

14. Nachtrag

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

zwischen

der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

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

der IKK classic,

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

der KNAPPSCHAFT

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)

(Auftraggeber)

und

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

**LV Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das
Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.**

Mit Wirkung ab 01.07.2020 wird der o.g. Vertrag wie folgt geändert:

- 1. Umbenennung des Bundesversicherungsamtes in Bundesamt für Soziale Sicherung**
Im gesamten Vertragstext wird das „Bundesversicherungsamt (BVA)“ durch das „Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)“ ersetzt. Diese Änderung betrifft die Begriffsbestimmungen, § 14 Abs. 1, § 16 Abs. 4 und 5 sowie § 31 Abs. 4.
- 2. Ersetzen der §§-Bezüge der RSAV**
Durch das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) werden die §§ der RSAV neu besetzt. Daher werden die Bezüge im gesamten Vertragstext aktualisiert. In den Begriffsbestimmungen wird „§ 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV“ zu „§ 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV“. In § 14 wird in der Überschrift und in Abs. 8 aus „§ 42 RSAV“ jeweils „§ 20 Abs. 4 RSAV“. Die Änderung der Überschrift wird auch im Inhaltsverzeichnis angepasst.
- 3. Präambel**
Im zweiten Satz werden die Worte „mit der Krankenhausgesellschaft Hamburg“ gestrichen.
- 4. Anlage 1 „Aufgabenbeschreibung für die Datenstelle“**
Die Anlage „Aufgabenbeschreibung für die Datenstelle“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.
- 5. Anlage 4 „Datensatzbeschreibung zur Vergütungsdatei“**
Die bislang unbesetzte Anlage 4 wird mit der Anlage „Datensatzbeschreibung zur Vergütungsdatei“ in der anliegenden Fassung besetzt. Die Aufnahme wird auch in der Anlagenübersicht umgesetzt.
- 6. Anlage 10 „Musterschreiben an DMP-Ärzte“**
Die Anlage „Musterschreiben an DMP-Ärzte“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

Hamburg, den 04.06.2020

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg*

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

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

.....
IKK classic*

.....
KNAPPSCHAFT*
Regionaldirektion Nord, Hamburg

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

.....
DAVASO GmbH

*Gleichermaßen handelnd als Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung

Anlage 1

**Disease-Management-Programme
in Hamburg**

Aufgabenbeschreibung für die Datenstelle

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Verarbeitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE)	6
2.1	Entgegennahme der TE/EWE	6
2.2	Scannen der TE/EWE	6
2.3	Weiterleitung der TE/EWE	7
2.4	Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren	7
2.4.1	Erfassung der TE/EWE	7
2.4.2	Prüfung der TE/EWE auf Vollständigkeit	8
2.4.3	Anforderung unvollständiger TE/EWE	8
2.4.4	Weiterleitung der TE/EWE	8
2.4.5	Verarbeitung von nicht vertraglich vereinbarten TE/EWE	8
2.4.6	Elektronische Archivierung der TE/EWE	9
3	Leistungen im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentationen (ED und FD)	9
3.1	Annahme der Dokumentationen	10
3.2	Archivierung der Dokumentationen	11
3.2.1	Archivierung bei belegloser Dokumentation	12
3.2.2	Archivierung bei beleghafter Dokumentation	13
3.3	Prüfung der Berechtigung des Arztes zur Erstellung von Dokumentationen	13
3.4	In Vertretung erstellte Dokumentation	14
3.5	Prüfung der Dokumentationen auf Einhaltung der Frist	14
3.6	Prüfung der Dokumentationen auf Mehrfachdokumentationen	15
3.7	Zwischenspeicherung der Dokumentationen	15
3.8	Pseudonymisierung der Datensätze	16
3.9	Prüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität	16
3.10	Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible Dokumentationen	17
3.11	Weiterleitung der Dokumentationen	19
4	Fallführung und Rückmeldeverfahren	19
4.1	Zweckgebundenheit des DMP-Falles	19
4.2	Generierung und Pflege des DMP-Falles	19
4.3	Definition und Speicherung des DMP-Falles	21
4.4	Meldungen der Krankenkassen	21
4.4.1	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kostenträgerkennung	22

4.4.2	Meldung der Krankenkasse bei Beendigung, Stornierung oder Reaktivierung von DMP-Einschreibungen	22
4.4.3	Beendigung von DMP-Fallverläufen durch die Datenstelle	23
5	Weiterleitung der Daten	23
5.1	Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse	23
5.2	Weiterleitung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung bzw. KVH	24
5.2.1	Erstellen des Arzt-Reminders	24
5.2.2	Datenweitergabe an den externen Evaluator	25
5.3	Testdatenlieferungen	26
5.4	Besonderheiten BKK'n	26
5.5	Besonderheiten IKK'n	26
6	Leistungen bei Prüfungen gem. § 20 Abs. 4 RSAV	27
6.1	Anforderung der zur Durchführung der Prüfung nach § 20 Abs. 4 RSAV relevanten Unterlagen	27
6.2	Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen	28
6.3	Definition der vorzulegenden Unterlagen	28
6.4	Sortierfolge der Unterlagen	29
6.5	Versand der vorzulegenden Unterlagen	29
6.6	Verschlüsselung von Daten	29
6.7	Lieferschein	29
6.8	Nachforderung von Prüfunterlagen	30
7	Informationen an die Auftraggeber	30
7.1	Online-Recherche	30
7.2	Statusdatensatz	31
7.3	Verbandsstatistik	31
7.4	Information an den koordinierenden Arzt	32
7.5	Abrechnungsstatistiken	32
7.5.1	Vergütungsdatei für die Kassenärztliche Vereinigung	32
7.5.2	Rechnungsbegründende Unterlagen für die Krankenkassen	33

Hinweis

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

1 Einleitung

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

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

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

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

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

2.1 Entgegennahme der TE/EWE

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

2.2 Scannen der TE/EWE

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

2.3 Weiterleitung der TE/EWE

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

2.4 Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren

2.4.1 Erfassung der TE/EWE

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

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

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

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

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

Sofern es sich um einen Korrekturbogen der TE/EWE handelt, werden lediglich die fehlerhaften Felder neu erfasst.

2.4.2 Prüfung der TE/EWE auf Vollständigkeit

Die erfassten TE/EWE werden auf Vollständigkeit geprüft. Die Prüfung erfolgt gemäß den in der Anlage 11 des Datenstellenvertrages (Prüfkatalog für Teilnahme- und Einwilligungserklärungen) beschriebenen Regeln.

2.4.3 Anforderung unvollständiger TE/EWE

Die unvollständigen oder fehlenden Angaben auf den TE/EWE werden bei den koordinierenden Ärzten gemäß Punkt 3.10 angefordert. Eingehende Korrekturen werden ebenfalls nach Punkt 2.2 gescannt.

2.4.4 Weiterleitung der TE/EWE

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

2.4.5 Verarbeitung von nicht vertraglich vereinbarten TE/EWE

Für die TE/EWE sind nur Formulare gemäß Anlage 3 des Datenstellenvertrages zugelassen. Sofern die koordinierenden Ärzte TE/EWE übermitteln, welche nicht zulässig sind, werden diese dennoch von der Datenstelle verarbeitet und an die Krankenkassen mit dem Statushinweis „nicht plausibel“ weitergeleitet.

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

2.4.6 Elektronische Archivierung der TE/EWE

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

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

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

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

Beim eDMP erfasst der koordinierende Arzt die Dokumentationen in seiner Praxis (Ort der Leistungserbringung). Die erfassten Dokumentationen werden in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst, verschlüsselt und an die Datenstelle übermittelt. Die Übermittlungsdatei wird auf Datenträgern (CD-ROM, Diskette, DVD) oder elektronisch (KV-Portal, DMPonline, KV

Connect¹⁾ an die Datenstelle übersandt. Eine Übermittlung per Datenträger ist nur bis zum 31.12.2018 zulässig. Die von der Arztpraxis als Datensatz an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen müssen der zwischen den Kassenorganisationen auf Bundesebene und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmten Schnittstellenbeschreibung in der jeweils beauftragten Fassung entsprechen. Die Datenstelle wird über neue oder angepasste Schnittstellenbeschreibungen von den Auftraggebern rechtzeitig informiert.

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

3.1 Annahme der Dokumentationen

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

Sofern Dokumentationen auf Datenträgern (nur bis 31.12.2018 zulässig) übermittelt werden, stellt die Datenstelle sicher, dass die Versandumschläge solange zusammen mit dem Datenträger aufgehoben werden, bis eine Identifikation des absendenden Arztes vorgenommen werden konnte.

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

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

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

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

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

3.2 Archivierung der Dokumentationen

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

- alle eingegangenen Belege (Dokumentationen, Korrekturen von Dokumentationen, eDMP-Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben etc.) sowohl physisch, als auch als Image zu archivieren sind. Die Datenstelle hat sicherzustellen, dass jederzeit eine Verbindung in beide Richtungen zwischen Originalbeleg und Image hergestellt werden kann;
- für die Vertragsregion Hamburg ein von den übrigen Vertragsregionen getrenntes Archiv angelegt wird;
- nur befugte Personen der Datenstelle Zugriff auf die archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze haben;
- die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten gemäß Anlage 5 zu beachten sind;
- die eingegangenen Dokumentationen, alle eingegangenen Kopien mit Datenkorrekturen/-ergänzungen sowie alle dazugehörigen eDMP-Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben und von der Datenstelle erzeugten Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben (in Dateiform) physisch für 12 Jahre, beginnend mit dem dem Erfassungsjahr der Dokumentation folgenden Kalenderjahr, zu archivieren sind. Begleitende personenbezogene Daten im Zusammenhang mit der Dokumentation, die sich aus den operativen Umsetzungsprozessen ergeben, dürfen nicht länger als die Dokumentationsdaten aufbewahrt werden;
- die Belege, Images bzw. Datensätze so zu archivieren sind, dass sie jederzeit und innerhalb von 4 Wochen für Prüfzwecke durch die Prüfdienste der Krankenversicherung der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können

- die Datenstelle gewährleistet, dass die jeweiligen Prüfdienste der Krankenversicherung die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Prüfdienste der Krankenversicherung eine Prüfung der archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, gewährleistet die Datenstelle, dass ausschließlich die mit der Prüfung beauftragten Mitarbeiter der Prüfdienste der Krankenversicherung die entsprechenden Unterlagen erhalten. Diese Mitarbeiter werden der Datenstelle rechtzeitig vom Auftraggeber bzw. von den Prüfdiensten der Krankenversicherung benannt;
- die eingesetzten Archivierungstechnologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit/Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen;
- nach Ablauf von 12 Jahren, beginnend mit dem auf das Erfassungsjahr der Dokumentation folgenden Kalenderjahr, die archivierten Belege, Images bzw. Datensätze unverzüglich zu vernichten bzw. zu löschen sind; spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten nach Beauftragung;
- abweichend von den vorstehenden Regelungen die Datenstelle personenbezogene Daten zu Dokumentationen umgehend löscht, wenn bis spätestens 18 Monate nach Eingang der Dokumentation keine TE/EWE (Einwilligung des Versicherten in die Datenverarbeitung) vorliegt. Die Löschung der Daten basiert auf einer Rückmeldung der jeweiligen Krankenkasse bzw. auf weitergehenden Prozessen, welche zwischen Krankenkassen und Datenstelle im Zusammenhang mit der Prüfung auf Vorhandensein einer TE/EWE vereinbart sind;
- die Datenstelle ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, welches sie mit den Auftraggebern abstimmt.

3.2.1 Archivierung bei belegloser Dokumentation

Beim beleglosen Dokumentationsverfahren werden die in elektronischer Form eingegangenen 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 unzulässig übermittelten Datenträger (Diskette, CD-ROM, DVD) nicht archiviert, sondern zeitnah vernichtet werden müssen.

3.2.2 Archivierung bei beleghafter Dokumentation

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

3.3 Prüfung der Berechtigung des Arztes zur Erstellung von Dokumentationen

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

Bei Dokumentationen, die ab dem 01.07.2008 erstellt werden, ist zu prüfen, ob der Arzt am betreffenden DMP teilnimmt **und** in der angegebenen Betriebsstätte zur Erbringung von DMP-Leistungen zugelassen ist. Sofern die Kombination aus LANR und BSNR nicht in der aktuellen Arztliste enthalten oder sie laut aktueller Arztliste nicht mehr gültig ist, wird die KVH per E-Mail informiert. Wird erst nach Erstellung der Dokumentation, jedoch noch innerhalb der geltenden Frist (vgl. Punkt 3.5) die Teilnahme des koordinierenden Arztes am DMP erklärt, ist die Dokumentation als gültig zu bewerten. Bei negativem Prüfergebnis wird hierüber die KVH informiert. Sofern die KVH die Berechtigung zur Dokumentationserstellung bis zum Ende der Frist bestätigt, wird die Dokumentation weiterverarbeitet.

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

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

3.4 In Vertretung erstellte Dokumentation

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

3.5 Prüfung der Dokumentationen auf Einhaltung der Frist

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

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

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

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

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

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

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

3.6 Prüfung der Dokumentationen auf Mehrfachdokumentationen

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

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

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

3.7 Zwischenspeicherung der Dokumentationen

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

- Zwischenspeicher 1

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

- Zwischenspeicher 2

Die für die Gemeinsame Einrichtung und die KVH bestimmten Datensätze mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug (vgl. Punkt 3.8) werden auf einem von dem Zwischenspeicher 1 getrennten Medium gespeichert. Hierbei ist von der Datenstelle eine EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff von Zwischenspeicher 2 auf Zwischenspeicher 1 erlaubt.

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

3.8 Pseudonymisierung der Datensätze

Bei der Übernahme der Daten in den Zwischenspeicher 2 ist der Versichertenbezug zu pseudonymisieren. Alle Versichertenstammdaten mit Ausnahme des Geburtsjahres (also Vorname, Nachname, Geburtstag und Geburtsmonat) werden gelöscht. Die Datenstelle stellt in diesem Zusammenhang sicher, dass die Zuordnung Krankenversicherternummer zum Pseudonym eindeutig ist und ein Pseudonym nicht unterschiedlichen Versicherten zugeordnet wird.

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

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

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

3.9 Prüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität

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

3.10 Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible Dokumentationen

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

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

Korrekturen von Dokumentationen können über vier mögliche Verfahren erfolgen:

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

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

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

An ausstehende Korrekturen des koordinierenden Arztes wird bis zum Ablauf der Frist aller 10 Werktage mittels eines von den Auftraggebern zur Verfügung gestellten Musterbriefes erinnert. Auf Anforderung des koordinierenden Arztes ist die Versendung des Bogens zur beleghaften Korrektur von der Datenstelle zu wiederholen.

Die Verarbeitung der eingegangenen Korrekturbögen erfolgt grundsätzlich analog der Verarbeitung von Originaldokumenten (Entgegennahme, Posteingangskennzeichnung, Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität, Scannen, Archivierung) durch die Datenstelle. Bei Eingang der beleghaften Korrektur wird insbesondere geprüft, ob der Bogen mit Korrekturdatum des koordinierenden Arztes versehen worden ist. Bei Nichtvorhandensein wird ersatzweise das Posteingangsdatum bei der Datenstelle als Korrekturdatum in die Datenbank übernommen. Soweit für den Versicherten vom koordinierenden Arzt eine plausible Dokumentation (ggf. auch mit einem anderen Erstellungsdatum innerhalb desselben Dokumentationszeitraumes) eingeht, ist das Korrekturverfahren für die unvollständige/unplausible Dokumentation zu beenden.

Übermittelt der koordinierende Arzt eine elektronische Dokumentation unter Angabe des Korrekturkennzeichens, wird die Korrektur der Originaldokumentation zugeordnet und die Dokumentationsparameter der Originaldokumentation entsprechend aktualisiert, sofern die Originaldokumentation bisher nicht vollständig und plausibel ist. Anderenfalls erfolgt keine Weiterverarbeitung einer elektronischen Dokumentation mit Korrekturkennzeichen durch die Datenstelle.

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

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

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

3.11 Weiterleitung der Dokumentationen

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

4 Fallführung und Rückmeldeverfahren

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

4.1 Zweckgebundenheit des DMP-Falles

Der gebildete DMP-Fall dient primär als Basis für die Nachvollziehbarkeit von Dokumentationsverläufen im Zusammenhang mit der Bereitstellung der Datensätze zur Evaluation sowie dem Heraussuchen und der Bereitstellung der zur Durchführung der Prüfung nach § 20 Abs. 4 RSAV relevanten Unterlagen. Gleichzeitig soll durch den DMP-Fall und das Rückmeldeverfahren ein valides Reminding ermöglicht werden.

4.2 Generierung und Pflege des DMP-Falles

Ausgehend von jeder Erstdokumentation für einen Versicherten und teilnehmender Krankenkasse je DMP bildet die Datenstelle einen DMP-Fall. Diesem DMP-Fall werden alle nachfolgenden Folgedokumentationen für das gleiche DMP zugeordnet. Die Datenstelle unterstellt dabei, dass für jeden so gebildeten Fallverlauf bei der jeweiligen Krankenkasse eine Einschreibung vorliegt. Der Fallverlauf wird von der Datenstelle beendet, wenn die Krankenkasse die Datenstelle über eine vorgenommene Ausschreibung informiert (vgl. Punkt 4.4.2).

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

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

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

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

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

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

4.3 Definition und Speicherung des DMP-Falles

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

- Angabe zur Diagnose;
- LANR der Erstdokumentation;
- BSNR der Erstdokumentation;
- ggf. Krankenhaus-IK der Erstdokumentation;
- Krankenversichertennummer (alphanumerisch);
- Name des Versicherten;
- Vorname des Versicherten;
- Geburtsdatum des Versicherten;
- Kostenträgerkennung von der elektronischen Gesundheitskarte,;
- Haupt-Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse, das die Datenstelle dem von den Auftraggebern übermittelten Kassenverzeichnis entnimmt;
- Versichertenpseudonym.

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

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

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

4.4 Meldungen der Krankenkassen

Die Datenstelle pflegt die DMP-Fälle unter dem Aspekt, dass die Krankenkassen ihre Änderungen zum DMP-Fall über die abgestimmten Verfahren melden.

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

4.4.1 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kostenträgererkennung

Sachverhalt

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

Meldung der Krankenkasse

Die Meldung der Krankenkasse besteht aus folgenden Inhalten:

- Datenstellen-Institutionskennzeichen
- KV-Bereich
- Kostenträgererkennung alt
- Kostenträgererkennung neu
- Kostenträgererkennung neu gültig ab

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt die gemeldete neue Kostenträgererkennung 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 § 20 Abs. 4 RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

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

Die Krankenkassen informieren die Datenstelle regelmäßig über fall- oder dokumentationsbezogene Änderungen. Diese umfassen folgende Meldungen:

- Beendigung der DMP-Teilnahme (Kündigung der DMP-Teilnahme, Tod, 2 fehlende Folgedokumentationen etc.),
- Stornierung der DMP-Teilnahme,
- Reaktivierung von bereits als beendet bzw. storniert gemeldeten DMP-Teilnahmen,
- Stornierung einer Dokumentation (keine Zuordnung zu einem Versicherten bei der Krankenkasse möglich, Löschung im Bestand der Krankenkasse)

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

Bei Meldung einer Reaktivierung wird der beendete DMP-Fall bei der Datenstelle wieder aktiviert und ggf. noch nicht abgeschlossene Korrekturprozesse bis zum Ablauf der Frist (vgl. Punkt 3.5) wieder aufgenommen.

4.4.3 Beendigung von DMP-Fallverläufen durch die Datenstelle

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

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

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

5 Weiterleitung der Daten

5.1 Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse

Eingehende Dokumentationen sind innerhalb von 8 Arbeitstagen abschließend zu bearbeiten. Vollständige, plausible und fristgerechte Dokumentationen sind für die Datenübermittlung an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen bereitzustellen. Die zur Übermittlung bereitgestellten Datensätze sind wöchentlich, nach Wahl der Auftraggeber auch in kürzeren Abständen, den DMP-Datenzentren der Krankenkassen zu übermitteln. Die Datensätze werden hierzu in Dateien zusammengefasst und verschlüsselt übertragen. Soweit von einzelnen Krankenkassen erwünscht, sind ihre datenannehmenden Stellen auch mit

unplausiblen Datensätzen zu beliefern. Die Vereinbarung über die Lieferung von unplausiblen Daten wird bilateral zwischen den Auftraggebern und der Datenstelle getroffen.

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

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

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

5.2 Weiterleitung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung bzw. KVH

Die von der Datenstelle angenommenen und im Zwischenspeicher 2 gespeicherten Dokumentationsdaten (vgl. Punkt 3.7) werden an die Gemeinsame Einrichtung und die KVH übermittelt. Die Datensätze werden in Dateien zusammengefasst, verschlüsselt und elektronisch übermittelt. Der KVH und der Gemeinsamen Einrichtung werden ausschließlich plausible und vollständige Datensätze übermittelt.

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

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

5.2.1 Erstellen des Arzt-Reminders

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

berücksichtigt bei der Diagnose Brustkrebs die Vorgaben zu den Dokumentationsintervallen nach Anlage 3 Ziffer 1.5 DMP-A-RL beim Folgedokumentationsservice.

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

5.2.2 Datenweitergabe an den externen Evaluator

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

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

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

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

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

5.3 Testdatenlieferungen

Bei Änderungen der Datenformate, neuen Diagnosen, Umstellung interner Prozesse der Auftraggeber oder der Datenstelle, die Auswirkungen auf die Datenlieferungen haben könnten, sendet die Datenstelle auf Anforderung der Auftraggeber Testdaten. Testdaten werden einvernehmlich mit den Auftraggebern vereinbart.

5.4 Besonderheiten BKK'n

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

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

5.5 Besonderheiten IKK'n

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

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

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

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

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

6 Leistungen bei Prüfungen gem. § 20 Abs. 4 RSAV

Nachfolgend werden die Aufgaben der Datenstelle zur Vorbereitung der Prüfung nach § 20 Abs. 4 RSAV beschrieben. Es gelten die jeweils aktuellen Vorgaben der Prüfbehörden des Bundes und/oder der Länder sowie die Beauftragung der Auftraggeber.

6.1 Anforderung der zur Durchführung der Prüfung nach § 20 Abs. 4 RSAV relevanten Unterlagen

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

Die Krankenkassen fordern die zur Durchführung der Prüfung nach § 20 Abs. 4 RSAV relevanten Unterlagen mit einer angemessenen Bearbeitungsfrist von mindestens 2 Wochen vor dem von den Krankenkassen bestimmten Liefertermin bei der Datenstelle in Form von Datensätzen an. Dazu wird das von den Kassenorganisationen auf Bundesebene vereinbarte Datenformat in der jeweils beauftragten Fassung verwendet.

6.2 Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen

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

6.3 Definition der vorzulegenden Unterlagen

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

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

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

Kostenträgerkennung, Krankenversicherungsnummer, Ordnungsmerkmal bei der Datenstelle, Erstellungsdatum.

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

6.4 Sortierfolge der Unterlagen

Die Datenstelle sortiert die zur Durchführung der Prüfung nach § 20 Abs. 4 RSAV bereitzustellenden relevanten Unterlagen je Fall nach

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

6.5 Versand der vorzulegenden Unterlagen

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

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

6.6 Verschlüsselung von Daten

Sofern die Datenstelle die zur Durchführung der Prüfung nach § 20 Abs. 4 RSAV relevanten Unterlagen in Form von Dateien auf einem Datenträger an den zuständigen Prüfdienst der Krankenversicherung versendet, ist die Datei als ZIP-Datei mit Kennwortschutz zu übermitteln.

6.7 Lieferschein

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

Der Lieferschein umfasst folgende Mindestangaben:

- KV-Bereich;
- Diagnose;

- Kostenträgerkennung;
- Krankenversichertennummer;
- Name des Versicherten;
- Vorname des Versicherten;
- Geburtsdatum des Versicherten;
- Belegart (Erst- oder Folgedokumentation);
- Datensatz-ID;
- Belegform (Image, Datensatz, Papieroriginal, Papierkopie);
- Image-Name;
- LANR/BSNR;
- Datum der Erstellung der Dokumentation;
- Doku-ID der Datenstelle.

6.8 Nachforderung von Prüfunterlagen

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

7 Informationen an die Auftraggeber

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

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

7.1 Online-Recherche

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

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

Diese Daten werden mindestens einmal wöchentlich aktualisiert und auf einem separaten EDV-System zur Verfügung gestellt. Dabei ist für einen Transfer der Daten das in der GKV eingesetzte Verschlüsselungsverfahren zu verwenden und für Onlineabfragen die Verbindung mittels Secure Socket Layer (SSL) zu verschlüsseln.

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

7.2 Statusdatensatz

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

7.3 Verbandsstatistik

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

- TE/EWE
- Erstdokumentationen
 - Gesamt
 - Datensatz plausibel und vollständig
 - verfristet
- Folgedokumentationen
 - Gesamt
 - Datensatz plausibel und vollständig
 - verfristet

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

7.4 Information an den koordinierenden Arzt

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

- a) Übersicht über vollständige und plausible Erst- und Folgedokumentationen
- b) Übersicht über verfristete Erst- und Folgedokumentationen
- c) Übersicht über nicht weiterverarbeitete Erstdokumentationen, die durch den in Punkt 4.2 beschriebenen Prozess bedingt sind.

Versandturnus/-Termin: 14-tägig

Mindestinhalt:

- (Diagnose des) DMP
- Name (des Versicherten)
- Vorname (des Versicherten)
- Krankenversicherungsnummer
- 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, elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der eingegangenen Dokumentationen gemäß Anlage 4.

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

7.5.2 Rechnungsbegründende Unterlagen für die Krankenkassen

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

Die zahlungsbegründenden Unterlagen werden mittels Statusdatensatz zur Verfügung gestellt.

Anlage 4: Datensatzbeschreibung zur Vergütungsdatei

Im Rahmen der Quartalsaufstellungen werden der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg 8 Wochen nach Quartalsende des Abrechnungszeitraums übermittelt. Die Datenlieferung umfasst folgende Angaben:

Spaltenname	Erläuterung
Quartal	Abrechnungsquartal (nur aktuelles) YYYYQ
Empfänger	KV
Barcode	Datensatz-Identifikation
DMP Diagnose	Diagnosekürzel AB = Asthma bronchiale; BK = Brustkrebs COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen; DM1 = Diabetes mellitus Typ1; DM2 = Diabetes mellitus Typ2; KHK = Koronare Herzkrankheit
Belegart	E = Erstdokumentation/ F =Folgedokumentation
PraxisNr	Betriebsstättennummer (BSNR)
ArztNr	lebenslange Arztnummer (LANR)
KH_IK	Institutionskennzeichen Krankenhaus
VersNr	Versichertennummer
VersVorname	Vorname Versicherter
VersNachname	Nachname Versicherter
GebDatum	Geburtsdatum Versicherter
IK	Institutionskennzeichen Krankenkasse
Eingang	Eingangsdatum
Datum_Orig	Datum der Erstellung
Datum_Unterschrift	Plausibilisierungsdatum
Belegstatus	1 = plausibel / 0 = fehlerhaft
Verfristet	1 = fristgerecht / 0 = verfristet
Dublette (echte ¹ , unechte ²)	1 = Original / 0 = Dublette
Erneute Erstdokumentation im laufenden DMP-Fall	1 = nein (E korrekt) / 0 = ja (E bereits vorhanden)
Folgedokumentation im beendeten Fall ³	1 = nein (F korrekt) / 0= ja (F im beendeten Fall)
„lose“ Folgedokumentation ⁴	1 = nein (F mit E) / 0 = ja (F ohne E)
Dokumentation ohne Zuordnung zu einem Versicherten bei der Krankenkasse	1 = nein (Zuordnung möglich) / 0 = ja (Zuordnung nicht möglich)
Dokumentation, die im Bestand der Krankenkasse gelöscht wurde	1 = nein (nicht gelöscht) / 0 = ja (gelöscht)
Dokumentation ohne TE/EWE ⁵	1 = nein (TE/EWE vorhanden) / 0 = ja (TE/EWE nicht vorhanden)

¹ Dokumentationen des gleichen Typs für eine Diagnose zu einem Versicherten vom selben Arzt mit identischem Erstellungsdatum (ohne oder mit Korrekturkennzeichen)

² Dokumentationen des gleichen Typs für eine Diagnose zu einem Versicherten vom selben Arzt im gleichen Dokumentationszeitraum mit abweichendem Erstellungsdatum (ohne oder mit Korrekturkennzeichen)

³ Folgedokumentationen, welche einem beendeten DMP-Fall zugeordnet werden; Beendigungsdatum muss vor dem Dokumentationszeitraum liegen, für welchen die Folgedokumentation erstellt wurde

⁴ Folgedokumentationen ohne vorherige Erstdokumentation

⁵ vorliegende Rückmeldung der Krankenkasse über Löschung einer Dokumentation im Bestand der Krankenkasse wegen fehlender TE/EWE oder fehlende TE/EWE bei der Datenstelle für AOK und KNAPPSCHAFT

DAVASO GmbH · Sommerfelder Straße 120 · 04316 Leipzig



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

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

Datum: 03.03.2020

DMP - Verarbeitungsstand Ihrer Daten

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

Seite 1 von 11

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

DAVASO GmbH

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

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Versand	Fristablauf
Doppelmuster, Moritz	N457609839	Musterkasse	415483	ED	DM2	13.01.2020	03.03.2020	22.05.2020
Fremdmuster, Moritz	G405885318	Musterkasse	330233	ED	DM2	27.02.2020	03.03.2020	22.05.2020
Großmuster, Maria	U857320374	Musterkasse	120648	TE	DM1, AB, KHK	24.02.2020	01.03.2020	-
Großmuster, Martin	Z407869193	Musterkasse	342591	ED	DM2	28.02.2020	01.03.2020	22.05.2020
Großmuster, Moritz	V651267249	Musterkasse	506063	ED	DM2	20.02.2020	01.03.2020	22.05.2020
Kleinstmuster, Manuela	J823164816	Musterkasse	994211	ED	DM2	21.02.2020	28.02.2020	22.05.2020
Kleinstmuster, Moritz	O811325341	Musterkasse	481642	ED	DM2	14.02.2020	28.02.2020	22.05.2020
Musterberg, Michelle	W70604929	Musterkasse	434901	ED	DM2	28.02.2020	03.03.2020	22.05.2020
Musterberg, Moritz	D53818756	Musterkasse	152862	TE	DM1, AB	28.02.2020	29.02.2020	-
Musterberg, Moritz	D474098287	Musterkasse	501286	ED	DM2	25.02.2020	02.03.2020	22.05.2020
Musterfrau, Martin	I823403187	Musterkasse	572076	TE	AB, KHK	28.02.2020	28.02.2020	-
Musterfrau, Michael	T553826196	Musterkasse	264003	ED	DM2	26.02.2020	29.02.2020	22.05.2020
Mustermann, Maxi	Z643626023	Musterkasse	50722	ED	DM2	28.02.2020	02.03.2020	22.05.2020
Muster, Martin	K908529920	Musterkasse	440966	ED	DM2	28.02.2020	28.02.2020	22.05.2020
Muster, Max	W19618484	Musterkasse	839626	TE	DM2, AB	26.02.2020	02.03.2020	-
Muster, Maxi	P426055101	Musterkasse	806362	ED	DM2	17.02.2020	28.02.2020	22.05.2020
Muster, Maximilian	M219180667	Musterkasse	62932	ED	DM2	28.02.2020	01.03.2020	22.05.2020
Musterson, Maria	I440458379	Musterkasse	175913	ED	DM2	21.02.2020	03.03.2020	22.05.2020
Musterson, Max	P2076757	Musterkasse	249204	ED	DM2	25.02.2020	02.03.2020	22.05.2020
Musterson, Michelle	R782215006	Musterkasse	221384	ED	DM2	13.01.2020	29.02.2020	22.05.2020
Musterson, Moritz	G423583146	Musterkasse	610631	ED	DM2	24.02.2020	28.02.2020	22.05.2020
Randmuster, Margda	T149269010	Musterkasse	526113	ED	DM2	27.02.2020	03.03.2020	22.05.2020
Randmuster, Markus	N256269665	Musterkasse	245879	ED	DM2	24.02.2020	03.03.2020	22.05.2020
Randmuster, Moritz	I126074428	Musterkasse	606191	ED	DM2	16.01.2020	29.02.2020	22.05.2020
Von Muster, Maxi	G609151399	Musterkasse	900081	ED	DM2	28.02.2020	28.02.2020	22.05.2020

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

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

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

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

Übersicht: plausible Dokumentationen und TE der letzten 14 Tage

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Prüfung
Doppelmuster, Moritz	N457609839	Musterkasse	415483	ED	DM2	20.02.2020	28.02.2020
Fremdmuster, Moritz	G405885318	Musterkasse	330233	ED	DM2	03.02.2020	28.02.2020
Großmuster, Maria	U857320374	Musterkasse	120648	TE	DM1, AB, KHK	12.02.2020	28.02.2020
Großmuster, Martin	Z407869193	Musterkasse	342591	ED	DM2	11.02.2020	28.02.2020
Großmuster, Moritz	V651267249	Musterkasse	506063	ED	DM2	25.02.2020	28.02.2020
Kleinstmuster, Manuela	J823164816	Musterkasse	994211	ED	DM2	21.02.2020	28.02.2020
Kleinstmuster, Moritz	O811325341	Musterkasse	481642	ED	DM2	07.02.2020	28.02.2020
Musterberg, Michelle	W70604929	Musterkasse	434901	ED	DM2	06.02.2020	28.02.2020
Musterberg, Moritz	D53818756	Musterkasse	152862	TE	DM1, AB	12.02.2020	28.02.2020
Musterberg, Moritz	D474098287	Musterkasse	501286	ED	DM2	06.02.2020	28.02.2020
Musterfrau, Martin	I823403187	Musterkasse	572076	TE	AB, KHK	12.02.2020	28.02.2020
Musterfrau, Michael	T553826196	Musterkasse	264003	ED	DM2	28.02.2020	28.02.2020
Mustermann, Maxi	Z643626023	Musterkasse	50722	ED	DM2	28.02.2020	28.02.2020
Muster, Martin	K908529920	Musterkasse	440966	ED	DM2	06.02.2020	28.02.2020
Muster, Max	W19618484	Musterkasse	839626	TE	DM2, AB	19.02.2020	28.02.2020
Muster, Maxi	P426055101	Musterkasse	806362	ED	DM2	20.02.2020	28.02.2020
Muster, Maximilian	M219180667	Musterkasse	62932	ED	DM2	20.02.2020	28.02.2020
Musterson, Maria	I440458379	Musterkasse	175913	ED	DM2	11.02.2020	28.02.2020
Musterson, Max	P2076757	Musterkasse	249204	ED	DM2	10.02.2020	28.02.2020
Musterson, Michelle	R782215006	Musterkasse	221384	ED	DM2	27.02.2020	28.02.2020
Musterson, Moritz	G423583146	Musterkasse	610631	ED	DM2	28.02.2020	28.02.2020
Randmuster, Margda	T149269010	Musterkasse	526113	ED	DM2	24.02.2020	28.02.2020
Randmuster, Markus	N256269665	Musterkasse	245879	ED	DM2	27.02.2020	28.02.2020
Randmuster, Moritz	I126074428	Musterkasse	606191	ED	DM2	17.02.2020	28.02.2020
Von Muster, Maxi	G609151399	Musterkasse	900081	ED	DM2	04.02.2020	28.02.2020

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

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

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

Übersicht: fehlende Erstdokumentationen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	DMP-Diagnose	Fehlender Beleg
Doppelmuster, Moritz	N457609839	Musterkasse	415483	BK	ED
Fremdmuster, Moritz	G405885318	Musterkasse	330233	BK	ED
Großmuster, Maria	U857320374	Musterkasse	120648	BK	ED
Großmuster, Martin	Z407869193	Musterkasse	342591	BK	ED
Großmuster, Moritz	V651267249	Musterkasse	506063	BK	ED
Kleinstmuster, Manuela	J823164816	Musterkasse	994211	BK	ED
Kleinstmuster, Moritz	O811325341	Musterkasse	481642	BK	ED
Musterberg, Michelle	W70604929	Musterkasse	434901	BK	ED
Musterberg, Moritz	D53818756	Musterkasse	152862	BK	ED
Musterberg, Moritz	D474098287	Musterkasse	501286	BK	ED
Musterfrau, Martin	I823403187	Musterkasse	572076	BK	ED
Musterfrau, Michael	T553826196	Musterkasse	264003	BK	ED
Mustermann, Maxi	Z643626023	Musterkasse	50722	BK	ED
Muster, Martin	K908529920	Musterkasse	440966	BK	ED
Muster, Max	W19618484	Musterkasse	839626	BK	ED
Muster, Maxi	P426055101	Musterkasse	806362	BK	ED
Muster, Maximilian	M219180667	Musterkasse	62932	BK	ED
Musterson, Maria	I440458379	Musterkasse	175913	BK	ED
Musterson, Max	P2076757	Musterkasse	249204	BK	ED
Musterson, Michelle	R782215006	Musterkasse	221384	BK	ED
Musterson, Moritz	G423583146	Musterkasse	610631	BK	ED
Randmuster, Margda	T149269010	Musterkasse	526113	BK	ED
Randmuster, Markus	N256269665	Musterkasse	245879	BK	ED
Randmuster, Moritz	I126074428	Musterkasse	606191	BK	ED
Von Muster, Maxi	G609151399	Musterkasse	900081	BK	ED

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

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

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

Übersicht: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum letzter Beleg	Dokuintervall
Doppelmuster, Moritz	N457609839	Musterkasse	415483	FD	DM1	17.02.2020	10.01.2020	3 Monate
Fremdmuster, Moritz	G405885318	Musterkasse	330233	FD	DM1	18.02.2020	08.01.2020	3 Monate
Großmuster, Maria	U857320374	Musterkasse	120648	FD	DM1	21.02.2020	07.01.2020	3 Monate
Großmuster, Martin	Z407869193	Musterkasse	342591	FD	DM1	27.02.2020	16.02.2020	3 Monate
Großmuster, Moritz	V651267249	Musterkasse	506063	FD	DM1	27.02.2020	13.01.2020	3 Monate
Kleinmuster, Manuela	J823164816	Musterkasse	994211	FD	DM1	18.02.2020	26.01.2020	3 Monate
Kleinmuster, Moritz	O811325341	Musterkasse	481642	FD	DM1	17.02.2020	12.01.2020	3 Monate
Musterberg, Michelle	W70604929	Musterkasse	434901	FD	DM1	27.02.2020	15.01.2020	3 Monate
Musterberg, Moritz	D53818756	Musterkasse	152862	FD	DM1	18.02.2020	23.01.2020	3 Monate
Musterberg, Moritz	D474098287	Musterkasse	501286	FD	DM1	20.02.2020	13.02.2020	3 Monate
Musterfrau, Martin	I823403187	Musterkasse	572076	FD	DM1	18.02.2020	31.01.2020	3 Monate
Musterfrau, Michael	T553826196	Musterkasse	264003	FD	DM1	18.02.2020	02.01.2020	3 Monate
Mustermann, Maxi	Z643626023	Musterkasse	50722	FD	DM1	20.02.2020	07.01.2020	3 Monate
Muster, Martin	K908529920	Musterkasse	440966	FD	DM1	25.02.2020	10.02.2020	3 Monate
Muster, Max	W19618484	Musterkasse	839626	FD	DM1	19.02.2020	21.01.2020	3 Monate
Muster, Maxi	P426055101	Musterkasse	806362	FD	DM1	20.02.2020	05.02.2020	3 Monate
Muster, Maximilian	M219180667	Musterkasse	62932	FD	DM1	17.02.2020	07.02.2020	3 Monate
Musterson, Maria	I440458379	Musterkasse	175913	FD	DM1	18.02.2020	15.01.2020	3 Monate
Musterson, Max	P2076757	Musterkasse	249204	FD	DM1	19.02.2020	03.01.2020	3 Monate
Musterson, Michelle	R782215006	Musterkasse	221384	FD	DM1	20.02.2020	25.01.2020	3 Monate
Musterson, Moritz	G423583146	Musterkasse	610631	FD	DM1	27.02.2020	05.01.2020	3 Monate
Randmuster, Margda	T149269010	Musterkasse	526113	FD	DM1	18.02.2020	05.02.2020	3 Monate
Randmuster, Markus	N256269665	Musterkasse	245879	FD	DM1	20.02.2020	15.01.2020	3 Monate
Randmuster, Moritz	I126074428	Musterkasse	606191	FD	DM1	18.02.2020	15.02.2020	3 Monate
Von Muster, Maxi	G609151399	Musterkasse	900081	FD	DM1	18.02.2020	07.02.2020	3 Monate

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation
Belegtyp: FD = Folgedokumentation

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

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

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

Übersicht: außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	BS	B.-typ	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Fristablauf
Doppelmuster, Moritz	N457609839	Musterkasse	415483	P	FD	KHK	06.11.2019	22.02.2020	21.02.2020
Fremdmuster, Moritz	G405885318	Musterkasse	330233	P	FD	KHK	30.11.2019	26.02.2020	21.02.2020
Großmuster, Maria	U857320374	Musterkasse	120648	P	ED	KHK	28.11.2019	25.02.2020	21.02.2020
Großmuster, Martin	Z407869193	Musterkasse	342591	P	FD	KHK	03.11.2019	27.02.2020	21.02.2020
Großmuster, Moritz	V651267249	Musterkasse	506063	P	FD	KHK	05.11.2019	23.02.2020	21.02.2020
Kleinmuster, Manuela	J823164816	Musterkasse	994211	P	FD	KHK	29.10.2019	25.02.2020	21.02.2020
Kleinmuster, Moritz	O811325341	Musterkasse	481642	P	FD	KHK	04.10.2019	29.02.2020	21.02.2020
Musterberg, Michelle	W70604929	Musterkasse	434901	P	FD	KHK	08.10.2019	23.02.2020	21.02.2020
Musterberg, Moritz	D53818756	Musterkasse	152862	P	ED	KHK	22.11.2019	23.02.2020	21.02.2020
Musterberg, Moritz	D474098287	Musterkasse	501286	P	FD	KHK	27.12.2019	25.02.2020	21.02.2020
Musterfrau, Martin	I823403187	Musterkasse	572076	P	ED	KHK	17.10.2019	25.02.2020	21.02.2020
Musterfrau, Michael	T553826196	Musterkasse	264003	P	FD	KHK	26.12.2019	23.02.2020	21.02.2020
Mustermann, Maxi	Z643626023	Musterkasse	50722	P	ED	KHK	29.11.2019	25.02.2020	21.02.2020
Muster, Martin	K908529920	Musterkasse	440966	P	ED	KHK	22.11.2019	23.02.2020	21.02.2020
Muster, Max	W19618484	Musterkasse	839626	P	ED	KHK	30.11.2019	26.02.2020	21.02.2020
Muster, Maxi	P426055101	Musterkasse	806362	P	FD	KHK	10.11.2019	26.02.2020	21.02.2020
Muster, Maximilian	M219180667	Musterkasse	62932	P	ED	KHK	29.11.2019	22.02.2020	21.02.2020
Musterson, Maria	I440458379	Musterkasse	175913	P	FD	KHK	14.12.2019	22.02.2020	21.02.2020
Musterson, Max	P2076757	Musterkasse	249204	P	ED	KHK	28.11.2019	29.02.2020	21.02.2020
Musterson, Michelle	R782215006	Musterkasse	221384	P	FD	KHK	15.10.2019	26.02.2020	21.02.2020
Musterson, Moritz	G423583146	Musterkasse	610631	P	ED	KHK	16.11.2019	25.02.2020	21.02.2020
Randmuster, Margda	T149269010	Musterkasse	526113	P	FD	KHK	27.12.2019	26.02.2020	21.02.2020
Randmuster, Markus	N256269665	Musterkasse	245879	P	FD	KHK	26.11.2019	26.02.2020	21.02.2020
Randmuster, Moritz	I126074428	Musterkasse	606191	P	FD	KHK	23.11.2019	22.02.2020	21.02.2020
Von Muster, Maxi	G609151399	Musterkasse	900081	P	FD	KHK	28.12.2019	22.02.2020	21.02.2020

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation

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

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

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

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

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

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

Übersicht: Patienten, deren Krankenkasse nicht am DMP teilnimmt

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Prüfung
Doppelmuster, Moritz	N457609839	Musterkasse	415483	ED	DM1	28.02.2020	28.02.2020
Fremdmuster, Moritz	G405885318	Musterkasse	330233	FD	DM1	28.02.2020	28.02.2020
Großmuster, Maria	U857320374	Musterkasse	120648	TE	DM1, AB, KHK	02.03.2020	02.03.2020
Großmuster, Martin	Z407869193	Musterkasse	342591	FD	DM1	18.02.2020	02.03.2020
Großmuster, Moritz	V651267249	Musterkasse	506063	FD	DM1	21.02.2020	02.03.2020
Kleinmuster, Manuela	J823164816	Musterkasse	994211	ED	DM1	21.02.2020	28.02.2020
Kleinmuster, Moritz	O811325341	Musterkasse	481642	FD	DM1	18.02.2020	02.03.2020
Musterberg, Michelle	W70604929	Musterkasse	434901	FD	DM1	19.02.2020	02.03.2020
Musterberg, Moritz	D53818756	Musterkasse	152862	TE	DM1, AB	21.02.2020	02.03.2020
Musterberg, Moritz	D474098287	Musterkasse	501286	FD	DM1	21.02.2020	02.03.2020
Musterfrau, Martin	I823403187	Musterkasse	572076	TE	AB, KHK	18.02.2020	02.03.2020
Musterfrau, Michael	T553826196	Musterkasse	264003	FD	DM1	26.02.2020	02.03.2020
Mustermann, Maxi	Z643626023	Musterkasse	50722	FD	DM1	27.02.2020	02.03.2020
Muster, Martin	K908529920	Musterkasse	440966	FD	DM1	26.02.2020	02.03.2020
Muster, Max	W19618484	Musterkasse	839626	TE	DM2, AB	25.02.2020	02.03.2020
Muster, Maxi	P426055101	Musterkasse	806362	FD	DM1	18.02.2020	02.03.2020
Muster, Maximilian	M219180667	Musterkasse	62932	FD	DM1	25.02.2020	02.03.2020
Musterson, Maria	I440458379	Musterkasse	175913	FD	DM1	26.02.2020	28.02.2020
Musterson, Max	P2076757	Musterkasse	249204	FD	DM1	25.02.2020	02.03.2020
Musterson, Michelle	R782215006	Musterkasse	221384	ED	DM1	18.02.2020	28.02.2020
Musterson, Moritz	G423583146	Musterkasse	610631	FD	DM1	20.02.2020	02.03.2020
Randmuster, Margda	T149269010	Musterkasse	526113	FD	DM1	28.02.2020	28.02.2020
Randmuster, Markus	N256269665	Musterkasse	245879	FD	DM1	25.02.2020	02.03.2020
Randmuster, Moritz	I126074428	Musterkasse	606191	ED	DM1	28.02.2020	28.02.2020
Von Muster, Maxi	G609151399	Musterkasse	900081	FD	DM1	19.02.2020	02.03.2020

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

Diese Dokumentationen und TE werden nicht weiter verarbeitet.

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

Übersicht: nicht prozesskonforme Dokumentationen und TE

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Grund der Stornierung
Doppelmuster, Moritz	N457609839	Musterkasse	415483	FD	AB	20.02.2020	28.02.2020	17
Fremdmuster, Moritz	G405885318	Musterkasse	330233	TE	AB	12.02.2020	28.02.2020	37
Großmuster, Maria	U857320374	Musterkasse	120648	TE	AB	12.02.2020	28.02.2020	37
Großmuster, Martin	Z407869193	Musterkasse	342591	TE	AB	24.02.2020	28.02.2020	36
Großmuster, Moritz	V651267249	Musterkasse	506063	ED	AB	30.01.2020	28.02.2020	33
Kleinstmuster, Manuela	J823164816	Musterkasse	994211	ED	AB	20.02.2020	28.02.2020	33
Kleinstmuster, Moritz	O811325341	Musterkasse	481642	TE	AB	25.02.2020	28.02.2020	36
Musterberg, Michelle	W70604929	Musterkasse	434901	TE	AB	25.02.2020	28.02.2020	28
Musterberg, Moritz	D53818756	Musterkasse	152862	TE	AB	20.02.2020	28.02.2020	36
Musterberg, Moritz	D474098287	Musterkasse	501286	TE	AB	24.02.2020	28.02.2020	37
Musterfrau, Martin	I823403187	Musterkasse	572076	TE	AB	17.02.2020	28.02.2020	28
Musterfrau, Michael	T553826196	Musterkasse	264003	TE	AB	20.02.2020	28.02.2020	35
Mustermann, Maxi	Z643626023	Musterkasse	50722	TE	AB	21.02.2020	28.02.2020	36
Muster, Martin	K908529920	Musterkasse	440966	TE	AB	21.02.2020	28.02.2020	38
Muster, Max	W19618484	Musterkasse	839626	ED	AB	13.02.2020	28.02.2020	33
Muster, Maxi	P426055101	Musterkasse	806362	TE	AB	06.02.2020	28.02.2020	35
Muster, Maximilian	M219180667	Musterkasse	62932	TE	AB	21.02.2020	03.09.2018	40
Musterson, Maria	I440458379	Musterkasse	175913	TE	AB	20.02.2020	28.02.2020	36
Musterson, Max	P2076757	Musterkasse	249204	TE	AB	10.02.2020	03.09.2018	40
Musterson, Michelle	R782215006	Musterkasse	221384	TE	AB	17.02.2020	28.02.2020	39
Musterson, Moritz	G423583146	Musterkasse	610631	FD	AB	19.02.2020	28.02.2020	17
Randmuster, Margda	T149269010	Musterkasse	526113	TE	AB	13.02.2020	28.02.2020	35
Randmuster, Markus	N256269665	Musterkasse	245879	TE	AB	17.02.2020	28.02.2020	36
Randmuster, Moritz	I126074428	Musterkasse	606191	TE	AB	30.01.2020	28.02.2020	39
Von Muster, Maxi	G609151399	Musterkasse	900081	ED	AB	24.02.2020	28.02.2020	33

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation

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

Stornogründe: 17 - Folgedokumentation vor der Erstdokumentation eingegangen

28 - ungültiges Format nach Versionsumstellung

29 - ungültiges Format vor Versionsumstellung

33 - Erstdokumentation im laufenden DMP-Fall (keine Vergütung)

35 - keine Zuordnung zu einem Versicherten bei der Krankenkasse möglich

36 - Löschung im Bestand der Krankenkasse

37 - Dokumentation ohne gültige Teilnahmeerklärung - nicht heilbar

38 - Dokumentation ohne gültige Teilnahmeerklärung - Nachreichung fehlender Teilnahmeerklärung erforderlich

39 - Widerruf der Teilnahmeerklärung durch den Patienten

40 - Verfristung einer nicht plausiblen Teilnahmeerklärung nach 18 Monaten

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

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

Übersicht: Fallbeendigungen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	DMP-Diagnose	Grund der Beendigung
Doppelmuster, Moritz	N457609839	Musterkasse	415483	COPD	03
Fremdmuster, Moritz	G405885318	Musterkasse	330233	COPD	18
Großmuster, Maria	U857320374	Musterkasse	120648	COPD	05
Großmuster, Martin	Z407869193	Musterkasse	342591	COPD	03
Großmuster, Moritz	V651267249	Musterkasse	506063	COPD	01
Kleinmuster, Manuela	J823164816	Musterkasse	994211	COPD	03
Kleinmuster, Moritz	O811325341	Musterkasse	481642	COPD	20
Musterberg, Michelle	W70604929	Musterkasse	434901	COPD	16
Musterberg, Moritz	D53818756	Musterkasse	152862	COPD	01
Musterberg, Moritz	D474098287	Musterkasse	501286	COPD	05
Musterfrau, Martin	I823403187	Musterkasse	572076	COPD	18
Musterfrau, Michael	T553826196	Musterkasse	264003	COPD	05
Mustermann, Maxi	Z643626023	Musterkasse	50722	COPD	20
Muster, Martin	K908529920	Musterkasse	440966	COPD	15
Muster, Max	W19618484	Musterkasse	839626	COPD	03
Muster, Maxi	P426055101	Musterkasse	806362	COPD	16
Muster, Maximilian	M219180667	Musterkasse	62932	COPD	16
Musterson, Maria	I440458379	Musterkasse	175913	COPD	03
Musterson, Max	P2076757	Musterkasse	249204	COPD	15
Musterson, Michelle	R782215006	Musterkasse	221384	COPD	18
Musterson, Moritz	G423583146	Musterkasse	610631	COPD	18
Randmuster, Margda	T149269010	Musterkasse	526113	COPD	18
Randmuster, Markus	N256269665	Musterkasse	245879	COPD	20
Randmuster, Moritz	I126074428	Musterkasse	606191	COPD	02
Von Muster, Maxi	G609151399	Musterkasse	900081	COPD	20

Gründe der Fallbeendigungen:

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

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

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

Übersicht: nicht verarbeitbare Datenlieferungen

Datenlieferung Eingang	Typ	Hinweise zum Fehler
18.01.2010	KV-Portal	Datei konnte nicht entschlüsselt werden
Medium / Dateiname		ID: 10891153 0118203351_2_028926882_20100116_1_khk.zip.xkm
18.10.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14565321 316642_021974244_20191001114608_1_eHKS.zip.XKM
31.03.2009	KV-Portal	Datei konnte nicht entschlüsselt werden
Medium / Dateiname		ID: 10556848 0331171602_2_028416920_20090331_1_ab.zip.xkm
02.10.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14551890 311663_023090998_20191002161748_1_eHKS.zip.XKM
24.09.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14531584 307744_028313817_20190923175206_1_eHKS.zip.XKM
05.07.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14456310 300930_022292598_20190705125944_1_eHKS.zip.XKM
02.07.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14452026 299132_023030298_20190402171203_1_eHKS.zip.XKM
01.07.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14449765 297913_028021405_20190630165252_1_eHKS.zip.XKM
18.04.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14367151 291697_021450398_20190329111032_1_eHKS.zip.XKM
15.04.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14364008 291157_029023787_20190415150738_1_eHKS.zip.XKM 291156_029023787_20190415150738_1_eHKS.zip.XKM

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.