30.03.13	6 Monate
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	30.03.13	3 Monate
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	14.03.13	3 Monate

Datum und Intervall beziehen sich auf die zuletzt erfasste Dokumentation zu diesem DMP-Fall.
3 Monate = jedes Quartal und 6 Monate = jedes 2. Quartal

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation
Belegtypen: ED (Erstdokumentation), FD (Folgedokumentation)

Kontoauszug: außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	BS	B.- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Frist- ablauf
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	AB	14.03.13	27.05.13	22.05.13
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	AB	14.03.13	28.05.13	22.05.13
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	AB	14.03.13	30.05.13	22.05.13
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	AB	14.03.13	31.05.13	22.05.13
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	BK	14.03.13	01.06.13	22.05.13
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	BK	14.03.13	02.06.13	22.05.13
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	BK	14.03.13	03.06.13	22.05.13
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	BK	14.03.13	04.06.13	22.05.13
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	BK	06.06.13	26.08.13	21.08.13
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	BK	06.06.13	27.08.13	21.08.13
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	COPD	06.06.13	28.08.13	21.08.13
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	COPD	06.06.13	29.08.13	21.08.13
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	COPD	06.06.13	31.08.13	21.08.13
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	COPD	06.06.13	01.09.13	21.08.13
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	DM1	06.06.13	02.09.13	21.08.13
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM1	06.06.13	03.09.13	21.08.13
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	DM1	22.05.13	26.08.13	21.08.13
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM1	22.05.13	27.08.13	21.08.13
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	DM2	22.05.13	28.08.13	21.08.13
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM2	22.05.13	29.08.13	21.08.13
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	DM2	22.05.13	30.08.13	21.08.13
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM2	22.05.13	31.08.13	21.08.13
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	DM2	22.05.13	02.09.13	21.08.13
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM2	06.05.13	03.09.13	21.08.13
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	KHK	06.05.13	25.08.13	21.08.13
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	KHK	06.05.13	26.08.13	21.08.13
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	KHK	06.05.13	28.08.13	21.08.13
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	KHK	06.05.13	29.08.13	21.08.13

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Datum Eingang = Posteingangsdatum der Dokumentation oder der Korrekturrücksendung liegt nach dem Fristende, sodass die Dokumentation nicht gewertet werden kann.

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

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

B.-typ = Belegtyp: ED(Erstdokumentation), FD(Folgedokumentation), TE(Teilnahmeerklärung)

Kontoauszug: nicht prozesskonforme Belege oder Daten

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Grund der Stornierung
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	06.05.13	11.05.13	17
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	06.05.13	11.05.13	19
Musti_1234501_03, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	AB	06.05.13	11.05.13	25
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	06.05.13	11.05.13	00
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	20.04.13	25.04.13	19
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	20.04.13	25.04.13	17
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	20.04.13	25.04.13	19
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	20.04.13	25.04.13	17
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	20.04.13	25.04.13	19
Musti_1234501_10, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	BK	20.04.13	25.04.13	25
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	20.04.13	25.04.13	00
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	20.04.13	25.04.13	19
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	20.04.13	25.04.13	17
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	20.04.13	25.04.13	19
Musti_1234501_15, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD	20.04.13	25.04.13	25
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	05.04.13	10.04.13	00
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	05.04.13	10.04.13	19
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	05.04.13	10.04.13	17
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	05.04.13	10.04.13	19
Musti_1234501_20, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM1	05.04.13	10.04.13	25
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	05.04.13	10.04.13	00
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	05.04.13	10.04.13	19
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	05.04.13	10.04.13	17
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	05.04.13	10.04.13	19
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	05.04.13	10.04.13	17
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	20.03.13	25.03.13	19
Musti_1234501_27, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM2	20.03.13	25.03.13	25
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	20.03.13	25.03.13	00
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	20.03.13	25.03.13	19
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	20.03.13	25.03.13	17
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	20.03.13	25.03.13	19
Musti_1234501_32, üte	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD, DM2, KHK	20.03.13	25.03.13	25
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	20.03.13	25.03.13	00
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	20.03.13	25.03.13	19

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Belegtypen: ED (Erstdokumentation), FD (Folgedokumentation), TE (Teilnahmeerklärung)

Stornogründe: 01 - Versicherter verstorben

02 - Versicherter ausgetreten

03 - Versicherter nicht einschreibungswürdig

05 - Kassenwechsel

15 - Arztwechsel

16 - Verfahrensbedingte Stornierung durch Krankenkasse

17 - Folgedokumentation vor der Erstdokumentation eingegangen

18 - DMP-Fall beendet wegen fehlender Folgedokumentation

19 - DMP-Fall beendet wegen fehlender Teilnahmeerklärung

28 - ungültiges Format nach Versionsumstellung

29 - ungültiges Format vor Versionsumstellung

AB = Asthma bronchiale

BK = Brustkrebs

COPD = Chronisch obstruktive
Lungenerkrankungen

DM1 = Diabetes mellitus Typ1

DM2 = Diabetes mellitus Typ2

KHK = Koronare Herzkrankheit

Kontoauszug: nicht verarbeitbare Datenlieferungen

Datenlieferung			
Eingang	Typ	Dateiname	Hinweise zum Fehler
25.02.2009	CD	DTID: 123456789010 012055000_13704_20090114.EED10 012055000_13704_20090114.EED10 012055000_13704_20090114.EED10	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
02.01.2009	CD	DTID: 123456789001 012055000_13704_20090114.EED1 012055000_13704_20090114.EED1 012055000_13704_20090114.EED1	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
04.01.2009	CD	DTID: 123456789002 012055000_13704_20090114.EED2 012055000_13704_20090114.EED2 012055000_13704_20090114.EED2	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
07.01.2009	CD	DTID: 123456789003 012055000_13704_20090114.EED3 012055000_13704_20090114.EED3 012055000_13704_20090114.EED3	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
11.01.2009	CD	DTID: 123456789004 012055000_13704_20090114.EED4 012055000_13704_20090114.EED4 012055000_13704_20090114.EED4	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
06.02.2009	CD	DTID: 123456789008 012055000_13704_20090114.EED8 012055000_13704_20090114.EED8 012055000_13704_20090114.EED8	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
29.01.2009	CD	DTID: 123456789007 012055000_13704_20090114.EED7 012055000_13704_20090114.EED7 012055000_13704_20090114.EED7	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
22.01.2009	CD	DTID: 123456789006 012055000_13704_20090114.EED6 012055000_13704_20090114.EED6 012055000_13704_20090114.EED6	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
16.01.2009	CD	DTID: 123456789005 012055000_13704_20090114.EED5 012055000_13704_20090114.EED5 012055000_13704_20090114.EED5	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
15.02.2009	CD	DTID: 123456789009 012055000_13704_20090114.EED9 012055000_13704_20090114.EED9 012055000_13704_20090114.EED9	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.

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.

INTER-FORUM AG · Sommerfelder Straße 120 · 04316 Leipzig



Dr. DM2 Hans Mustermann
 Dr. DM1-Partner1 MustermannP1
 Dr. DM2-Partner2 MustermannP2
 Dr. KHK-Partner3 MustermannP3
 Musterweg 12
 01234 Musterhausen

Tel.: 0341 25920-43
 Fax: 0341 25920-22

Datum: 12.06.2013

DMP - Aufforderung zur Korrektur von Dokumentationen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Dokumentationsdaten sind bei uns eingegangen. Nach Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität wird eine Ergänzung bzw. Korrektur für die beiliegenden Dokumentationen notwendig.

Als Anlage finden Sie die mit der neuesten Ausfüllanleitung korrespondierenden Erläuterungen zur Korrektur sowie einen Ausdruck der entsprechenden Datensätze. Die medizinischen Parameter und die Kreuze wurden maschinell in den Beleg eingedruckt und stimmen genau mit Ihren bisherigen Angaben überein.

- Bitte berichtigen Sie die entsprechenden Angaben und vermerken Sie das Korrekturdatum unten rechts in dem dafür vorgesehenen Feld „Korrekturdatum“ auf dem Ausdruck. Die Unterzeichnung des korrigierten Beleges durch Sie ist nicht notwendig.
- Nach der Ergänzung fehlender Angaben nehmen Sie bitte eine Kopie des korrigierten Beleges in die Patientenakte auf. Beim nächsten Arztbesuch informieren Sie dann den Patienten über die nachträglich vorgenommenen Angaben.
- Senden Sie die Belege mit den vorgenommenen Korrekturen umgehend an

INTER-FORUM AG
 Abteilung DMP-HH
 Postfach 50 07 53
 04305 Leipzig

zurück.

Haben Sie Fragen bezüglich des Korrekturprozesses? Wir stehen Ihnen telefonisch unter 0341 25920-43 sowie per E-Mail (dmp-hh@inter-forum.de) gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

INTER-FORUM AG

Sofern wir Ihnen Korrekturen aus eDMP-Datenübermittlungen übersenden, handelt es sich bei diesen Fällen vermutlich um Fehlfunktionen in Ihrer eingesetzten Praxissoftware. Bitte setzen Sie sich diesbezüglich mit Ihrem betreuenden PVS-Hersteller in Verbindung.

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 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 **„Kontoauszug: nicht plausible Dokumentationen, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen“** genannten Patienten erfolgte bislang keine vollständige Erfassung der notwendigen Dokumentationen im Rahmen des genannten DMP. Sollten Sie innerhalb der letzten 3 Werktage Korrekturlieferungen an uns gesandt haben, so sind diese in der Information nicht berücksichtigt.
- Ihre in der Anlage **„Kontoauszug: plausible Dokumentationen der letzten 14 Tage“** aufgeführten Dokumentationen sind gültig.
- Für Ihre in der Anlage **„Kontoauszug: fehlende Erstdokumentationen“** genannten Patienten fehlen uns die entsprechenden Unterlagen.
- Ihre in der Anlage **„Kontoauszug: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext“** aufgeführten Folgedokumentationen sind außerhalb des vereinbarten Dokumentationszeitraumes bei uns eingegangen und können daher nicht für die DMP-Prozesse berücksichtigt werden.
- Ihre in der Anlage **„Kontoauszug: außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen“** aufgeführten Dokumentationen können aufgrund der Überschreitung des Übermittlungszeitraumes nicht für den DMP-Prozess berücksichtigt werden.
- Ihre in der Anlage **„Kontoauszug: nicht prozesskonforme Belege oder Daten“** aufgeführten Dokumentationen können wegen verfahrensbedingter Fehler nicht im DMP verwendet werden. Eine nähere Erklärung für die „Stornierung“ entnehmen Sie bitte der Legende dieser Anlage.
- Ihre in der Anlage **„Kontoauszug: 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 ab dem 01.07.2013 zur Erstellung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für die Diagnosen Brustkrebs, Asthma und COPD sowie indikationsübergreifend lediglich die neuen Formulare mit den Formularschlüsseln 020D, 050B, 060B und 070A zu verwenden sind.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

INTER-FORUM AG

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falscher Formulartyp

Im DMP "Brustkrebs" kommen ab dem 01.07.2006 neue Formulare zum Einsatz. Die alten Formulare dürfen für Dokumentationen, die nach dem 01.07. ausgestellt wurden, aus rechtlichen Gründen von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Dokumentation erneut unter Verwendung eines neuen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falsches Formular

Feldname_1: Sie haben einen Formulartyp verwendet, der aus formellen Gründen nicht den im DMP-Vertrag geregelten Vereinbarungen entspricht. Der Beleg kann daher nicht anerkannt werden. Falls Sie Fragen hierzu haben, kontaktieren Sie bitte die DMP-Datenstelle unter der Telefonnummer, die Sie diesem Anschreiben entnehmen können.

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda
Müllergeb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

Diagnose bekannt seit

1999

☐ keine☐ Herzinsuffizienz☒ Hypertonus☒ Diabetes mellitus☒ Herzinfarkt☒ Fettstoffwechselstörung☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße 1,68 m

Körpergewicht 105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt 209 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin 136 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ☐ ja ☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoge (einschl. Glitide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

Diabetes-Schulung:	☐ ja ☐ nein ☒ war aktuell nicht möglich
Hypertonie-Schulung:	☐ ja ☒ nein ☐ war aktuell nicht möglich
Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	☐

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Kontoauszug: nicht plausible Dokumentationen, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Versand	Frist- ablauf
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	16.04.13	24.04.13	21.08.13
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	31.03.13	08.04.13	21.08.13
Musti_1234501_03, tewewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	AB	31.03.13	08.04.13	21.08.13
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	31.03.13	08.04.13	21.08.13
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	31.03.13	08.04.13	21.08.13
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	31.03.13	08.04.13	21.08.13
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	31.03.13	08.04.13	21.08.13
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	31.03.13	08.04.13	21.08.13
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	31.03.13	08.04.13	21.08.13
Musti_1234501_10, tewewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	BK	31.03.13	08.04.13	21.08.13
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	31.03.13	08.04.13	21.08.13
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	16.03.13	24.03.13	22.05.13
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	16.03.13	24.03.13	22.05.13
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	16.03.13	24.03.13	22.05.13
Musti_1234501_15, tewewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD	16.03.13	24.03.13	22.05.13
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	16.03.13	24.03.13	22.05.13
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	16.03.13	24.03.13	22.05.13
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	16.03.13	24.03.13	22.05.13
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	16.03.13	24.03.13	22.05.13
Musti_1234501_20, tewewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM1	16.03.13	24.03.13	22.05.13
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	16.03.13	24.03.13	22.05.13
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	16.03.13	24.03.13	22.05.13
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	08.06.13	16.06.13	21.08.13
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	08.06.13	16.06.13	21.08.13
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	08.06.13	16.06.13	21.08.13
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	08.06.13	16.06.13	21.08.13
Musti_1234501_27, tewewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM2	08.06.13	16.06.13	21.08.13
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	08.06.13	16.06.13	21.08.13
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	08.06.13	16.06.13	21.08.13
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	08.06.13	16.06.13	21.08.13
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	08.06.13	16.06.13	21.08.13
Musti_1234501_32, üteewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD, DM2, KHK	23.05.13	31.05.13	21.08.13
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	23.05.13	31.05.13	21.08.13
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	23.05.13	31.05.13	21.08.13

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation
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

Die o. a. Dokumentationen sollten schnellstmöglich an die Datenstelle übermittelt werden.

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

Kontoauszug: plausible Dokumentationen der letzten 14 Tage

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Prüfung
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	23.05.13	28.05.13
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	23.05.13	28.05.13
Musti_1234501_03, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	AB	23.05.13	28.05.13
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	23.05.13	28.05.13
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	23.05.13	28.05.13
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	23.05.13	28.05.13
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	23.05.13	28.05.13
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	23.05.13	28.05.13
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_10, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	BK	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_15, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_20, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM1	08.05.13	13.05.13
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	22.04.13	27.04.13
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	22.04.13	27.04.13
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	22.04.13	27.04.13
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	22.04.13	27.04.13
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	22.04.13	27.04.13
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	22.04.13	27.04.13
Musti_1234501_27, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM2	22.04.13	27.04.13
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	22.04.13	27.04.13
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	07.04.13	12.04.13
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	07.04.13	12.04.13
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	07.04.13	12.04.13
Musti_1234501_32, üte	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD, DM2, KHK	07.04.13	12.04.13
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	07.04.13	12.04.13
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	07.04.13	12.04.13

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Datum Prüfung = Datum der Plausibilitätsprüfung

Belegtypen: ED = Erstdokumentation,

FD = Folgedokumentation,

TE = Teilnahmeerklärung

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

Kontoauszug: fehlende Erstdokumentationen

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Mahn- ende	Fehlender Beleg
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	07.04.13	21.08.13	ED
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	22.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	22.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	22.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	22.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	22.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	06.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	06.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	06.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	06.03.13	22.05.13	ED
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	30.05.13	21.08.13	ED
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	30.05.13	21.08.13	ED
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	30.05.13	21.08.13	ED
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	30.05.13	21.08.13	ED

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Mahnende = Einstellung des Erinnerungsverfahrens

Fehlender Beleg = Dokumentation, welche für die Wirksamkeit der Einschreibung fehlt

Belegtypen: ED(Erstdokumentation), FD(Folgedokumentation)

Die o.a. Dokumentationen sollten schnellstmöglich an die Datenstelle übermittelt werden.

Kontoauszug: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Dokumentations- intervall
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	14.05.13	3 Monate
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	14.05.13	3 Monate
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	14.05.13	3 Monate
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	14.05.13	3 Monate
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	28.04.13	3 Monate
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	28.04.13	3 Monate
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	28.04.13	3 Monate
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	28.04.13	3 Monate
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	28.04.13	3 Monate
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	13.04.13	3 Monate
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	13.04.13	3 Monate
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	13.04.13	6 Monate
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	28.03.13	3 Monate
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	28.03.13	3 Monate

Datum und Intervall beziehen sich auf die zuletzt erfasste Dokumentation zu diesem DMP-Fall.
3 Monate = jedes Quartal und 6 Monate = jedes 2. Quartal

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation
Belegtypen: ED (Erstdokumentation), FD (Folgedokumentation)

Kontoauszug: außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	BS	B.- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Frist- ablauf
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	AB	28.03.13	26.08.13	21.08.13
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	AB	28.03.13	27.08.13	21.08.13
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	AB	28.03.13	29.08.13	21.08.13
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	AB	28.03.13	30.08.13	21.08.13
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	BK	28.03.13	31.08.13	21.08.13
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	BK	28.03.13	01.09.13	21.08.13
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	BK	13.03.13	03.06.13	22.05.13
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	BK	13.03.13	04.06.13	22.05.13
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	BK	13.03.13	27.05.13	22.05.13
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	BK	13.03.13	28.05.13	22.05.13
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	COPD	13.03.13	29.05.13	22.05.13
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	COPD	13.03.13	30.05.13	22.05.13
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	COPD	13.03.13	01.06.13	22.05.13
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	COPD	13.03.13	02.06.13	22.05.13
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	DM1	13.03.13	03.06.13	22.05.13
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM1	05.06.13	03.09.13	21.08.13
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	DM1	05.06.13	26.08.13	21.08.13
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM1	05.06.13	27.08.13	21.08.13
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	DM2	05.06.13	28.08.13	21.08.13
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM2	05.06.13	29.08.13	21.08.13
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	DM2	05.06.13	30.08.13	21.08.13
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM2	05.06.13	31.08.13	21.08.13
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	DM2	20.05.13	02.09.13	21.08.13
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM2	20.05.13	03.09.13	21.08.13
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	KHK	20.05.13	25.08.13	21.08.13
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	KHK	20.05.13	26.08.13	21.08.13
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	KHK	20.05.13	28.08.13	21.08.13
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	KHK	20.05.13	29.08.13	21.08.13

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Datum Eingang = Posteingangsdatum der Dokumentation oder der Korrekturrücksendung liegt nach dem Fristende, sodass die Dokumentation nicht gewertet werden kann.

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

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

B.-typ = Belegtyp: ED(Erstdokumentation), FD(Folgedokumentation), TE(Teilnahmeerklärung)

Kontoauszug: nicht prozesskonforme Belege oder Daten

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Grund der Stornierung
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	20.05.13	25.05.13	17
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	05.05.13	10.05.13	19
Musti_1234501_03, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	AB	05.05.13	10.05.13	25
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	05.05.13	10.05.13	00
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	05.05.13	10.05.13	19
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	05.05.13	10.05.13	17
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	05.05.13	10.05.13	19
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	05.05.13	10.05.13	17
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	05.05.13	10.05.13	19
Musti_1234501_10, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	BK	05.05.13	10.05.13	25
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	05.05.13	10.05.13	00
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	05.05.13	10.05.13	19
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	19.04.13	24.04.13	17
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	19.04.13	24.04.13	19
Musti_1234501_15, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD	19.04.13	24.04.13	25
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	19.04.13	24.04.13	00
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	19.04.13	24.04.13	19
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	19.04.13	24.04.13	17
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	19.04.13	24.04.13	19
Musti_1234501_20, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM1	19.04.13	24.04.13	25
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	19.04.13	24.04.13	00
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	19.04.13	24.04.13	19
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	19.04.13	24.04.13	17
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	03.04.13	08.04.13	19
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	03.04.13	08.04.13	17
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	03.04.13	08.04.13	19
Musti_1234501_27, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM2	03.04.13	08.04.13	25
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	03.04.13	08.04.13	00
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	03.04.13	08.04.13	19
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	03.04.13	08.04.13	17
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	03.04.13	08.04.13	19
Musti_1234501_32, üte	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD, DM2, KHK	03.04.13	08.04.13	25
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	19.03.13	24.03.13	00
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	19.03.13	24.03.13	19

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Belegtypen: ED (Erstdokumentation), FD (Folgedokumentation), TE (Teilnahmeerklärung)

Stornogründe: 01 - Versicherter verstorben

02 - Versicherter ausgetreten

03 - Versicherter nicht einschreibungswürdig

05 - Kassenwechsel

15 - Arztwechsel

16 - Verfahrensbedingte Stornierung durch Krankenkasse

17 - Folgedokumentation vor der Erstdokumentation eingegangen

18 - DMP-Fall beendet wegen fehlender Folgedokumentation

19 - DMP-Fall beendet wegen fehlender Teilnahmeerklärung

28 - ungültiges Format nach Versionsumstellung

29 - ungültiges Format vor Versionsumstellung

AB = Asthma bronchiale

BK = Brustkrebs

COPD = Chronisch obstruktive
Lungenerkrankungen

DM1 = Diabetes mellitus Typ1

DM2 = Diabetes mellitus Typ2

KHK = Koronare Herzkrankheit

Kontoauszug: nicht verarbeitbare Datenlieferungen

Datenlieferung			
Eingang	Typ	Dateiname	Hinweise zum Fehler
25.02.2009	CD	DTID: 123456789010 012055000_13704_20090114.EED10 012055000_13704_20090114.EED10 012055000_13704_20090114.EED10	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
02.01.2009	CD	DTID: 123456789001 012055000_13704_20090114.EED1 012055000_13704_20090114.EED1 012055000_13704_20090114.EED1	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
04.01.2009	CD	DTID: 123456789002 012055000_13704_20090114.EED2 012055000_13704_20090114.EED2 012055000_13704_20090114.EED2	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
07.01.2009	CD	DTID: 123456789003 012055000_13704_20090114.EED3 012055000_13704_20090114.EED3 012055000_13704_20090114.EED3	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
11.01.2009	CD	DTID: 123456789004 012055000_13704_20090114.EED4 012055000_13704_20090114.EED4 012055000_13704_20090114.EED4	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
06.02.2009	CD	DTID: 123456789008 012055000_13704_20090114.EED8 012055000_13704_20090114.EED8 012055000_13704_20090114.EED8	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
29.01.2009	CD	DTID: 123456789007 012055000_13704_20090114.EED7 012055000_13704_20090114.EED7 012055000_13704_20090114.EED7	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
22.01.2009	CD	DTID: 123456789006 012055000_13704_20090114.EED6 012055000_13704_20090114.EED6 012055000_13704_20090114.EED6	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
16.01.2009	CD	DTID: 123456789005 012055000_13704_20090114.EED5 012055000_13704_20090114.EED5 012055000_13704_20090114.EED5	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
15.02.2009	CD	DTID: 123456789009 012055000_13704_20090114.EED9 012055000_13704_20090114.EED9 012055000_13704_20090114.EED9	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.

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.

Feldname
Name
Vorname
Geburtsdatum
Geburtsdatum
Kassen-Nr.
Kassen-Nr.
Versicherten-Nr.
Betriebsstätten-Nr.
Arzt-Nr.
Arzt-Nr.
Krankenhaus-IK
Krankenhaus-IK
Auswahl Diagnose
Auswahl Diagnose
Formularschlüssel
Formularschlüssel
Versichertenunterschriftsdatum
Versichertenunterschriftsdatum
Versichertenunterschrift
Arztunterschriftsdatum
Arztunterschriftsdatum
Arztunterschrift
Plausibilisierungsdatum (bei Korrekturen)
Plausibilisierungsdatum (bei Korrekturen)

Prüfkatalog für Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (Stand: 29.11.2012)

Prüfung

Der Name des Versicherten muss angegeben sein.

Der Vorname des Versicherten muss angegeben sein.

Das Geburtsdatum des Versicherten muss angegeben sein.

Das Geburtsdatum des Versicherten muss zeitlich vor dem Versichertenunterschriftsdatum liegen.

Das Institutionskennzeichen der Krankenkasse muss angegeben sein.

Die angegebene Krankenkasse muss in dieser Diagnose gemeldet sein.

Sofern keine Diagnose ausgewählt wurde, muss die angegebene Krankenkasse in einer Diagnose gemeldet sein.

Die Versichertennummer muss angegeben sein.

Die Betriebsstätten-Nr. muss angegeben sein, sofern das Krankenhaus-IK nicht ausgefüllt ist.

Die Lebenslange Arztnummer muss angegeben sein, sofern das Krankenhaus-IK nicht ausgefüllt ist.

Die Lebenslange Arztnummer muss in Verbindung mit der Betriebsstätten-Nr. in dieser Diagnose gemeldet sein.

Sofern keine Diagnose ausgewählt wurde, muss die Lebenslange Arztnummer in Verbindung mit der Betriebsstätten-Nr. in einer Diagnose gemeldet sein.

Das Krankenhaus-IK muss angegeben sein, sofern die Lebenslange Arztnummer bzw. die Betriebsstätten-Nr. nicht ausgefüllt ist.

Das Krankenhaus-IK muss in dieser Diagnose gemeldet sein.

Sofern keine Diagnose ausgewählt wurde, muss das Krankenhaus-IK in einer Diagnose gemeldet sein.

Es muss mindestens eine Diagnose angegeben sein.

Die Auswahlfelder "Diabetes Typ 1" und "Diabetes Typ 2" bzw. "Asthma" und "COPD" dürfen nicht gleichzeitig angekreuzt sein.

Ein Formularschlüssel muss angegeben sein.

Der Schlüssel des verwendeten Formulars muss gültig sein.

Das Versichertenunterschriftsdatum muss angegeben sein.

Das Versichertenunterschriftsdatum darf nicht in der Zukunft (nach Posteingang in der Datenstelle) oder vor Beginn des DMP liegen.

Die Unterschrift des Versicherten muss vorliegen. Namenszusätze wie i. A. oder i. V. sind nicht zu beachten.

Das Arztunterschriftsdatum muss angegeben sein.

Das Arztunterschriftsdatum darf nicht in der Zukunft (nach Eingang in der Datenstelle) oder vor Beginn des DMP liegen.

Die Unterschrift des Arztes muss vorliegen.

Das Plausibilisierungsdatum (jüngstes Arztunterschriftsdatum) muss zeitlich nach dem Arztunterschriftsdatum des Originals liegen.

Das Plausibilisierungsdatum (Arztunterschriftsdatum der Korrektur) darf nicht nach dem Datum des Posteingangs der Korrektur bei der Datenstelle liegen.