

Datenstellenvertrag
zur Durchführung der Disease-Management-Programme
in Hamburg

in der Fassung des 7. Nachtrages vom 23.08.2016
zwischen

der **Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)**

der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,**

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**
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**

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- 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 **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH),**

der **Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)**

(Auftraggeber)

und

der Firma **INTER-FORUM GmbH,**
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 § 42 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 DMP-A-RL sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung
Datenstelle	INTER-FORUM AG
DMP-RL	DMP-Richtlinie
DMP-A-RL	DMP-Anforderungen-Richtlinie
DMP-AF-RL	DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie
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
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

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuelle gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

Anlagen

- Anlage 1 Aufgabenbeschreibung für die Datenstelle
 - Anhang 1 entfällt ersatzlos
 - Anhang 2 DFÜ-Verfahren
 - 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 Regelungen zum Datenschutz inklusive der 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 und berücksichtigt die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-Anforderungen Richtlinie (DMP-A-RL) sowie die Änderung der DMP-A-RL mit Beschluss vom 19.06.2014.

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.
- (2) 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 DMP-A-RL, DMP-RL, DMP-AF-RL sowie der RSAV 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 am DMP teilnehmenden Krankenkassen täglich (oder wöchentlich nach Vereinbarung) Informationen zum Stand der Verarbeitung der Dokumentationen mittels Statusdatensatz/Workflow-Daten (bundeseinheitliche Vorgabe). Der Aufbau des Statusdatensatzes/der Workflow-Daten richtet sich nach zwischen den Kassenorganisationen auf Bundesebene 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 Kostenträgerkennungen 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,
3. die Plausibilitätsprüfrichtlinien
4. die Protokollierungen / den Statusdatensatz und
5. die Evaluationsdatensätze aktualisieren.

Die in der Aufzählung (1-5) genannten Formate müssen den bundeseinheitlichen Vorgaben in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

(2) 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. Für die Umsetzung von bundeseinheitlichen Vorgaben gem. Abs. 1 wird von den Auftraggebern und der Datenstelle ein formularbasiertes Änderungsverfahren verwendet. Die Einzelheiten hierzu werden im Schriftverkehr geregelt.

(3) 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.

(4) 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.

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 verschließ-

baren Behältnisse 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 § 42 RSAV

- (1) Die Auftraggeber können die vertragsgemäße Ausführung der Leistung in den Räumen der Datenstelle prüfen. Weitere Prüfverfahren sind mit der Datenstelle abzustimmen. Diese Prüfungen umfassen 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 Kassenorganisationen auf Bundesebene,
 - 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 § 42 RSAV sind in der Anlage 1 zusammengefasst.
- (9) Den Aufsichtsbehörden und Prüfdiensten der Krankenversicherung ist seitens der Datenstelle ein umfassendes Prüfrecht einzuräumen, sofern dies zur Wahrung ihrer gesetzlich zugewiesenen Aufgaben notwendig ist.

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 und DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung sowie Bestimmungen des Bundesversicherungsamtes.
- (5) Die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP informiert die Datenstelle unverzüglich über notwendige Anpassungen der Datenflüsse aufgrund von Regelungen der DMP-A-RL (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

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg*

AOK Rheinland/Hamburg*

BKK Landesverband NORDWEST*
- zugleich für die SVLFG als LKK -

IKK classic*

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

INTER-FORUM GmbH

Knappschaft*
- Regionaldirektion Nord -

* Gleichmaßen handelnd als Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung

Anlage 1

**Disease-Management-Programme
in Hamburg**

Aufgabenbeschreibung für die Datenstelle

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Verarbeitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE)	6
2.1	Entgegennahme der TE/EWE	6
2.2	Scannen der TE/EWE	6
2.3	Weiterleitung der TE/EWE	7
2.4	Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren	7
2.4.1	Erfassung der TE/EWE	7
2.4.2	Prüfung der TE/EWE auf Vollständigkeit	8
2.4.3	Anforderung unvollständiger TE/EWE	8
2.4.4	Weiterleitung der TE/EWE	8
2.4.5	Verarbeitung von nicht vertraglich vereinbarten TE/EWE	8
2.4.6	Elektronische Archivierung der TE/EWE	9
3	Leistungen im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentationen (ED und FD)	9
3.1	Annahme der Dokumentationen	10
3.2	Archivierung der Dokumentationen	11
3.2.1	Archivierung bei belegloser Dokumentation	12
3.2.2	Archivierung bei beleghafter Dokumentation	12
3.3	Prüfung der Berechtigung des Arztes zur Erstellung von Dokumentationen	13
3.4	In Vertretung erstellte Dokumentation	13
3.5	Prüfung der Dokumentationen auf Einhaltung der Frist	14
3.6	Prüfung der Dokumentationen auf Mehrfachdokumentation	14
3.7	Zwischenspeicherung der Dokumentationen	15
3.8	Pseudonymisierung der Datensätze	15
3.9	Prüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität	16
3.10	Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible Dokumentationen	16
3.11	Weiterleitung der Dokumentationen	18
4	Rückmeldeverfahren	19
4.1	Zweckgebundenheit des DMP-Falles	19
4.2	Generierung und Pflege des DMP-Falles	19
4.3	Definition und Speicherung des DMP-Falles	20
4.4	Meldungen der Krankenkassen	21
4.4.1	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kostenträgerkennung	21

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

Hinweis

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

1 Einleitung

Der koordinierende Arzt erstellt für die Einschreibung von Versicherten eine TE/EWE sowie eine Erstdokumentation (auch erstmalige Dokumentation genannt) und bestätigt die Diagnose. Im weiteren Verlauf der DMP-Teilnahme erstellt er ausschließlich Folgedokumentationen (auch Verlaufsdokumentationen genannt). 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 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 bzw. Kassenummer
 - 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 Nichvorhandensein 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 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 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. 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 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 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 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.

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.

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

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

3.2 Archivierung der Dokumentationen

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

- alle eingegangenen Belege (Dokumentationen, Korrekturen von Dokumentationen, eDMP-Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben etc.) sowohl physisch, als auch als Image zu archivieren sind. Die Datenstelle hat sicherzustellen, dass jederzeit eine Verbindung in beide Richtungen zwischen Originalbeleg und Image hergestellt werden kann;
- für die Vertragsregion Hamburg ein von den übrigen Vertragsregionen getrenntes Archiv angelegt wird;
- nur befugte Personen der Datenstelle Zugriff auf die archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze haben;
- die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten zu beachten sind;
- die eingegangenen Dokumentationen, alle eingegangenen Kopien mit Datenkorrekturen/-ergänzungen sowie alle dazugehörigen eDMP-Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben und von der Datenstelle erzeugten Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben (in Dateiform) physisch für 15 Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, zu archivieren sind;
- die Belege, Images bzw. Datensätze so zu archivieren sind, dass sie jederzeit und innerhalb von 4 Wochen für Prüfzwecke durch die Prüfdienste der Krankenversicherung der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können

- die Datenstelle gewährleistet, dass die jeweiligen Prüfdienste der Krankenversicherung die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Prüfdienste der Krankenversicherung eine Prüfung der archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, gewährleistet die Datenstelle, dass ausschließlich die mit der Prüfung beauftragten Mitarbeiter der Prüfdienste der Krankenversicherung die entsprechenden Unterlagen erhalten. Diese Mitarbeiter werden der Datenstelle rechtzeitig vom Auftraggeber bzw. von den Prüfdiensten der Krankenversicherung benannt;
- die eingesetzten Archivierungstechnologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit/Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen;
- nach Ablauf von 15 Jahren, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, die archivierten Belege, Images bzw. Datensätze unverzüglich zu vernichten bzw. zu löschen sind; spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten nach Beauftragung;
- die Datenstelle ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, welches sie mit den Auftraggebern abstimmt.

3.2.1 Archivierung bei belegloser Dokumentation

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

- die Datensätze gemäß den Standards der elektronischen Datenarchivierung im Sozialversicherungssektor auf einem dazu geeigneten und gesetzlich erlaubten Medium zu speichern sind;
- die Datensätze mit einem Read-Only-Schutz zu speichern sind;
- die Datenträger (Diskette, CD-ROM, DVD) werden nach erfolgreicher Datenzuordnung 6 Jahre aufbewahrt und im Anschluss vernichtet.

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 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 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.

3.7 Zwischenspeicherung der Dokumentationen

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

- Zwischenspeicher 1

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

- Zwischenspeicher 2

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

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

3.8 Pseudonymisierung der Datensätze

Bei der Übernahme der Daten in den Zwischenspeicher 2 ist der Versichertenbezug zu pseudonymisieren. Alle Versichertenstammdaten mit Ausnahme des Geburtsjahres (also

Vorname, Nachname, Geburtstag und Geburtsmonat) werden gelöscht. Die Datenstelle stellt in diesem Zusammenhang sicher, dass die Zuordnung Krankenversicherternummer zum Pseudonym eindeutig ist und ein Pseudonym nicht unterschiedlichen Versicherten zugeordnet wird.

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

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

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

3.9 Prüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität

Alle erfassten Dokumentationen werden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Die Prüfung erfolgt auf Basis der von den Kassenorganisationen auf Bundesebene erstellten Plausibilitätsrichtlinien in der jeweils 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 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 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.

An ausstehende Korrekturen des koordinierenden Arztes wird bis zum Ablauf der Frist 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.

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 Rückmeldeverfahren

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

4.1 Zweckgebundenheit des DMP-Falles

Der gebildete DMP-Fall dient primär als Basis für die Nachvollziehbarkeit von Dokumentationsverläufen im Zusammenhang mit der Bereitstellung der Datensätze zur Evaluation sowie dem Heraussuchen und der Bereitstellung der zur Durchführung der Prüfung nach § 42 RSAV relevanten Unterlagen. Gleichzeitig soll durch den DMP-Fall und das Rückmeldeverfahren ein valides Reminding ermöglicht werden.

4.2 Generierung und Pflege des DMP-Falles

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

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

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

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

Gehen bei der Datenstelle für einen Versicherten für dasselbe DMP im Fallverlauf vom selben koordinierenden Arzt bzw. von derselben Betriebsstätte (gleichfalls nach Arztwechsel mittels Folgedokumentation vom aktuell koordinierenden Arzt bzw. dessen Betriebsstätte) Erstdokumentationen ein, werden diese nur weiterverarbeitet und dem DMP-Fall zugeordnet, wenn zuvor zwei Folgedokumentationen gefehlt haben 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;
- Krankenversicherungsnummer (alphanumerisch);
- Name des Versicherten;
- Vorname des Versicherten;
- Geburtsdatum des Versicherten;
- Kostenträgerkennung von der elektronischen Gesundheitskarte,;
- Haupt-Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse, das die Datenstelle dem von den Auftraggebern übermittelten Kassenverzeichnis entnimmt;

- Versichertenpseudonym.

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

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

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

4.4 Meldungen der Krankenkassen

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

Die Meldungen werden 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 Kostenträgerkennung

Sachverhalt

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

Meldung der Krankenkasse

Die Meldung der Krankenkasse besteht aus folgenden Inhalten:

- Datenstellen-Institutionskennzeichen
- KV-Bereich
- Kostenträgerkennung alt
- Kostenträgerkennung neu

- Kostenträgerkennung neu gültig ab

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt die gemeldete neue Kostenträgerkennung in die Datenbank.

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

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

Die Krankenkassen informieren die Datenstelle regelmäßig über 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 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.

5 Weiterleitung der Daten

5.1 Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse

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

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

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

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

5.2 Weiterleitung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung bzw. KVH

Die von der Datenstelle angenommenen und im Zwischenspeicher 2 gespeicherten Dokumentationsdaten (vgl. Punkt 3.7) werden an die Gemeinsame Einrichtung und die KVH übermittelt. Die Datensätze werden in Dateien zusammengefasst, verschlüsselt und elektro-

nisch 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, 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 aktuellen gültigen Datensatzbeschreibung.

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 TE/EWE, die Dokumentationsdaten sowie die Rechnungen übersandt werden müssen. BKK'n, die nicht die Zentrale Annahmestelle (ZAS) als datenannehmende Stelle nutzen, werden in dieser Liste besonders kenntlich gemacht und setzen sich mit der Datenstelle in Verbindung, um die entsprechenden Modalitäten der Datenflüsse abzuklären.

5.5 Besonderheiten IKK'n

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

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

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

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

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

6 Leistungen bei Prüfungen gem. § 42 RSAV

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

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

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

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

- bei Erstdokumentationen mit einem Erstell- oder Korrekturdatum vor dem 01.01.2012: vom Arzt unterschriebene Versandlisten oder Bestätigungsschreiben als Kopien oder als Images (ohne qualifizierte elektronische Signatur) inklusive Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden (Die Schwärzung von gegebenenfalls weiteren in den Listen aufgeführten Versicherten anderer Krankenkassen ist erforderlich.).

Images werden auf einer CD-ROM 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, Eingangsdatum .

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

6.4 Sortierfolge der Unterlagen

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

- der Kostenträgerkennung und
- innerhalb dieser Kostenträgerkennung nach der 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 vorzunehmen. Die Krankenkassen teilen der Datenstelle den Adressaten bei jeder Anforderung mit.

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

6.6 Verschlüsselung von Daten

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

6.7 Lieferschein

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

Der Lieferschein umfasst folgende Mindestangaben:

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

6.8 Nachforderung von Prüfunterlagen

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

7 Informationen an die Auftraggeber

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

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

7.1 Online-Recherche

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

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

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

Erbringt die Datenstelle Leistungen hinsichtlich der Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren (vgl. Punkt 2.4), sind die Images der TE/EWE aufzublenden. Darüber hinaus sind die 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 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, 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 Krankenversicherernummern, frühestens 8 Wochen nach Ablauf des Quartals, elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der Dokumentationen, die innerhalb der Frist (vgl. Punkt 3.5) nicht vollständig und plausibel vorlagen. 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 Statusdatensatz zur Verfügung gestellt.

Anhang 2 zur Anlage 1 „Aufgabenbeschreibung“ zum Datenstellenvertrag vom 01.07.2008 i.d.F.d. 7. Nachtrags vom 23.08.2016

DFÜ-Verfahren

Für die Übermittlung von DMP-Dokumentationen wird ein einheitlicher Übertragungsweg auf der Basis der heute bekannten Details der Telematik-Infrastruktur angestrebt. In der Übergangsphase bis zur Realisierung der Telematik-Infrastruktur können am DMP teilnehmende Ärzte in Hamburg auch die folgenden DFÜ-Verfahren nutzen:

- Kurzbeschreibung einzelner Arbeitsschritte beim eDMP-Datentransfer:

1. Portalübertragung

Voraussetzung: Zur Teilnahme an diesem Verfahren muss der DMP-Arzt einen schriftlichen Antrag bei der KVH stellen. Nach Überprüfung durch die KVH werden der Praxis die Zugangsdaten (Benutzername und Kennwort) schriftlich zugestellt.

Verfahren: Der DMP-Arzt meldet sich mit Benutzernamen und Kennwort im geschützten Internetbereich der KVH an. Der Datenaustausch zwischen ärztlichem PC und dem Webserver der KVH erfolgt ausschließlich verschlüsselt und ist somit abhörsicher.

Im geschützten KV-Internetbereich gibt es die Möglichkeit, eDMP-Daten, die zuvor mit dem EDV-Praxis-System erzeugt wurden, auf den KVH-Web-Server zu übertragen.

Von diesen KV-Servern holt die Datenannahmestelle die übertragenen Daten einmal täglich zur internen Verarbeitung ab. Diese Datenverbindung ist ebenfalls verschlüsselt und erfolgt mittels zertifikatbasierter Authentifizierung.

Der Arzt erhält per Email eine Meldung und eine Referenznummer, unter der seine Daten in der Datenannahmestelle verarbeitet werden.

Die eDMP-Daten werden auf dem KV-Server eine Woche nach der Abholung durch die Datenstelle gelöscht. Auf den KV-Web-Server hat lediglich der verantwortliche Administrator Zugriff.

2. Übertragung der Dokumentationsdaten über KV-Connect (Integrierte Übertragung)

DMP-Dokumentationsdaten können vom EDV-Praxis-System auf direktem Weg über die Anwendung KV-Connect innerhalb des „Sicheren Netzes des KVen“ (SNK) an die Datenstelle übertragen werden. Es gelten die Spezifikationen des KV-Connect Anwendungsdienstes „eDMP“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Anhang 3

Kurzbeschreibung DMPonline

- Voraussetzung: Zur Teilnahme an diesem Verfahren stellt der DMP-Arzt einen formlosen schriftlichen Antrag (auch per Email / Online möglich) bei der Datenstelle. Nach Überprüfung durch die Datenstelle werden der Praxis die Zugangsdaten (Benutzername und Kennwort) schriftlich zugestellt.
- Der koordinierende Arzt meldet sich mit Benutzernamen und Kennwort im geschützten Internetbereich der Datenstelle an (<https://inter-forum.de/DMPonline/>) an. Der Datenaustausch zwischen der Arztpraxis (PC) und dem Webserver der Datenstelle erfolgt ausschließlich verschlüsselt.
- Im geschützten Internetbereich der Datenstelle gibt es die Möglichkeit, die DMP-Daten in einer Erfassungsmaske einzugeben. Nach der erfolgreichen Plausibilisierung werden die eDMP-Daten dort automatisch verschlüsselt, signiert und in das Datenbanksystem der Datenstelle übernommen.
- Die eDMP-Daten werden auf dem Datenstellen-Server sofort nach der Übernahme in der DMP-Datenbank gelöscht. Lediglich die Stammdaten des Versicherten stehen für die mögliche Übernahme in weitere Folgedokumentationen zur Verfügung. Über eine Druckfunktion kann der Arzt die erstellte Dokumentation für den Patienten ausdrucken. Auf den Webserver hat lediglich der verantwortliche Administrator der Datenstelle Zugriff.

Bitte nach Möglichkeit an die Telefax-Nummer +49 341 2592022 zurücksenden
(bei Versendung per Telefax ist eine Rücksendung per Post nicht notwendig)

INTER-FORUM Data Services GmbH
Abteilung DMP
Postfach 50 05 55
04305 Leipzig

Antrag zur Erfassung von DMP-Daten im Online-Verfahren

Nachname:	Vorname:
Institution:	
Lebenslange Arztnummer:	
Betriebsstättennummer/Institutionskennzeichen:	
Anschrift:	
Telefon:	Email-Adresse:

Hiermit beantrage ich den Zugang zur DMPonline-Datenerfassung auf dem Server der DMP-Datenstelle INTER-FORUM Data Services GmbH (nachfolgend DMP-Datenstelle genannt). Der Vertragsschluss erfolgt durch Übermittlung eines Zugangscodes durch die DMP-Datenstelle, der unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen nur durch mich oder durch mich persönlich beauftragte Mitarbeiter eingesetzt wird.

Ist mir eine missbräuchliche Nutzung meiner Zugangsdaten bekannt geworden, melde ich dies unverzüglich der DMP-Datenstelle. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei auftretenden Sicherheitsproblemen der Zugang durch die DMP-Datenstelle deaktiviert und das Vertragsverhältnis bezüglich der DMPonline-Datenerfassung von DMP-Daten ausgesetzt oder beendet werden kann.

Das vertraglich vereinbarte Versandlistenverfahren bleibt von dieser Regelung unberührt.

Mir ist bekannt, dass es nach dem heutigen Stand der Technik nicht möglich ist, Computersoftware vollständig fehlerfrei zu erstellen.

Aus diesem Grund schließt die DMP-Datenstelle eine mögliche Haftung für Fehler aus der Erfassung und Plausibilitätsprüfung aus. Dies gilt auch für Datenverluste und Folgeschäden. Wartungsarbeiten können zu einer temporären Nichtverfügbarkeit der DMPonline-Datenerfassung führen.

Ich akzeptiere vorstehende Vertragsbedingungen uneingeschränkt.

Datum

Unterschrift und Arztstempel

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 010D)
- TE/EWE Brustkrebs (Formularschlüssel 020D)
- TE/EWE KHK (Formularschlüssel 030C)
- 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 Regelungen zum Datenschutz inklusive der Anhänge A bis C
zum Datenstellenvertrag vom 01.07.2008 i. d. F. d. 7. Nachtrags vom 23.08.2016

**Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei der
Datenerhebung,
-verarbeitung und -nutzung im Auftrag (§ 80 SGB X)**

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. Nr. 4 Abs. 3 dieser Anlage), 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 Nr. 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 Nr. 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 3 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. Nr. 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. Nr. 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 Nr. 3 Abs. 10 dieser Anlage). 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 (Nr. 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 nachzuweisen.

- (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 Nr. 1 ergebenden Leistungen. Die Geheimhaltungspflicht und Haftung gilt darüber hinaus unbegrenzt.

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

Anhang A zur Anlage 5 – Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Auftrag (§ 80 SGB X)

(Stand 23.08.2016)

Technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei INTER-FORUM GmbH 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

X festgelegt O nicht schriftlich festgelegt.

Bezeichnung: Sicherheitshandbuch

Stand: 15.03.2016

Die Datenverarbeitung im Rahmen des Auftrages 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	8:00 Uhr – 18:00 Uhr
Niederlassung Taucha Otto-Schmidt-Straße 22 04425 Taucha	Belegarchivierung	8:00 Uhr – 18:00 Uhr
Niederlassung Mockau Am alten Flughafen 1 04356 Leipzig	Belegarchivierung	8:00 Uhr – 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

Ein IT-Sicherheitsbeauftragter ist bestellt ja nein

Stand: 15.03.2016

Leipzig, 23.08.2016

Ort, Datum

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

INTER-FORUM GmbH

Anhang B zur Anlage 5 – Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Auftrag (§ 80 SGB X)

(Stand 23.08.2016)

Übersicht über die für die INTER-FORUM GmbH 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:	REISSWOLF Akten- und Datenträgervernichtung GmbH Sachsen
Anschrift:	Fischweg 14a 09114 Chemnitz
Aufgabenfeld:	Akten- und Datenträgervernichtung

Name des Unterauftragnehmers:	Noack & Neumann GmbH
Anschrift:	Maximilianallee 4 04129 Leipzig
Aufgabenfeld:	Objektbewachung, Stellung von Wach- und Empfangspersonal

Name des Unterauftragnehmers:	Deutsche Post InHaus Services GmbH
Anschrift:	Euskirchener Straße 52 53121 Bonn
Aufgabenfeld:	Abholung, Frankierung und Sortierung verschlossener Briefsendungen (Verwendung von Adressdaten nach § 41 Abs. 2 Postgesetz (PostG))

Stand: 15.03.2016

Leipzig, 23.08.2016

Ort, Datum

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

INTER-FORUM GmbH

Anhang C zur Anlage 5 – Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Auftrag (§ 80 SGB X) (Stand 23.08.2016)

Übersicht über die für die INTER-FORUM GmbH tätigen Wartungsfirmen, die die eingesetzten automatisierten Verfahren oder die eingesetzten Datenverarbeitungsanlagen im Auftrag prüfen oder warten und bei denen im Zusammenhang mit den genannten Tätigkeiten ein Zugriff auf Sozialdaten nicht ausgeschlossen werden kann, vgl. § 80 Abs. 7 SGB X

Name der Wartungsfirma:	Konica Minolta Business Solutions Deutschland GmbH
Anschrift:	Europaallee 17 30855 Langenhagen
Aufgabenfeld:	Wartung der Kopierer

Name der Wartungsfirma:	Pitney Bowes Deutschland GmbH
Anschrift:	Poststraße 4 64293 Darmstadt
Aufgabenfeld:	Wartung der Kuvertiermaschinen

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

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

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 2 in Hamburg

Stand: 01.07.2016

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
105330157	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23 A	61476	Kronberg
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
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	Fünfensterstr. 5	34117	Kassel
108833674	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Str. 5	97080	Würzburg
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
106432038	BKK Vital	Giulinistr. 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	Mengkofener Straße 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
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

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 2 in Hamburg

Stand: 01.07.2016

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
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
105330191	Vereinigte BKK	Westendstr. 21	60325	Frankfurt
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Brustkrebs in Hamburg

Stand: 01.07.2016

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
103524101	BKK BJB	Werler Str. 1	59755	Arnsberg
105330157	BKK Braun Gillette	Westerbachstr. 23A	61476	Kronberg
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
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstr. 49	33649	Bielefeld
105530364	BKK HENSCHTEL Plus	Josef-Fischer-Str. 10	34127	Kassel
103725547	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
105530331	BKK Herkules	Fünfensterstr. 5	34117	Kassel
108833674	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Str. 5	97080	Würzburg
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	Mengkofener 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
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

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Brustkrebs in Hamburg

Stand: 01.07.2016

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
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
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: 01.07.2016

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
105330157	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23 A	61476	Kronberg
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
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
108833674	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Str. 5	97080	Würzburg
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
103726081	BKK Melitta Plus	Marienkur. 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
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	Continental 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
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

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus KHK einschließlich des Moduls chronische Herzinsuffizienz in Hamburg

Stand: 01.07.2016

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
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
105330191	Vereinigte BKK	Westendstr. 21	60325	Frankfurt
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Asthma / COPD in Hamburg

Stand: 01.07.2016

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
105330157	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23 A	61476	Kronberg
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
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
105530364	BKK HENSCHEL Plus	Josef-Fischer-Str. 10	34127	Kassel
103725547	BKK Herford Minden Ravensberg (HMR)	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
108833674	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Str. 5	97080	Würzburg
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
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	Mengkofener Straße 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
108035612	mhplus BKK	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Asthma / COPD in Hamburg

Stand: 01.07.2016

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
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: 01.07.2016

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
105330157	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23 A	61476	Kronberg
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
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
108833674	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Str. 5	97080	Würzburg
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 RW E	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	Mengkofener Straße 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
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

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 1 in Hamburg

Stand: 01.07.2016

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
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
105330191	Vereinigte BKK	Westendstr. 21	60325	Frankfurt
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

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

Stand: 15.03.2016

Leipzig, 23.08.2016

Ort, Datum

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

INTER-FORUM GmbH

ANLAGE 7 STAND: 30.01.2014

Verzeichnis der datenannehmenden Stellen der Ersatzkassen

Krankenkasse des Versicherten	Empfänger der Daten
BARMER GEK	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><u>Datenannahmestelle für Datensätze:</u> T-Systems International GmbH Nauheimerstraße 98, 70372 Stuttgart Telefon: 0800 3324785, E-Mail: edi.hotline@t-systems.com</p>
DAK-Gesundheit	<p><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</p> <p><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;</p> <p><u>Datenannahmestelle für Datensätze:</u> T-Systems International GmbH Nauheimerstraße 98, 70372 Stuttgart Telefon: 0800 3324785, E-Mail: edi.hotline@t-systems.com</p>
Techniker Krankenkasse	<p><u>Empfänger für TE/EWE (Originale; ausschließlich in Papierform):</u></p>

	<p>Techniker Krankenkasse, DMP-TEs, Ludwigstraße 55, 85399 Hallbergmoos; alternativ: Techniker Krankenkasse. TK-Plus Team, Postfach 232032, 85333 München-Flughafen</p> <p><u>Empfänger Rechnungen:</u> Techniker Krankenkasse, DMP, Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg Ansprechpartner: Dagmar Köppel, Tel.: 040/6909-1543; E-Mail: Dagmar.Koepfel@tk.de</p> <p><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</p> <p><u>Datenannahmestelle für Datensätze:</u> T-Systems International GmbH Nauheimerstraße 98, 70372 Stuttgart Telefon: 0800 3324785, E-Mail: edi.hotline@t-systems.com</p>
Kaufmännische Krankenkasse - KKH	<p><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;</p> <p><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</p> <p><u>Datenannahmestelle für Datensätze:</u> T-Systems International GmbH Nauheimerstraße 98, 70372 Stuttgart Telefon: 0800 3324785, E-Mail: edi.hotline@t-systems.com</p>
HEK – Hanseatische Krankenkasse	<p><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</p> <p><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</p> <p><u>Datenannahmestelle für Datensätze:</u> T-Systems International GmbH Nauheimerstraße 98, 70372 Stuttgart Telefon: 0800 3324785, E-Mail: edi.hotline@t-systems.com</p>
hkk	<p><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</p> <p><u>Empfänger für Datensätze*:</u></p>

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
* Datenannahmestelle für Dokumentationsdatensätze und TE/EWE-Datenlieferungen ist das Rechenzentrum
BITMARCK: BITMARCK Beratung GmbH, Putzbrunner Str. 93, 81739 München
Ansprechpartner: Hotline (089) 62737-111
* Datenannahmestelle 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-Versichertenbezugs; 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,
Reimerstwiete 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 beigefügten 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-Arzt Nummer, 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 datenannahmende 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 Prüfw Zwecke 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 KVH

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 dazuge-

hörende 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 Prüfw Zwecke 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 Versicherungsnummer 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[×]. 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.

[×] 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 Mitgliedskassen 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

Hamburg 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[×] 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.

[×] 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 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: 09.03.2016

DMP - Verarbeitungsstand Ihrer Daten

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

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

Bitte beachten Sie, dass seit dem 01.07.2015 zur Erstellung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Diagnosen Diabetes mellitus und KHK lediglich die neuen Formulare mit den Formularschlüsseln 010D und 030C 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

INTER-FORUM 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, Margoth	B839868301	Musterkasse	54565	ED	DM2	01.03.2016	06.03.2016	23.05.2016
Doppelmuster, Markus	N689088836	Musterkasse	132512	ED	DM2	01.03.2016	06.03.2016	23.05.2016
Doppelmuster, Molly	M298562327	Musterkasse	918518	ED	DM2	01.03.2016	05.03.2016	23.05.2016
Großmuster, Margda	Q470354754	Musterkasse	712123	ED	DM2	01.03.2016	03.03.2016	23.05.2016
Großmuster, Moritz	E524469691	Musterkasse	761456	ED	DM2	01.03.2016	07.03.2016	23.05.2016
Heimmuster, Manuela	J411307976	Musterkasse	968486	ED	DM2	01.03.2016	06.03.2016	23.05.2016
Heimmuster, Martin	P87027062	Musterkasse	810351	ED	DM2	01.03.2016	07.03.2016	23.05.2016
Heimmuster, Maximilian	X191991986	Musterkasse	239991	ED	DM2	01.03.2016	06.03.2016	23.05.2016
Heimmuster, Michaela	H74417652	Musterkasse	821070	ED	DM2	01.03.2016	03.03.2016	23.05.2016
Kleinstmuster, Marcus	D410081645	Musterkasse	430110	ED	DM2	01.03.2016	03.03.2016	23.05.2016
Kleinstmuster, Maria	T433495832	Musterkasse	268671	TE	DM1, AB	01.03.2016	07.03.2016	-
Kleinstmuster, Martin	I56640890	Musterkasse	852878	ED	DM2	01.03.2016	05.03.2016	23.05.2016
Musterberg, Manuela	W426630508	Musterkasse	235850	ED	DM2	01.03.2016	05.03.2016	23.05.2016
Musterberg, Margoth	V427825332	Musterkasse	917522	ED	DM2	01.03.2016	07.03.2016	23.05.2016
Musterberg, Markus	C180469198	Musterkasse	603924	TE	KHK, AB	01.03.2016	07.03.2016	-
Musterberg, Michaela	U588650608	Musterkasse	554731	ED	DM2	01.03.2016	04.03.2016	23.05.2016
Musterberg, Micky	C759788499	Musterkasse	334237	TE	AB, DM2	01.03.2016	04.03.2016	-
Musterfrau, Max	J288524745	Musterkasse	682609	ED	DM2	01.03.2016	05.03.2016	23.05.2016
Mustermann, Marcus	X130523716	Musterkasse	872775	ED	DM2	01.03.2016	04.03.2016	23.05.2016
Mustermann, Maxi	H215060823	Musterkasse	293768	ED	DM2	01.03.2016	07.03.2016	23.05.2016
Mustermann, Maximilian	D218606712	Musterkasse	755565	ED	DM2	01.03.2016	04.03.2016	23.05.2016
Mustermann, Michelle	E299102944	Musterkasse	379185	ED	DM2	01.03.2016	03.03.2016	23.05.2016
Musterson, Margoth	W368828301	Musterkasse	209298	ED	DM2	01.03.2016	06.03.2016	23.05.2016
Musterson, Maria	I9438750	Musterkasse	566027	ED	DM2	01.03.2016	06.03.2016	23.05.2016
Randmuster, Maximilian	Z160997988	Musterkasse	942798	TE	KHK, DM1, AB	01.03.2016	05.03.2016	-

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, Margoth	B839868301	Musterkasse	54565	ED	BK	28.01.2016	24.02.2016
Doppelmuster, Markus	N689088836	Musterkasse	132512	FD	BK	29.02.2016	02.03.2016
Doppelmuster, Molly	M298562327	Musterkasse	918518	TE	BK	26.02.2016	29.02.2016
Großmuster, Margda	Q470354754	Musterkasse	712123	ED	BK	26.02.2016	26.02.2016
Großmuster, Moritz	E524469691	Musterkasse	761456	FD	BK	10.02.2016	02.03.2016
Heimmuster, Manuela	J411307976	Musterkasse	968486	FD	BK	22.02.2016	02.03.2016
Heimmuster, Martin	P87027062	Musterkasse	810351	ED	BK	03.03.2016	03.03.2016
Heimmuster, Maximilian	X191991986	Musterkasse	239991	FD	BK	25.02.2016	02.03.2016
Heimmuster, Michaela	H74417652	Musterkasse	821070	FD	BK	25.02.2016	02.03.2016
Kleinstmuster, Marcus	D410081645	Musterkasse	430110	ED	BK	03.03.2016	03.03.2016
Kleinstmuster, Maria	T433495832	Musterkasse	268671	TE	DM1, AB	03.03.2016	03.03.2016
Kleinstmuster, Martin	I56640890	Musterkasse	852878	ED	BK	13.01.2016	24.02.2016
Musterberg, Manuela	W426630508	Musterkasse	235850	FD	BK	17.02.2016	02.03.2016
Musterberg, Margoth	V427825332	Musterkasse	917522	TE	BK	23.02.2016	29.02.2016
Musterberg, Markus	C180469198	Musterkasse	603924	TE	KHK, AB	03.03.2016	03.03.2016
Musterberg, Michaela	U588650608	Musterkasse	554731	FD	BK	23.02.2016	02.03.2016
Musterberg, Micky	C759788499	Musterkasse	334237	TE	AB, DM2	03.03.2016	03.03.2016
Musterfrau, Max	J288524745	Musterkasse	682609	ED	BK	03.03.2016	03.03.2016
Mustermann, Marcus	X130523716	Musterkasse	872775	FD	BK	15.02.2016	02.03.2016
Mustermann, Maxi	H215060823	Musterkasse	293768	FD	BK	01.03.2016	01.03.2016
Mustermann, Maximilian	D218606712	Musterkasse	755565	ED	BK	24.02.2016	24.02.2016
Mustermann, Michelle	E299102944	Musterkasse	379185	FD	BK	25.02.2016	02.03.2016
Musterson, Margoth	W368828301	Musterkasse	209298	FD	BK	01.03.2016	01.03.2016
Musterson, Maria	I9438750	Musterkasse	566027	ED	BK	10.02.2016	02.03.2016
Randmuster, Maximilian	Z160997988	Musterkasse	942798	TE	KHK, DM1, AB	03.03.2016	03.03.2016

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, Margoth	B839868301	Musterkasse	54565	KHK	ED
Doppelmuster, Markus	N689088836	Musterkasse	132512	KHK	ED
Doppelmuster, Molly	M298562327	Musterkasse	918518	KHK	ED
Großmuster, Margda	Q470354754	Musterkasse	712123	KHK	ED
Großmuster, Moritz	E524469691	Musterkasse	761456	KHK	ED
Heimmuster, Manuela	J411307976	Musterkasse	968486	KHK	ED
Heimmuster, Martin	P87027062	Musterkasse	810351	KHK	ED
Heimmuster, Maximilian	X191991986	Musterkasse	239991	KHK	ED
Heimmuster, Michaela	H74417652	Musterkasse	821070	KHK	ED
Kleinmuster, Marcus	D410081645	Musterkasse	430110	KHK	ED
Kleinmuster, Maria	T433495832	Musterkasse	268671	KHK	ED
Kleinmuster, Martin	I56640890	Musterkasse	852878	KHK	ED
Musterberg, Manuela	W426630508	Musterkasse	235850	KHK	ED
Musterberg, Margoth	V427825332	Musterkasse	917522	KHK	ED
Musterberg, Markus	C180469198	Musterkasse	603924	KHK	ED
Musterberg, Michaela	U588650608	Musterkasse	554731	KHK	ED
Musterberg, Micky	C759788499	Musterkasse	334237	KHK	ED
Musterfrau, Max	J288524745	Musterkasse	682609	KHK	ED
Mustermann, Marcus	X130523716	Musterkasse	872775	KHK	ED
Mustermann, Maxi	H215060823	Musterkasse	293768	KHK	ED
Mustermann, Maximilian	D218606712	Musterkasse	755565	KHK	ED
Mustermann, Michelle	E299102944	Musterkasse	379185	KHK	ED
Musterson, Margoth	W368828301	Musterkasse	209298	KHK	ED
Musterson, Maria	I9438750	Musterkasse	566027	KHK	ED
Randmuster, Maximilian	Z160997988	Musterkasse	942798	KHK	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, Margoth	B839868301	Musterkasse	54565	FD	DM1	27.02.2016	06.02.2016	3 Monate
Doppelmuster, Markus	N689088836	Musterkasse	132512	FD	DM1	27.02.2016	02.01.2016	3 Monate
Doppelmuster, Molly	M298562327	Musterkasse	918518	FD	DM1	23.02.2016	14.02.2016	3 Monate
Großmuster, Margda	Q470354754	Musterkasse	712123	FD	DM1	27.02.2016	16.02.2016	3 Monate
Großmuster, Moritz	E524469691	Musterkasse	761456	FD	DM1	23.02.2016	07.01.2016	3 Monate
Heimmuster, Manuela	J411307976	Musterkasse	968486	FD	DM1	09.02.2016	29.01.2016	3 Monate
Heimmuster, Martin	P87027062	Musterkasse	810351	FD	DM1	24.02.2016	10.02.2016	3 Monate
Heimmuster, Maximilian	X191991986	Musterkasse	239991	FD	DM1	24.02.2016	10.02.2016	3 Monate
Heimmuster, Michaela	H74417652	Musterkasse	821070	FD	DM1	27.02.2016	03.02.2016	3 Monate
Kleinstmuster, Marcus	D410081645	Musterkasse	430110	FD	DM1	10.02.2016	26.01.2016	3 Monate
Kleinstmuster, Maria	T433495832	Musterkasse	268671	FD	DM1	10.02.2016	25.01.2016	3 Monate
Kleinstmuster, Martin	I56640890	Musterkasse	852878	FD	DM1	23.02.2016	05.02.2016	3 Monate
Musterberg, Manuela	W426630508	Musterkasse	235850	FD	DM1	19.02.2016	15.02.2016	3 Monate
Musterberg, Margoth	V427825332	Musterkasse	917522	FD	DM1	27.02.2016	25.01.2016	3 Monate
Musterberg, Markus	C180469198	Musterkasse	603924	FD	DM1	10.02.2016	13.01.2016	3 Monate
Musterberg, Michaela	U588650608	Musterkasse	554731	FD	DM1	27.02.2016	07.02.2016	3 Monate
Musterberg, Micky	C759788499	Musterkasse	334237	FD	DM1	09.02.2016	29.01.2016	3 Monate
Musterfrau, Max	J288524745	Musterkasse	682609	FD	DM1	11.02.2016	19.01.2016	3 Monate
Mustermann, Marcus	X130523716	Musterkasse	872775	FD	DM1	17.02.2016	10.01.2016	3 Monate
Mustermann, Maxi	H215060823	Musterkasse	293768	FD	DM1	27.02.2016	30.01.2016	3 Monate
Mustermann, Maximilian	D218606712	Musterkasse	755565	FD	DM1	19.02.2016	22.01.2016	3 Monate
Mustermann, Michelle	E299102944	Musterkasse	379185	FD	DM1	23.02.2016	18.02.2016	3 Monate
Musterson, Margoth	W368828301	Musterkasse	209298	FD	DM1	27.02.2016	04.01.2016	3 Monate
Musterson, Maria	I9438750	Musterkasse	566027	FD	DM1	24.02.2016	09.01.2016	3 Monate
Randmuster, Maximilian	Z160997988	Musterkasse	942798	FD	DM1	08.02.2016	16.01.2016	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, Margoth	B839868301	Musterkasse	54565	P	FD	DM1	15.11.2015	27.02.2016	21.02.2016
Doppelmuster, Markus	N689088836	Musterkasse	132512	P	FD	DM1	03.12.2015	25.02.2016	21.02.2016
Doppelmuster, Molly	M298562327	Musterkasse	918518	P	FD	DM1	05.11.2015	25.02.2016	21.02.2016
Großmuster, Margda	Q470354754	Musterkasse	712123	P	FD	DM1	26.11.2015	24.02.2016	21.02.2016
Großmuster, Moritz	E524469691	Musterkasse	761456	P	FD	DM1	15.12.2015	02.03.2016	21.02.2016
Heimmuster, Manuela	J411307976	Musterkasse	968486	P	FD	DM1	09.12.2015	23.02.2016	21.02.2016
Heimmuster, Martin	P87027062	Musterkasse	810351	P	ED	DM1	19.11.2015	24.02.2016	21.02.2016
Heimmuster, Maximilian	X191991986	Musterkasse	239991	P	FD	DM1	06.12.2015	23.02.2016	21.02.2016
Heimmuster, Michaela	H74417652	Musterkasse	821070	P	FD	DM1	30.12.2015	27.02.2016	21.02.2016
Kleinstmuster, Marcus	D410081645	Musterkasse	430110	P	ED	DM1	12.12.2015	26.02.2016	21.02.2016
Kleinstmuster, Maria	T433495832	Musterkasse	268671	P	ED	DM1	13.11.2015	22.02.2016	21.02.2016
Kleinstmuster, Martin	I56640890	Musterkasse	852878	P	FD	DM1	12.10.2015	28.02.2016	21.02.2016
Musterberg, Manuela	W426630508	Musterkasse	235850	P	FD	DM1	18.12.2015	24.02.2016	21.02.2016
Musterberg, Margoth	V427825332	Musterkasse	917522	P	FD	DM1	28.10.2015	24.02.2016	21.02.2016
Musterberg, Markus	C180469198	Musterkasse	603924	P	ED	DM1	04.11.2015	05.03.2016	21.02.2016
Musterberg, Michaela	U588650608	Musterkasse	554731	P	FD	DM1	07.10.2015	04.03.2016	21.02.2016
Musterberg, Micky	C759788499	Musterkasse	334237	P	ED	DM1	25.10.2015	24.02.2016	21.02.2016
Musterfrau, Max	J288524745	Musterkasse	682609	P	ED	DM1	04.10.2015	22.02.2016	21.02.2016
Mustermann, Marcus	X130523716	Musterkasse	872775	P	FD	DM1	28.10.2015	03.03.2016	21.02.2016
Mustermann, Maxi	H215060823	Musterkasse	293768	P	FD	DM1	23.11.2015	03.03.2016	21.02.2016
Mustermann, Maximilian	D218606712	Musterkasse	755565	P	FD	DM1	11.10.2015	22.02.2016	21.02.2016
Mustermann, Michelle	E299102944	Musterkasse	379185	P	FD	DM1	15.10.2015	01.03.2016	21.02.2016
Musterson, Margoth	W368828301	Musterkasse	209298	P	FD	DM1	22.11.2015	29.02.2016	21.02.2016
Musterson, Maria	I9438750	Musterkasse	566027	P	FD	DM1	20.11.2015	28.02.2016	21.02.2016
Randmuster, Maximilian	Z160997988	Musterkasse	942798	P	ED	DM1	12.12.2015	26.02.2016	21.02.2016

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, Margoth	B839868301	Musterkasse	54565	FD	AB	08.02.2016	03.03.2016
Doppelmuster, Markus	N689088836	Musterkasse	132512	FD	AB	23.02.2016	03.03.2016
Doppelmuster, Molly	M298562327	Musterkasse	918518	FD	AB	22.02.2016	03.03.2016
Großmuster, Margda	Q470354754	Musterkasse	712123	FD	AB	11.02.2016	03.03.2016
Großmuster, Moritz	E524469691	Musterkasse	761456	ED	AB	29.02.2016	03.03.2016
Heimmuster, Manuela	J411307976	Musterkasse	968486	ED	AB	26.02.2016	03.03.2016
Heimmuster, Martin	P87027062	Musterkasse	810351	ED	AB	18.02.2016	03.03.2016
Heimmuster, Maximilian	X191991986	Musterkasse	239991	ED	AB	29.02.2016	03.03.2016
Heimmuster, Michaela	H74417652	Musterkasse	821070	FD	AB	10.02.2016	03.03.2016
Kleinmuster, Marcus	D410081645	Musterkasse	430110	ED	AB	15.02.2016	03.03.2016
Kleinmuster, Maria	T433495832	Musterkasse	268671	TE	DM1, AB	29.02.2016	03.03.2016
Kleinmuster, Martin	I56640890	Musterkasse	852878	FD	AB	11.02.2016	03.03.2016
Musterberg, Manuela	W426630508	Musterkasse	235850	FD	AB	18.02.2016	03.03.2016
Musterberg, Margoth	V427825332	Musterkasse	917522	FD	AB	18.02.2016	03.03.2016
Musterberg, Markus	C180469198	Musterkasse	603924	TE	KHK, AB	23.02.2016	03.03.2016
Musterberg, Michaela	U588650608	Musterkasse	554731	FD	AB	11.02.2016	03.03.2016
Musterberg, Micky	C759788499	Musterkasse	334237	TE	AB, DM2	29.02.2016	03.03.2016
Musterfrau, Max	J288524745	Musterkasse	682609	ED	AB	23.02.2016	03.03.2016
Mustermann, Marcus	X130523716	Musterkasse	872775	ED	AB	19.02.2016	03.03.2016
Mustermann, Maxi	H215060823	Musterkasse	293768	FD	AB	18.02.2016	03.03.2016
Mustermann, Maximilian	D218606712	Musterkasse	755565	FD	AB	26.02.2016	03.03.2016
Mustermann, Michelle	E299102944	Musterkasse	379185	FD	AB	23.02.2016	03.03.2016
Musterson, Margoth	W368828301	Musterkasse	209298	FD	AB	15.02.2016	03.03.2016
Musterson, Maria	I9438750	Musterkasse	566027	ED	AB	23.02.2016	03.03.2016
Randmuster, Maximilian	Z160997988	Musterkasse	942798	TE	KHK, DM1, AB	04.02.2016	03.03.2016

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

Diese Dokumentationen und TE werden nicht weiter verarbeitet.

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

Übersicht: nicht prozesskonforme Dokumentationen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Grund der Stornierung
Doppelmuster, Margoth	B839868301	Musterkasse	54565	FD	AB	23.02.2016	03.03.2016	33
Doppelmuster, Markus	N689088836	Musterkasse	132512	FD	AB	23.02.2016	03.03.2016	29
Doppelmuster, Molly	M298562327	Musterkasse	918518	FD	AB	15.02.2016	03.03.2016	33
Großmuster, Margda	Q470354754	Musterkasse	712123	FD	AB	18.02.2016	03.03.2016	33
Großmuster, Moritz	E524469691	Musterkasse	761456	FD	AB	12.02.2016	03.03.2016	33
Heimmuster, Manuela	J411307976	Musterkasse	968486	FD	AB	24.02.2016	03.03.2016	28
Heimmuster, Martin	P87027062	Musterkasse	810351	FD	AB	04.02.2016	03.03.2016	28
Heimmuster, Maximilian	X191991986	Musterkasse	239991	FD	AB	03.02.2016	03.03.2016	29
Heimmuster, Michaela	H74417652	Musterkasse	821070	FD	AB	09.02.2016	03.03.2016	33
Kleinmuster, Marcus	D410081645	Musterkasse	430110	FD	AB	22.02.2016	03.03.2016	28
Kleinmuster, Maria	T433495832	Musterkasse	268671	FD	AB	29.02.2016	03.03.2016	29
Kleinmuster, Martin	I56640890	Musterkasse	852878	FD	AB	29.02.2016	03.03.2016	28
Musterberg, Manuela	W426630508	Musterkasse	235850	FD	AB	05.02.2016	03.03.2016	28
Musterberg, Margoth	V427825332	Musterkasse	917522	FD	AB	26.02.2016	03.03.2016	28
Musterberg, Markus	C180469198	Musterkasse	603924	FD	AB	09.02.2016	03.03.2016	29
Musterberg, Michaela	U588650608	Musterkasse	554731	FD	AB	19.02.2016	03.03.2016	33
Musterberg, Micky	C759788499	Musterkasse	334237	FD	AB	04.02.2016	03.03.2016	29
Musterfrau, Max	J288524745	Musterkasse	682609	FD	AB	23.02.2016	03.03.2016	28
Mustermann, Marcus	X130523716	Musterkasse	872775	FD	AB	09.02.2016	03.03.2016	29
Mustermann, Maxi	H215060823	Musterkasse	293768	FD	AB	16.02.2016	03.03.2016	33
Mustermann, Maximilian	D218606712	Musterkasse	755565	FD	AB	11.02.2016	03.03.2016	29
Mustermann, Michelle	E299102944	Musterkasse	379185	FD	AB	09.02.2016	03.03.2016	29
Musterson, Margoth	W368828301	Musterkasse	209298	FD	AB	09.02.2016	03.03.2016	33
Musterson, Maria	I9438750	Musterkasse	566027	FD	AB	18.02.2016	03.03.2016	28
Randmuster, Maximilian	Z160997988	Musterkasse	942798	FD	AB	25.02.2016	03.03.2016	28

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation

Belegtypen: ED = Erstdokumentation,
FD = Folgedokumentation

Stornogründe: 28 - ungültiges Format nach Versionsumstellung
29 - ungültiges Format vor Versionsumstellung
33 - Erstdokumentation im laufenden DMP-Fall (keine Vergütung)

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

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

Übersicht: Fallbeendigungen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	DMP-Diagnose	Grund der Beendigung
Doppelmuster, Margoth	B839868301	Musterkasse	54565	DM2	05
Doppelmuster, Markus	N689088836	Musterkasse	132512	DM2	05
Doppelmuster, Molly	M298562327	Musterkasse	918518	DM2	02
Großmuster, Margda	Q470354754	Musterkasse	712123	DM2	15
Großmuster, Moritz	E524469691	Musterkasse	761456	DM2	19
Heimmuster, Manuela	J411307976	Musterkasse	968486	DM2	18
Heimmuster, Martin	P87027062	Musterkasse	810351	DM2	03
Heimmuster, Maximilian	X191991986	Musterkasse	239991	DM2	20
Heimmuster, Michaela	H74417652	Musterkasse	821070	DM2	02
Kleinmuster, Marcus	D410081645	Musterkasse	430110	DM2	20
Kleinmuster, Maria	T433495832	Musterkasse	268671	DM2	20
Kleinmuster, Martin	I56640890	Musterkasse	852878	DM2	17
Musterberg, Manuela	W426630508	Musterkasse	235850	DM2	02
Musterberg, Margoth	V427825332	Musterkasse	917522	DM2	19
Musterberg, Markus	C180469198	Musterkasse	603924	DM2	03
Musterberg, Michaela	U588650608	Musterkasse	554731	DM2	16
Musterberg, Micky	C759788499	Musterkasse	334237	DM2	19
Musterfrau, Max	J288524745	Musterkasse	682609	DM2	16
Mustermann, Marcus	X130523716	Musterkasse	872775	DM2	01
Mustermann, Maxi	H215060823	Musterkasse	293768	DM2	18
Mustermann, Maximilian	D218606712	Musterkasse	755565	DM2	15
Mustermann, Michelle	E299102944	Musterkasse	379185	DM2	19
Musterson, Margoth	W368828301	Musterkasse	209298	DM2	03
Musterson, Maria	I9438750	Musterkasse	566027	DM2	15
Randmuster, Maximilian	Z160997988	Musterkasse	942798	DM2	19

Gründe der Fallbeendigungen:

- 01 - Patient verstorben
- 02 - Patient ausgetreten
- 03 - Patient nicht einschreibungswürdig
- 05 - Kassenwechsel
- 15 - Arztwechsel
- 16 - verfahrensbedingt durch Krankenkasse
- 17 - Folgedokumentation vor der Erstdokumentation eingegangen
- 18 - zwei fehlende Folgedokumentationen
- 19 - fehlende Teilnahmeerklärung
- 20 - zwei unbegründet abgelehnte Schulungen
- 23 - Rezidivfreiheit älter 5½ 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
05.10.2015	CD	Datenträger nicht lesbar ID: 13008642
29.02.2016	CD	Nur Begleitdatei vorhanden, XKM-Datei fehlt ID: 13153529 199123400_20160225122148_1_KHK.idx 199123400_20160225122147_1_AB.idx 199123400_20160225122148_1_COPD.idx 199123400_20160225122148_1_DM2.idx
01.02.2016	CD	Datenlieferung enthielt keine DMP-Daten ID: 13128554 DMPs1.1.bis31.1.lnk
29.02.2016	CD	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt. ID: 13153828 851914900_20160226110020_1_DM2.zip.XKM
03.03.2016	CD	Nur Begleitdatei vorhanden, XKM-Datei fehlt ID: 13158918 188432200_20160303101618_1_COPD.idx 188432200_20160303101619_1_DM2.idx 188432200_20160303101616_1_AB.idx 188432200_20160303101620_1_KHK.idx
25.02.2016	CD	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt. ID: 13150604 878181800_20160224113438_1_DM2.zip.XKM
01.03.2016	CD	Datenlieferung enthielt keine DMP-Daten ID: 13155810 Z01188464100_07.01.2016_15.24.con.XKM Z01188464100_27.12.2013_13.38.con.XKM Z01188464100_28.03.2014_12.57.con.XKM Z01188453900_01.10.2010_12.17.con.XKM Z01188453900_27.09.2011_17.06.con.XKM Z01188453900_31.03.2011_18.28.con.XKM Z01188464100_01.10.2014_12.40.con.XKM Z01188464100_02.04.2012_07.29.con.XKM Z01188464100_30.06.2014_18.06.con.XKM Z01188464100_30.09.2013_18.31.con.XKM Z01188453900_01.01.2011_19.54.con.XKM Z01188453900_01.07.2010_09.33.con.XKM Z01188453900_01.07.2011_15.09.con.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.

INTER-FORUM 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: 09.03.2016

DMP - zu erstellende Folgedokumentationen im laufenden Quartal (Reminder)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Sicherung des Erfolgs von DMP haben die Vertragspartner den Aufbau einer Reminderfunktion vereinbart. Diese soll Sie dabei unterstützen, die erforderlichen Folgedokumentationen zeitgerecht zu erstellen und - soweit noch erforderlich - mit Ihren Patienten Termine zu vereinbaren.

Als Anlage erhalten Sie eine Übersicht der Patienten, für die in diesem Quartal eine Folgedokumentation fällig ist, bisher aber keine Unterlagen eingegangen sind. Sollten Sie innerhalb der letzten 7 Werktage Folgedokumentationen an uns gesandt haben, so sind diese in der Information nicht berücksichtigt.

Bitte stellen Sie sicher, dass für diese Patienten eine Folgedokumentation erstellt und fristgerecht an uns weitergeleitet wird.

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

Mit freundlichen Grüßen

INTER-FORUM GmbH

Übersicht: zu erstellende Folgedokumentationen im laufenden Quartal (Reminder)

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Dokumentationsintervall
Doppelmuster, Markus	J352638389	Musterkasse	429377	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Doppelmuster, Martin	G517418039	Musterkasse	57157	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Doppelmuster, Martina	V189601524	Musterkasse	623885	FD	DM2	23.11.2015	3 Monate
Fremdmuster, Martin	E482285554	Musterkasse	564882	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Fremdmuster, Michael	L429930415	Musterkasse	118021	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Großmuster, Manuela	B735518292	Musterkasse	369321	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Heimmuster, Maximilian	S318324175	Musterkasse	472079	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Heimmuster, Michelle	S344232449	Musterkasse	803217	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Heimmuster, Michelle	N580817650	Musterkasse	919653	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Kleinstmuster, Michael	X638204940	Musterkasse	529507	FD	DM2	11.11.2015	3 Monate
Muster, Michael	G125833952	Musterkasse	926244	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Musterfrau, Michaela	Z494137245	Musterkasse	445910	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Musterfrau, Moritz	J926805585	Musterkasse	814033	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Mustermann, Martha	Y609090625	Musterkasse	41323	FD	DM2	01.06.2015	6 Monate
Mustermann, Martina	V524941120	Musterkasse	318019	FD	DM2	25.11.2015	3 Monate
Mustermann, Maxi	U192197645	Musterkasse	92980	FD	DM2	19.10.2015	3 Monate
Mustermann, Molly	H976268745	Musterkasse	694329	FD	DM2	09.11.2015	3 Monate
Musterson, Margda	I873825890	Musterkasse	945016	FD	DM2	23.11.2015	3 Monate
Musterson, Markus	Q504669390	Musterkasse	59092	FD	DM2	01.06.2015	6 Monate
Musterson, Markus	Q43865890	Musterkasse	364331	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Musterson, Michaela	E902001998	Musterkasse	942218	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Musterson, Michelle	R924386609	Musterkasse	250976	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Randmuster, Moritz	L699943940	Musterkasse	761269	FD	DM2	01.12.2015	3 Monate
Von Muster, Markus	S377026876	Musterkasse	579625	FD	DM2	12.11.2015	3 Monate
Von Muster, Martina	N823666831	Musterkasse	572864	FD	DM2	01.12.2015	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 = Ausstellungsdatum der Dokumentation

Belegtypen: ED = Erstdokumentation,
FD = Folgedokumentation

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

Bitte stellen Sie sicher, dass für diese Patienten eine Folgedokumentation erstellt und fristgerecht weitergeleitet wird.

INTER-FORUM 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: 09.03.2016

DMP - Korrektur von Dokumentationen und TE

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Dokumentationsdaten sowie Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE) sind bei uns eingegangen. Nach Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität wird eine Ergänzung bzw. Korrektur für die beiliegenden Belege notwendig.

Als Anlage finden Sie die Erläuterungen zur Korrektur sowie einen Ausdruck der entsprechenden Belege. Bei Dokumentationen wurden die medizinischen Parameter und die Kreuze maschinell in den Beleg eingedruckt und stimmen genau mit Ihren bisherigen Angaben überein.

- Bitte berichtigen Sie die entsprechenden Angaben und vermerken Sie bei Dokumentationen 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 GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 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 GmbH

**Sofern wir Ihnen Korrekturen zu Dokumentationen 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 (TE) und Dokumentationen zu geben, übersenden wir Ihnen regelmäßig Informationen über den Bearbeitungsstand. **Es sind nur für Sie zutreffende Anlagen diesem Schreiben beigelegt.**

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

Bitte beachten Sie, dass seit dem 01.07.2015 zur Erstellung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Diagnosen Diabetes mellitus und KHK lediglich die neuen Formulare mit den Formularschlüsseln 010D und 030C 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

INTER-FORUM GmbH

D172733360

Fremdmuster, Maria

Erstdokumentation (DM2)

Unterschriftsdatum: 01.07.2015

Eingangsdatum: 02.07.2015

Kopfdaten

DMP-Fallnummer: Die DMP-Fallnummer ist ein Pflichtfeld. Bitte füllen Sie es aus! Zulässig ist eine maximal siebenstellige, beliebige alphanumerische Angabe.

Krankenkasse bzw. Kostenträger Musterkasse		
Name, Vorname des Versicherten Fremdmuster Maria		
		geb. am 14.08.1931
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
101575508	D172733360	30000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
020519398	022497901	25.06.2015

Korrekturformular Erstmalige Dokumentation Diabetes mellitus Typ 2

DMP-Fallnummer

 Dokumentation in Vertretung erstellt **705407**

Krankenhaus-IK

Arztstempel



9 0 0 6 9 7 3 8 1 6 9 0 1 7

X11A

Einschreibung	Einschreibung wegen	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 <input type="checkbox"/> oder <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz (nur bei Einschr. wg. KHK)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> KHK				

Anamnese- und Befunddaten	Geschlecht	<input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Raucher/in	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Begleiterkrankungen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input checked="" type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Chronische Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> AVK <input checked="" type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie <input type="checkbox"/> COPD	
Pulsstatus	<input type="checkbox"/> nicht erhoben <input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	Fußstatus	<input type="checkbox"/> nicht erhoben bei auffälligem Fußstatus: <input checked="" type="checkbox"/> unauffällig Grad nach Wagner/Armstrong <input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V und <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
Sensibilitätsprüfung	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt <input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig			
Injektionsstellen	<input type="checkbox"/> nicht untersucht <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	Körpergewicht	77 kg	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung <input type="checkbox"/> nicht untersucht <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Blutdruck	140 / 80 mmHg	Körpergröße	1,63 m	Spätfolgen <input type="checkbox"/> Diabetische Nephropathie <input type="checkbox"/> Diabetische Neuropathie <input type="checkbox"/> Diabetische Retinopathie
eGFR	106 ml/min/1,73m ² KOF <input type="checkbox"/> nicht bestimmt			
HbA _{1c}	<input type="checkbox"/> mmol/mol oder 08,1 %			

Relevante Ereignisse	<input type="checkbox"/> Nierenersatztherapie <input type="checkbox"/> Erblindung <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input checked="" type="checkbox"/> keine der genannten Ereignisse
-----------------------------	---

Medikamente	Glibenclamid	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraind.	Insulin oder Insulin-Analoga	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
	Metformin	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraind.	Sonstige orale antidiabetische Medikation	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Betablocker	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraind.	Thiaziddiuretika, einschl. Chlorthalidon	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraind.
			HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraind.
			Thrombozytenaggregationshemmer	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraind. <input type="checkbox"/> orale Antikoagulation
			ACE-Hemmer	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraind. <input type="checkbox"/> AT1-Rezeptorantagonisten

Schulung	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes-Schulung <input type="checkbox"/> Hypertonie-Schulung <input type="checkbox"/> keine
-----------------	--	---

Behandlungsplanung	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Tabakverzicht <input type="checkbox"/> körperliches Training <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	Dokumentationsintervall	<input checked="" type="checkbox"/> quartalsweise <input type="checkbox"/> jedes zweite Quartal
	HbA _{1c} -Zielwert	<input type="checkbox"/> Zielwert erreicht <input checked="" type="checkbox"/> Zielwert noch nicht erreicht	Datum der Erstellung	01.07.2015
	Diabetesbezogene stationäre Einweisung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> veranlasst	Datum der Korrektur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> veranlasst		

V693078417

Fremdmuster, Margoth

TeEwE (DM2)

Unterschriftsdatum: 02.02.2016

Eingangsdatum: 24.02.2016

Kopfdaten

Name: Der Name des Patienten muss angegeben werden.

Unterschriftsdatum: 01.07.2015

Eingangsdatum: 01.07.2015

Kopfdaten

DMP-Fallnummer: Die DMP-Fallnummer ist ein Pflichtfeld. Bitte füllen Sie es aus! Zulässig ist eine maximal siebenstellige, beliebige alphanumerische Angabe.

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten
Randmuster Margda geb. am **17.02.2013**

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
101520181 V491947641 50000

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum
028818050 776550001 01.07.2015

Korrekturformular Verlaufsdocumentation Diabetes mellitus Typ 2

DMP-Fallnummer

Dokumentation in Vertretung erstellt **566462**

Krankenhaus-IK

Arztstempel



X12A

Einschreibung

Einschreibung wegen Asthma bronchiale Diabetes mellitus Typ 1
 KHK oder COPD Diabetes mellitus Typ 2

Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz (nur bei Einschr. wg. KHK)
 ja nein

Anamnese- und Befunddaten

Geschlecht weiblich männlich Raucher/in ja nein

Begleiterkrankungen keine Diabetes mellitus AVK
 Fettstoffwechselstörung KHK Arterielle Hypertonie
 Asthma bronchiale Chronische Herzinsuffizienz COPD

Pulsstatus nicht erhoben unauffällig auffällig Fußstatus nicht erhoben bei auffälligem Fußstatus: 0 I II III IV V
 unauffällig Grad nach Wagner/Armstrong und A B C D
 auffällig

Sensibilitätsprüfung nicht durchgeführt unauffällig auffällig

Injektionsstellen nicht untersucht unauffällig auffällig Körpergewicht **74** kg
 Blutdruck **130** / **70** mmHg Körpergröße **1,64** m
 eGFR **90** ml/min/1,73m²KOF nicht bestimmt
 HbA_{1c} mmol/mol oder **05,5** %

Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung
 nicht untersucht ja nein

Spätfolgen
 Diabetische Nephropathie Diabetische Neuropathie Diabetische Retinopathie

Relevante Ereignisse

Nierenersatztherapie Erblindung Amputation Herzinfarkt Schlaganfall keine der genannten Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Aufenthalte wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation **0** Anzahl Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation **0** Anzahl

Medikamente

Glibenclamid ja nein Kontraind.
 Metformin ja nein Kontraind.
 Betablocker ja nein Kontraind.

Insulin oder Insulin-Analoga ja nein
 Sonstige orale antidiabetische Medikation ja nein
 Thiaziddiuretika, einschl. Chlorthalidon ja nein Kontraind.
 HMG-CoA-Reduktase-Hemmer ja nein Kontraind.
 Thrombozytenaggregationshemmer ja nein Kontraind. orale Antikoagulation
 ACE-Hemmer ja nein Kontraind. AT1-Rezeptorantagonisten

Schulung

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) Diabetes-Schulung Hypertonie-Schulung keine
 Empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen ja nein war aktuell nicht möglich bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
 Empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen ja nein war aktuell nicht möglich bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Behandlungsplanung

Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkasse Tabakverzicht körperliches Training
 Ernährungsberatung

HbA_{1c}-Zielwert Zielwert erreicht Zielwert noch nicht erreicht

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation durchgeführt nicht durchgeführt veranlasst

Diabetesbezogene stationäre Einweisung ja nein veranlasst

Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung ja nein veranlasst

Dokumentationsintervall quartalsweise jedes zweite Quartal

Datum der Erstellung **01.07.2015**

Datum der Korrektur

Unterschriftsdatum: 07.05.2015

Eingangsdatum: 20.05.2015

Falsches Formular

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.

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, Martina	I615884252	Musterkasse	501176	FD	BK	29.02.2016	05.03.2016	23.05.2016
Doppelmuster, Micky	D480875368	Musterkasse	627274	TE	KHK, DM1, AB	03.03.2016	05.03.2016	-
Fremdmuster, Maria	R684508334	Musterkasse	698731	TE	DM1, AB	03.03.2016	07.03.2016	-
Fremdmuster, Michelle	D761431147	Musterkasse	91151	FD	BK	10.02.2016	05.03.2016	23.05.2016
Großmuster, Margoth	A17050032	Musterkasse	492894	ED	BK	03.03.2016	05.03.2016	23.05.2016
Großmuster, Max	S812290078	Musterkasse	28763	TE	KHK, AB	03.03.2016	06.03.2016	-
Heimmuster, Manuela	R485943651	Musterkasse	481267	ED	BK	13.01.2016	27.02.2016	23.05.2016
Heimmuster, Michaela	E538829133	Musterkasse	265199	FD	BK	17.02.2016	04.03.2016	23.05.2016
Heimmuster, Molly	O26904020	Musterkasse	881955	FD	BK	22.02.2016	04.03.2016	23.05.2016
Kleinstmuster, Maria	U700451579	Musterkasse	397082	TE	BK	26.02.2016	04.03.2016	-
Kleinstmuster, Max	I867233260	Musterkasse	824191	TE	BK	23.02.2016	04.03.2016	-
Kleinstmuster, Michael	O944078808	Musterkasse	720454	ED	BK	10.02.2016	03.03.2016	23.05.2016
Kleinstmuster, Michelle	N537455934	Musterkasse	441661	ED	BK	26.02.2016	28.02.2016	23.05.2016
Musterberg, Micky	G14100080	Musterkasse	895673	FD	BK	25.02.2016	06.03.2016	23.05.2016
Musterfrau, Margoth	U547160289	Musterkasse	226784	FD	BK	01.03.2016	04.03.2016	23.05.2016
Musterfrau, Maximilian	H954757724	Musterkasse	354877	FD	BK	23.02.2016	04.03.2016	23.05.2016
Musterfrau, Michael	E442001658	Musterkasse	227911	ED	BK	03.03.2016	07.03.2016	23.05.2016
Mustermann, Margoth	J917478477	Musterkasse	431028	ED	BK	24.02.2016	28.02.2016	23.05.2016
Mustermann, Micky	N158482023	Musterkasse	241173	FD	BK	25.02.2016	03.03.2016	23.05.2016
Muster, Margoth	V831079800	Musterkasse	751227	FD	BK	25.02.2016	02.03.2016	23.05.2016
Muster, Michael	Q116717069	Musterkasse	319831	FD	BK	15.02.2016	03.03.2016	23.05.2016
Musterson, Markus	M163089579	Musterkasse	611547	ED	BK	03.03.2016	07.03.2016	23.05.2016
Randmuster, Markus	T118515269	Musterkasse	836819	FD	BK	01.03.2016	02.03.2016	23.05.2016
Von Muster, Martha	B696256521	Musterkasse	768190	ED	BK	28.01.2016	27.02.2016	23.05.2016
Von Muster, Martina	C641927502	Musterkasse	575751	TE	AB, DM2	03.03.2016	04.03.2016	-

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation oder TE
 Datum Versand = Postausgangsdatum der Korrekturaufforderung an die Arztpraxis
 Fristablauf = spätestester 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, Margda	E430299265	Musterkasse	408936	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Doppelmuster, Martha	M989010038	Musterkasse	56315	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Doppelmuster, Maximilian	B213108888	Musterkasse	397297	TE	KHK, AB	24.02.2016	24.02.2016
Doppelmuster, Michael	G522110043	Musterkasse	626542	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Fremdmuster, Manuela	C477605213	Musterkasse	505243	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Fremdmuster, Marcus	Z806489233	Musterkasse	106164	TE	AB, DM2	19.01.2016	24.02.2016
Fremdmuster, Maximilian	Q933384217	Musterkasse	988470	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Fremdmuster, Michael	A76395537	Musterkasse	781369	TE	DM1, AB	01.02.2016	24.02.2016
Fremdmuster, Molly	P561288818	Musterkasse	34732	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Großmuster, Margoth	U340920130	Musterkasse	73612	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Großmuster, Martha	C398422162	Musterkasse	277355	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Großmuster, Martha	C168236280	Musterkasse	666857	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Großmuster, Martin	P244257873	Musterkasse	538628	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Großmuster, Micky	R903276407	Musterkasse	71771	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Kleinstmuster, Manuela	F473754137	Musterkasse	755049	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Kleinstmuster, Martina	O626537834	Musterkasse	939562	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Kleinstmuster, Max	C915238101	Musterkasse	555392	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Kleinstmuster, Maxi	Y869624670	Musterkasse	672257	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Musterberg, Markus	B214837055	Musterkasse	200814	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Musterberg, Martin	D743292542	Musterkasse	87420	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Musterson, Maria	Y504878217	Musterkasse	125723	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Randmuster, Maximilian	F956276735	Musterkasse	826173	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Randmuster, Michael	I112645562	Musterkasse	402732	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Randmuster, Micky	W573619191	Musterkasse	790113	FD	BK	24.02.2016	24.02.2016
Von Muster, Martha	R624053683	Musterkasse	367612	TE	KHK, DM1, AB	24.02.2016	24.02.2016

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, Margda	E430299265	Musterkasse	408936	KHK	ED
Doppelmuster, Martha	M989010038	Musterkasse	56315	KHK	ED
Doppelmuster, Maximilian	B213108888	Musterkasse	397297	KHK	ED
Doppelmuster, Michael	G522110043	Musterkasse	626542	KHK	ED
Fremdmuster, Manuela	C477605213	Musterkasse	505243	KHK	ED
Fremdmuster, Marcus	Z806489233	Musterkasse	106164	KHK	ED
Fremdmuster, Maximilian	Q933384217	Musterkasse	988470	KHK	ED
Fremdmuster, Michael	A76395537	Musterkasse	781369	KHK	ED
Fremdmuster, Molly	P561288818	Musterkasse	34732	KHK	ED
Großmuster, Margoth	U340920130	Musterkasse	73612	KHK	ED
Großmuster, Martha	C168236280	Musterkasse	666857	KHK	ED
Großmuster, Martha	C398422162	Musterkasse	277355	KHK	ED
Großmuster, Martin	P244257873	Musterkasse	538628	KHK	ED
Großmuster, Micky	R903276407	Musterkasse	71771	KHK	ED
Kleinstmuster, Manuela	F473754137	Musterkasse	755049	KHK	ED
Kleinstmuster, Martina	O626537834	Musterkasse	939562	KHK	ED
Kleinstmuster, Max	C915238101	Musterkasse	555392	KHK	ED
Kleinstmuster, Maxi	Y869624670	Musterkasse	672257	KHK	ED
Musterberg, Markus	B214837055	Musterkasse	200814	KHK	ED
Musterberg, Martin	D743292542	Musterkasse	87420	KHK	ED
Musterson, Maria	Y504878217	Musterkasse	125723	KHK	ED
Randmuster, Maximilian	F956276735	Musterkasse	826173	KHK	ED
Randmuster, Michael	I112645562	Musterkasse	402732	KHK	ED
Randmuster, Micky	W573619191	Musterkasse	790113	KHK	ED
Von Muster, Martha	R624053683	Musterkasse	367612	KHK	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, Margda	E430299265	Musterkasse	408936	FD	AB	18.02.2016	26.01.2016	3 Monate
Doppelmuster, Martha	M989010038	Musterkasse	56315	FD	AB	19.02.2016	23.01.2016	3 Monate
Doppelmuster, Maximilian	B213108888	Musterkasse	397297	FD	AB	23.02.2016	05.01.2016	3 Monate
Doppelmuster, Michael	G522110043	Musterkasse	626542	FD	AB	18.02.2016	03.02.2016	3 Monate
Fremdmuster, Manuela	C477605213	Musterkasse	505243	FD	AB	23.02.2016	05.02.2016	3 Monate
Fremdmuster, Marcus	Z806489233	Musterkasse	106164	FD	AB	29.02.2016	08.01.2016	3 Monate
Fremdmuster, Maximilian	Q933384217	Musterkasse	988470	FD	AB	23.02.2016	04.02.2016	6 Monate
Fremdmuster, Michael	A76395537	Musterkasse	781369	FD	AB	29.02.2016	19.02.2016	3 Monate
Fremdmuster, Molly	P561288818	Musterkasse	34732	FD	AB	11.02.2016	19.01.2016	3 Monate
Großmuster, Margoth	U340920130	Musterkasse	73612	FD	AB	23.02.2016	14.02.2016	3 Monate
Großmuster, Martha	C398422162	Musterkasse	277355	FD	AB	26.02.2016	10.01.2016	3 Monate
Großmuster, Martha	C168236280	Musterkasse	666857	FD	AB	15.02.2016	13.02.2016	3 Monate
Großmuster, Martin	P244257873	Musterkasse	538628	FD	AB	22.02.2016	01.01.2016	3 Monate
Großmuster, Micky	R903276407	Musterkasse	71771	FD	AB	18.02.2016	01.01.2016	3 Monate
Kleinmuster, Manuela	F473754137	Musterkasse	755049	FD	AB	23.02.2016	07.01.2016	3 Monate
Kleinmuster, Martina	O626537834	Musterkasse	939562	FD	AB	08.02.2016	06.02.2016	3 Monate
Kleinmuster, Max	C915238101	Musterkasse	555392	FD	AB	15.02.2016	13.02.2016	3 Monate
Kleinmuster, Maxi	Y869624670	Musterkasse	672257	FD	AB	29.02.2016	21.02.2016	3 Monate
Musterberg, Markus	B214837055	Musterkasse	200814	FD	AB	11.02.2016	26.01.2016	3 Monate
Musterberg, Martin	D743292542	Musterkasse	87420	FD	AB	29.02.2016	13.02.2016	3 Monate
Musterson, Maria	Y504878217	Musterkasse	125723	FD	AB	26.02.2016	13.02.2016	3 Monate
Randmuster, Maximilian	F956276735	Musterkasse	826173	FD	AB	18.02.2016	06.01.2016	3 Monate
Randmuster, Michael	I112645562	Musterkasse	402732	FD	AB	11.02.2016	21.01.2016	3 Monate
Randmuster, Micky	W573619191	Musterkasse	790113	FD	AB	10.02.2016	19.01.2016	3 Monate
Von Muster, Martha	R624053683	Musterkasse	367612	FD	AB	04.02.2016	11.01.2016	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, Margda	E430299265	Musterkasse	408936	P	FD	DM1	01.10.2015	27.02.2016	21.02.2016
Doppelmuster, Martha	M989010038	Musterkasse	56315	P	FD	DM1	22.10.2015	26.02.2016	21.02.2016
Doppelmuster, Maximilian	B213108888	Musterkasse	397297	P	FD	DM1	26.11.2015	25.02.2016	21.02.2016
Doppelmuster, Michael	G522110043	Musterkasse	626542	P	FD	DM1	13.12.2015	24.02.2016	21.02.2016
Fremdmuster, Manuela	C477605213	Musterkasse	505243	P	FD	DM1	10.12.2015	04.03.2016	21.02.2016
Fremdmuster, Marcus	Z806489233	Musterkasse	106164	P	FD	DM1	04.12.2015	06.03.2016	21.02.2016
Fremdmuster, Maximilian	Q933384217	Musterkasse	988470	P	FD	DM1	07.10.2015	26.02.2016	21.02.2016
Fremdmuster, Michael	A76395537	Musterkasse	781369	P	FD	DM1	26.10.2015	25.02.2016	21.02.2016
Fremdmuster, Molly	P561288818	Musterkasse	34732	P	FD	DM1	03.10.2015	24.02.2016	21.02.2016
Großmuster, Margoth	U340920130	Musterkasse	73612	P	FD	DM1	10.12.2015	05.03.2016	21.02.2016
Großmuster, Martha	C168236280	Musterkasse	666857	P	FD	DM1	25.12.2015	01.03.2016	21.02.2016
Großmuster, Martha	C398422162	Musterkasse	277355	P	FD	DM1	14.10.2015	24.02.2016	21.02.2016
Großmuster, Martin	P244257873	Musterkasse	538628	P	FD	DM1	01.10.2015	01.03.2016	21.02.2016
Großmuster, Micky	R903276407	Musterkasse	71771	P	FD	DM1	18.11.2015	07.03.2016	21.02.2016
Kleinstmuster, Manuela	F473754137	Musterkasse	755049	P	FD	DM1	26.10.2015	24.02.2016	21.02.2016
Kleinstmuster, Martina	O626537834	Musterkasse	939562	P	FD	DM1	09.12.2015	23.02.2016	21.02.2016
Kleinstmuster, Max	C915238101	Musterkasse	555392	P	FD	DM1	02.10.2015	22.02.2016	21.02.2016
Kleinstmuster, Maxi	Y869624670	Musterkasse	672257	P	FD	DM1	11.12.2015	23.02.2016	21.02.2016
Musterberg, Markus	B214837055	Musterkasse	200814	P	FD	DM1	27.11.2015	06.03.2016	21.02.2016
Musterberg, Martin	D743292542	Musterkasse	87420	P	FD	DM1	22.12.2015	25.02.2016	21.02.2016
Musterson, Maria	Y504878217	Musterkasse	125723	P	FD	DM1	21.11.2015	24.02.2016	21.02.2016
Randmuster, Maximilian	F956276735	Musterkasse	826173	P	FD	DM1	22.10.2015	29.02.2016	21.02.2016
Randmuster, Michael	I112645562	Musterkasse	402732	P	FD	DM1	15.10.2015	07.03.2016	21.02.2016
Randmuster, Micky	W573619191	Musterkasse	790113	P	FD	DM1	28.12.2015	26.02.2016	21.02.2016
Von Muster, Martha	R624053683	Musterkasse	367612	P	FD	DM1	06.11.2015	02.03.2016	21.02.2016

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, Margda	E430299265	Musterkasse	408936	FD	AB	26.02.2016	03.03.2016
Doppelmuster, Martha	M989010038	Musterkasse	56315	FD	AB	09.02.2016	03.03.2016
Doppelmuster, Maximilian	B213108888	Musterkasse	397297	TE	KHK, AB	09.02.2016	03.03.2016
Doppelmuster, Michael	G522110043	Musterkasse	626542	FD	AB	05.02.2016	03.03.2016
Fremdmuster, Manuela	C477605213	Musterkasse	505243	FD	AB	23.02.2016	03.03.2016
Fremdmuster, Marcus	Z806489233	Musterkasse	106164	TE	AB, DM2	04.02.2016	03.03.2016
Fremdmuster, Maximilian	Q933384217	Musterkasse	988470	FD	AB	23.02.2016	03.03.2016
Fremdmuster, Michael	A76395537	Musterkasse	781369	TE	DM1, AB	29.02.2016	03.03.2016
Fremdmuster, Molly	P561288818	Musterkasse	34732	FD	AB	19.02.2016	03.03.2016
Großmuster, Margoth	U340920130	Musterkasse	73612	FD	AB	18.02.2016	03.03.2016
Großmuster, Martha	C398422162	Musterkasse	277355	FD	AB	24.02.2016	03.03.2016
Großmuster, Martha	C168236280	Musterkasse	666857	FD	AB	22.02.2016	03.03.2016
Großmuster, Martin	P244257873	Musterkasse	538628	FD	AB	15.02.2016	03.03.2016
Großmuster, Micky	R903276407	Musterkasse	71771	FD	AB	16.02.2016	03.03.2016
Kleinstmuster, Manuela	F473754137	Musterkasse	755049	FD	AB	09.02.2016	03.03.2016
Kleinstmuster, Martina	O626537834	Musterkasse	939562	FD	AB	23.02.2016	03.03.2016
Kleinstmuster, Max	C915238101	Musterkasse	555392	FD	AB	09.02.2016	03.03.2016
Kleinstmuster, Maxi	Y869624670	Musterkasse	672257	FD	AB	12.02.2016	03.03.2016
Musterberg, Markus	B214837055	Musterkasse	200814	FD	AB	18.02.2016	03.03.2016
Musterberg, Martin	D743292542	Musterkasse	87420	FD	AB	03.02.2016	03.03.2016
Musterson, Maria	Y504878217	Musterkasse	125723	FD	AB	11.02.2016	03.03.2016
Randmuster, Maximilian	F956276735	Musterkasse	826173	FD	AB	04.02.2016	03.03.2016
Randmuster, Michael	I112645562	Musterkasse	402732	FD	AB	29.02.2016	03.03.2016
Randmuster, Micky	W573619191	Musterkasse	790113	FD	AB	09.02.2016	03.03.2016
Von Muster, Martha	R624053683	Musterkasse	367612	TE	KHK, DM1, AB	25.02.2016	03.03.2016

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

Diese Dokumentationen und TE werden nicht weiter verarbeitet.

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

Übersicht: nicht prozesskonforme Dokumentationen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Grund der Stornierung
Doppelmuster, Margda	E430299265	Musterkasse	408936	FD	COPD	16.02.2016	03.03.2016	28
Doppelmuster, Martha	M989010038	Musterkasse	56315	FD	COPD	03.03.2016	03.03.2016	29
Doppelmuster, Maximilian	B213108888	Musterkasse	397297	ED	COPD	26.02.2016	03.03.2016	33
Doppelmuster, Michael	G522110043	Musterkasse	626542	FD	COPD	23.02.2016	03.03.2016	33
Fremdmuster, Manuela	C477605213	Musterkasse	505243	FD	COPD	18.02.2016	03.03.2016	28
Fremdmuster, Marcus	Z806489233	Musterkasse	106164	ED	COPD	09.02.2016	03.03.2016	33
Fremdmuster, Maximilian	Q933384217	Musterkasse	988470	ED	COPD	11.02.2016	03.03.2016	29
Fremdmuster, Michael	A76395537	Musterkasse	781369	ED	COPD	26.02.2016	03.03.2016	28
Fremdmuster, Molly	P561288818	Musterkasse	34732	FD	COPD	11.02.2016	03.03.2016	33
Großmuster, Margoth	U340920130	Musterkasse	73612	FD	COPD	07.01.2016	03.03.2016	33
Großmuster, Martha	C168236280	Musterkasse	666857	ED	COPD	04.02.2016	03.03.2016	28
Großmuster, Martha	C398422162	Musterkasse	277355	FD	COPD	04.02.2016	03.03.2016	28
Großmuster, Martin	P244257873	Musterkasse	538628	FD	COPD	24.02.2016	03.03.2016	28
Großmuster, Micky	R903276407	Musterkasse	71771	FD	COPD	12.02.2016	03.03.2016	28
Kleinmuster, Manuela	F473754137	Musterkasse	755049	FD	COPD	29.02.2016	03.03.2016	33
Kleinmuster, Martina	O626537834	Musterkasse	939562	FD	COPD	26.02.2016	03.03.2016	28
Kleinmuster, Max	C915238101	Musterkasse	555392	FD	COPD	15.02.2016	03.03.2016	33
Kleinmuster, Maxi	Y869624670	Musterkasse	672257	FD	COPD	23.02.2016	03.03.2016	29
Musterberg, Markus	B214837055	Musterkasse	200814	FD	COPD	23.02.2016	03.03.2016	29
Musterberg, Martin	D743292542	Musterkasse	87420	FD	COPD	10.02.2016	03.03.2016	33
Musterson, Maria	Y504878217	Musterkasse	125723	FD	COPD	23.02.2016	03.03.2016	33
Randmuster, Maximilian	F956276735	Musterkasse	826173	ED	COPD	22.02.2016	03.03.2016	28
Randmuster, Michael	I112645562	Musterkasse	402732	FD	COPD	23.02.2016	03.03.2016	33
Randmuster, Micky	W573619191	Musterkasse	790113	FD	COPD	18.02.2016	03.03.2016	28
Von Muster, Martha	R624053683	Musterkasse	367612	ED	COPD	22.02.2016	03.03.2016	28

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation

Belegtypen: ED = Erstdokumentation,
FD = Folgedokumentation

Stornogründe: 28 - ungültiges Format nach Versionsumstellung
29 - ungültiges Format vor Versionsumstellung
33 - Erstdokumentation im laufenden DMP-Fall (keine Vergütung)

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

Diese Dokumentationen können aus oben genannten Gründen nicht für die DMP-Prozesse berücksichtigt werden. Bitte prüfen Sie bei Stornogrunderund 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
Kleinmuster, Michael	O944078808	Musterkasse	720454	DM2	15
Musterberg, Micky	G14100080	Musterkasse	895673	DM2	05
Heimmuster, Michaela	E538829133	Musterkasse	265199	DM2	05
Muster, Margoth	V831079800	Musterkasse	751227	DM2	17
Von Muster, Martina	C641927502	Musterkasse	575751	DM2	18
Heimmuster, Molly	O26904020	Musterkasse	881955	DM2	17
Randmuster, Markus	T118515269	Musterkasse	836819	DM2	18
Kleinmuster, Maria	U700451579	Musterkasse	397082	DM2	05
Musterfrau, Maximilian	H954757724	Musterkasse	354877	DM2	01
Musterson, Markus	M163089579	Musterkasse	611547	DM2	05
Mustermann, Margoth	J917478477	Musterkasse	431028	DM2	17
Doppelmuster, Micky	D480875368	Musterkasse	627274	DM2	18
Großmuster, Max	S812290078	Musterkasse	28763	DM2	20
Musterfrau, Michael	E442001658	Musterkasse	227911	DM2	03
Mustermann, Micky	N158482023	Musterkasse	241173	DM2	20
Großmuster, Margoth	A17050032	Musterkasse	492894	DM2	03
Kleinmuster, Max	I867233260	Musterkasse	824191	DM2	15
Fremdmuster, Michelle	D761431147	Musterkasse	91151	DM2	16
Fremdmuster, Maria	R684508334	Musterkasse	698731	DM2	15
Doppelmuster, Martina	I615884252	Musterkasse	501176	DM2	05
Von Muster, Martha	B696256521	Musterkasse	768190	DM2	05
Heimmuster, Manuela	R485943651	Musterkasse	481267	DM2	17
Musterfrau, Margoth	U547160289	Musterkasse	226784	DM2	17
Muster, Michael	Q116717069	Musterkasse	319831	DM2	03
Kleinmuster, Michelle	N537455934	Musterkasse	441661	DM2	19

Gründe der Fallbeendigungen:

- 01 - Patient verstorben
- 02 - Patient ausgetreten
- 03 - Patient nicht einschreibungswürdig
- 05 - Kassenwechsel
- 15 - Arztwechsel
- 16 - verfahrensbedingt durch Krankenkasse
- 17 - Folgedokumentation vor der Erstdokumentation eingegangen
- 18 - zwei fehlende Folgedokumentationen
- 19 - fehlende Teilnahmeerklärung
- 20 - zwei unbegründet abgelehnte Schulungen
- 23 - Rezidivfreiheit älter 5½ 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
05.10.2015	CD	Datenträger nicht lesbar ID: 13008642
29.02.2016	CD	Nur Begleitdatei vorhanden, XKM-Datei fehlt ID: 13153529 199123400_20160225122148_1_KHK.idx 199123400_20160225122147_1_AB.idx 199123400_20160225122148_1_COPD.idx 199123400_20160225122148_1_DM2.idx
01.02.2016	CD	Datenlieferung enthielt keine DMP-Daten ID: 13128554 DMPs1.1.bis31.1.lnk
29.02.2016	CD	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt. ID: 13153828 851914900_20160226110020_1_DM2.zip.XKM
03.03.2016	CD	Nur Begleitdatei vorhanden, XKM-Datei fehlt ID: 13158918 188432200_20160303101618_1_COPD.idx 188432200_20160303101619_1_DM2.idx 188432200_20160303101616_1_AB.idx 188432200_20160303101620_1_KHK.idx
25.02.2016	CD	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt. ID: 13150604 878181800_20160224113438_1_DM2.zip.XKM
01.03.2016	CD	Datenlieferung enthielt keine DMP-Daten ID: 13155810 Z01188464100_07.01.2016_15.24.con.XKM Z01188464100_27.12.2013_13.38.con.XKM Z01188464100_28.03.2014_12.57.con.XKM Z01188453900_01.10.2010_12.17.con.XKM Z01188453900_27.09.2011_17.06.con.XKM Z01188453900_31.03.2011_18.28.con.XKM Z01188464100_01.10.2014_12.40.con.XKM Z01188464100_02.04.2012_07.29.con.XKM Z01188464100_30.06.2014_18.06.con.XKM Z01188464100_30.09.2013_18.31.con.XKM Z01188453900_01.01.2011_19.54.con.XKM Z01188453900_01.07.2010_09.33.con.XKM Z01188453900_01.07.2011_15.09.con.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.

**Anlage 11 - Prüfkatalog für Teilnahme- und Einwilligungserklärungen
des Datenstellenvertrages Hamburg (Stand: 01.07.2015)**

Feldname	Prüfung
Name	Der Name des Versicherten muss angegeben sein.
Vorname	Der Vorname des Versicherten muss angegeben sein.
Geburtsdatum	Das Geburtsdatum des Versicherten muss angegeben sein.
Geburtsdatum	Das Geburtsdatum des Versicherten muss zeitlich vor dem Versichertenunterschriftsdatum liegen.
Kostenträgerkennung	Das Institutionskennzeichen der Krankenkasse muss angegeben sein.
Kostenträgerkennung	Die angegebene Krankenkasse muss in dieser Diagnose gemeldet sein. Sofern keine Diagnose ausgewählt wurde, muss die angegebene Krankenkasse in einer Diagnose gemeldet sein.
Versicherten-Nr.	Die Versicherten-Nr. muss angegeben sein.
Betriebsstätten-Nr.	Die Betriebsstätten-Nr. muss angegeben sein, sofern das Krankenhaus-IK nicht ausgefüllt ist.
Arzt-Nr.	Die Lebenslange Arztnummer muss angegeben sein, sofern das Krankenhaus-IK nicht ausgefüllt ist.
Arzt-Nr.	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.
Krankenhaus-IK	Das Krankenhaus-IK muss angegeben sein, sofern die die Lebenslange Arztnummer bzw. die Betriebsstätten-Nr. nicht ausgefüllt ist.
Krankenhaus-IK	Das Krankenhaus-IK muss in dieser Diagnose gemeldet sein. Sofern keine Diagnose ausgewählt wurde, muss das Krankenhaus-IK in einer Diagnose gemeldet sein.
Auswahl Diagnose	Es muss mindestens eine Diagnose angegeben sein.
Auswahl Diagnose	Die Auswahlfelder "Diabetes Typ 1" und "Diabetes Typ 2" bzw. "Asthma" und "COPD" dürfen nicht gleichzeitig angekreuzt sein.
Formularschlüssel	Ein Formularschlüssel muss angegeben sein.
Formularschlüssel	Der Schlüssel des verwendeten Formulars muss gültig sein.
Versichertenunterschriftsdatum	Das Versichertenunterschriftsdatum muss angegeben sein.
Versichertenunterschriftsdatum	Das Versichertenunterschriftsdatum darf nicht in der Zukunft (nach Posteingang in der Datenstelle) oder vor Beginn des DMP liegen.
Versichertenunterschrift	Die Unterschrift des Versicherten muss vorliegen. Namenszusätze wie i. A. oder i. V. sind nicht zu beachten.
Arztunterschriftsdatum	Das Arztunterschriftsdatum muss angegeben sein.
Arztunterschriftsdatum	Das Arztunterschriftsdatum darf nicht in der Zukunft (nach Eingang in der Datenstelle) oder vor Beginn des DMP liegen.
Arztunterschrift	Die Unterschrift des Arztes muss vorliegen.
Plausibilisierungsdatum (bei Korrekturen)	Das Plausibilisierungsdatum (jüngstes Arztunterschriftsdatum) muss zeitlich nach dem Arztunterschriftsdatum des Originals liegen.
Plausibilisierungsdatum (bei Korrekturen)	Das Plausibilisierungsdatum (Arztunterschriftsdatum der Korrektur) darf nicht nach dem Datum des Posteingangs der Korrektur bei der Datenstelle liegen.