

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	3
1.1	Hinweise zum Ausschreibungsverfahren	3
1.2	Ziel der Disease-Management-Programme	3
1.3	Zweck der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Erstdokumentation und Folgedokumentation	4
1.3.1	Teilnahme- und Einwilligungserklärungen	4
1.3.2	Erstdokumentationen und Folgedokumentationen	4
1.4	Mengengerüst	4
1.5	Belegloses Verfahren (eDMP)	4
2	Tagesgeschäft	5
2.1	Eingangsverarbeitung	5
2.1.1	Eingang und Erfassung	5
2.1.2	Überprüfung Kassenteilnahme	6
2.1.3	Überprüfung Arztstatus	6
2.1.4	Prüfung der Dokumentationsdaten auf fristgerechte Einreichung	7
2.1.5	Speicherung eingehender Dokumentationen	7
2.1.6	Überprüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit	8
2.1.7	Nachforderung unplausibler bzw. unvollständiger Daten (Korrekturprozess)	9
2.1.8	Einforderung fehlender Erstdokumentationen	10
2.1.9	Einforderung fehlender TE/EWE	10
2.2	Fallführung	10
2.2.1	Generierung und Zuordnung eines Fallverlaufes	10
2.2.2	Prüfung auf Einhaltung des Dokumentationszeitraums im Rahmen der Fallführung	11
2.3	Weiterleitung von Belegen, Datenlieferung	12
2.3.1	Pseudonymisierung der Datensätze	12
2.3.2	Weiterleitung von Belegen, Datenlieferung für die Krankenkassen	12
2.3.3	Datenlieferung für die Gemeinsame Einrichtung	13
2.4	Unterstützung der teilnehmenden Ärzte	13
2.4.1	Arztreminder	13
2.4.2	Telefonischer Unterstützungsservice	13
2.4.3	Erinnerungslisten und erneutes Erstellen von Korrekturbelegen	13
2.4.4	Anforderung Fallübersichten durch Ärzte	14
2.4.5	Quittungslisten für Vertragsärzte	14
2.4.6	DMP-Hotline	14
2.4.7	Datenstellensprechstunde	14
2.5	Zeitrahmen	14
3	Archivierung	14
3.1	Grundsätze der Archivierung	14
3.2	Korrekturbelege	15
3.3	Beleglose Dokumentation	15
3.4	Nochmalige Lieferung von bereits erfassten und übermittelten Dokumentationsdaten	15
4	Evaluation & Pseudonymabgleich	16
4.1	Datenweitergabe an den externen Evaluator	16
4.2	Bereinigung des Versichertenpseudonyms	16
4.3	Erstellung und Übermittlung der medizinischen Daten an den Evaluator	16
5	Prüfung der Versicherungszeiten nach § 20 Abs. 4 RSAV	17
5.1	Ermittlung der vorzulegenden Unterlagen	17
5.2	Vorzulegende Unterlagen	17
5.3	Sortierfolge der Unterlagen	17
5.4	Lieferformate der Unterlagen	17
5.5	Versand der vorzulegenden Unterlagen	18
5.6	Nachforderung von Prüfunterlagen	18

5.7	Sonstiges.....	18
6	Auswertungen.....	18
6.1	Statusdatensatz.....	18
6.2	Lieferung einer Fallverlaufsdatenbank	19
6.2.1	Inhalt der Fallverlaufsdatenbank.....	19
6.2.2	Datenschutz von besonders schutzwürdigen Versichertendaten	20
6.3	Auswertungen zum Controlling der Datenstelle	20
6.4	Auswertungen für die KV Berlin	20
6.4.1	Quartalsaufstellung.....	20
6.4.2	Prozessmanagementpauschale für Diabetes mellitus Typ 2.....	21
6.5	Erstellung von rechnungsbegleitenden Unterlagen	21
7	Diagnosespezifische Module	21
7.1	Verarbeitung der Dokumentation für den koordinierenden Arzt.....	22
7.2	Verarbeitung der Dokumentationsdaten für die Arbeitsgemeinschaft (Auftraggeber 9).....	22
7.3	Verarbeitung der Dokumentationsdaten für die Krankenkassen (Auftraggeber 1-8).....	22
7.4	Verarbeitung der Dokumentationsdaten für die Gemeinsame Einrichtung (Auftraggeber 10).....	23
7.5	Verarbeitung der Dokumentationsdaten für die Krankenkassen im DMP Brustkrebs (Auftraggeber 1-8)	23

1 Einführung

1.1 Hinweise zum Ausschreibungsverfahren

Die Auftraggeber haben im Rahmen des im Jahr 2007 durchgeführten Ausschreibungsverfahrens zu bestimmten Aufgaben des Auftragnehmers detaillierte Ausführungen gefordert. Diese sind nachfolgend benannt und sind durch die Erteilung des Zuschlags an den Auftragnehmer Vertragsbestandteil geworden.

Die im Ausschreibungsverfahren erfolgten Ausführungen des Auftragnehmers zu Hardware und Software wurden Vertragsbestandteil.

1.2 Ziel der Disease-Management-Programme

Um eine optimale Qualität der Disease-Management-Programme (DMP) sicherstellen zu können, ist zunächst eine standardisierte Erhebung und Dokumentation relevanter Patientendaten, deren datengeschützte Übermittlung an die entsprechenden am Programm teilnehmenden Ärzte/zugelassenen Einrichtungen sowie Krankenkassen und die Prüfung auf Vollständigkeit bzw. Richtigkeit notwendig.

Aufgrund der finanziellen Auswirkungen der DMP für die Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) erwarten die Auftraggeber höchste Qualität in der Datenverarbeitung. Insofern ist trotz hoher Quantität höchste Qualität zu gewährleisten.

Die Krankenkassen unterliegen als Körperschaften des öffentlichen Rechts Prüfungen der Aufsichtsbehörden. Die Aufsichtsbehörden haben das Recht, diese Prüfungen in den Räumen des Bieters vorzunehmen. Der Bieter und seine wesentlichen Subunternehmer haben deshalb ihre Wirkungsstätte innerhalb Deutschlands zu errichten.

Die folgende Aufgabenbeschreibung für den Auftragnehmer ist indikationsübergreifend und gilt für die Module der Disease-Management-Programme:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Koronare Herzkrankheit
- Asthma bronchiale
- COPD
- Brustkrebs
- Diabetes mellitus Typ 1 (Ergänzungsvereinbarung vom 29.11.2007)

Jeder Versicherte kann an mehreren DMP teilnehmen und hierfür verschiedene koordinierende Vertragsärzte wählen. Die im Folgenden beschriebenen Prozesse beziehen sich jeweils auf das einzelne DMP.

Über gesetzliche Änderungen informieren die Auftraggeber den Auftragnehmer zeitnah. Für verschiedene Fallkonstellationen stellen die Auftraggeber weitergehende, zu beachtende Unterlagen zur Verfügung. Um einen regelmäßigen Austausch zwischen Auftraggebern und Auftragnehmer sicherzustellen, finden bei Bedarf entsprechende Treffen in Berlin statt. Innerhalb dieser Treffen können die Vertragspartner auch Vereinbarungen über Leistungsänderungen gemäß § 10 des Datenstellenvertrages abstimmen.

Für die Kommunikation zwischen Auftragnehmer und Ärzten stellen die Auftraggeber abgestimmte Schreiben in Form von Textbausteinen und/oder Formblättern zur Verfügung.

Sofern im folgenden Text das Wort „Dokumentation“ verwendet wird, ist dies als Synonym für beleglos erstellte Dokumentationsdaten zu verstehen.

1.3 Zweck der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Erstdokumentation und Folgedokumentation

1.3.1 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten ist unabdingbarer Bestandteil einer Anmeldung zu einem DMP und wird vom koordinierenden Vertragsarzt im Original an den Auftragnehmer übermittelt. Es wird das in der Anlage 4 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ aufgeführte Formular verwendet.

1.3.2 Erstdokumentationen und Folgedokumentationen

Bei der Erstdokumentation (ED), die zum Teilnahmebeginn zu erstellen ist, handelt es sich ebenso wie bei der TE/EWE um einen unabdingbaren Bestandteil einer Anmeldung zu einem DMP. Sie setzt sich zusammen aus den Informationen der indikationsübergreifenden Dokumentation, mit Ausnahme der Indikation Brustkrebs, sowie der indikationsspezifischen Dokumentationen.

Bei der Folgedokumentation (FD) handelt es sich um eine in regelmäßigen Abständen durch den koordinierenden Arzt erhobene Dokumentation von Patienten-, Anamnese- und Therapiedaten. Sie enthält ebenfalls Informationen aus der indikationsübergreifenden Dokumentation sowie den indikationsspezifischen Dokumentationen.

Die Dokumentationen müssen an unterschiedliche Adressaten weitergeleitet werden, wobei zuvor noch Aufgaben wie z. B. Datenerfassung, Prüfung und Pseudonymisierung durchzuführen sind.

Die Dokumentationen enthalten die in der Anlage 5 „Dokumentationsdaten“ dargestellten Informationen. Die Daten werden von den Leistungserbringern ausschließlich elektronisch übermittelt.

1.4 Mengengerüst

Abschließende Angaben zum Mengengerüst sind nicht möglich, da die Teilnahmen an den DMP auf autonomen Entscheidungen der Versicherten/Patienten beruhen. Die Auftraggeber garantieren jedoch die Abnahme der in der Vergabebekanntmachung und in den Verdingungsunterlagen angegebenen Mindestvolumina. Hierauf wird verwiesen. Diese garantierten Mindestabnahmemengen sind konservativ berechnet. Tatsächlich dürfte das Mengengerüst größer sein. Bei einer Vertragslaufzeit über den erstmaligen Kündigungszeitpunkt hinaus gilt dies erst recht.

Es wird ferner erwartet, dass die Anmeldungen zum DMP und der daraus resultierenden TE/EWE, ED und FD grundsätzlich gleichmäßig erfolgen, wobei zu bestimmten Spitzenzeiten (Quartalsende und Ende der 52-Tage-Frist) mit Volumenvergrößerungen um das Vielfache gerechnet werden muss.

Der Auftragnehmer muss daher infrastrukturelle und personelle Kapazitäten aufweisen, welche eine Erledigung der anfallenden Dienstleistungsaufgaben im vorgegebenen Zeitrahmen sicherstellen.

Zu Verfügbarkeit und Anzahl des Personals bezüglich der gesamten Auftragsausführung erwarten die Auftraggeber detaillierte Ausführungen des Bieters. Diese Ausführungen wurden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsbewertung beurteilt.

1.5 Belegloses Verfahren (eDMP)

Der Arzt erfasst die Datensätze (Daten der Erst- oder Folgedokumentation) elektronisch (z.B. mit PC und DMP-Praxissoftware). Die Datensätze werden auf einem Speichermedium gespeichert. Der Arzt sammelt so erfasste Datensätze bis zum Versand an die Datenstelle. Die Datensätze werden vor Versand an die Datenstelle verschlüsselt. Die Übermittlungsdatei wird auf Datenträgern, per E-Mail oder per Datenfernübertragung (DFÜ) an die Datenstelle versendet.

Die Datenstelle nimmt die Übermittlungsdatei/den Datenträger mit den Datensätzen entgegen, prüft und verarbeitet diese. Beschädigte Datenträger und/oder unvollständige Dateien können nicht verarbeitet werden. Der Absender erhält eine postalische Aufforderung zur Neulieferung.

Der Auftragnehmer unterstützt die Auftraggeber und teilnehmenden Ärzte bei der Durchführung der ausschließlich beleglosen Dokumentation (eDMP).

Die im Ausschreibungsverfahren erfolgten konzeptionellen Ausführungen des Auftragnehmers zum DFÜ-Konzept sind Vertragsbestandteil geworden.

2 Tagesgeschäft

2.1 Eingangsverarbeitung

2.1.1 Eingang und Erfassung

Alle bei dem Auftragnehmer eintreffenden Datensätze, Belege/Formulare müssen angenommen werden und in unveränderter Form verbleiben, d.h. eine Modifikation der Originale ist nicht erlaubt. TE/EWE, die aus den Praxisverwaltungssoftwaresystemen direkt erstellt und gedruckt werden, sind zulässig, sofern der Ausdruck auf Spezialpapier erfolgt ist.

Bei der Verwendung von anderen als in den Anlagen 4 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ und 5 „Dokumentationen“ aufgeführten Formular bzw. Datensätze sind diese an den Absender zurück zu schicken bzw. abzuweisen. Der Absender ist über die Ungültigkeit mittels eines abgestimmten Schreibens zu informieren.

Der Belegeingang bzw. Eingang des Datensatzes und die Abweisung sind zu protokollieren und das Protokoll ist den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

Die Belege bzw. Dokumentationen sind mit dem Eingangsdatum zu versehen. Das Eingangsdatum kann alternativ elektronisch vergeben werden. Eine nachträgliche Änderung dieses Eingangsdatums muss ausgeschlossen sein.

Alle beim Auftragnehmer eintreffenden papiergebundenen Belege, wie z.B. Korrekturbelege oder TE/EWE, müssen gescannt und elektronisch archiviert werden. Die administrativen Daten (Kostenträgerkennung, KV-Nummer, Versichertenname, Geburtsdatum, lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR) und Datum der Unterschrift) sind im Abgleich mit dem Image noch einmal zu überprüfen und dem Image zuzuordnen.

Die nach Kapitel 2.1.6 geforderten Angaben auf der TE/EWE müssen erfasst werden.

Bei der TE/EWE sowie bei Korrekturbelegen ist hierfür eine maschinelle Zeichenerkennung (OCR) der zuvor eingescannten Belege einzusetzen. Anschließend müssen nicht eindeutig erkannte Felder manuell nachbearbeitet und nachgefasst werden.

Für einen indikationsspezifischen Korrekturprozess wird das Farbimage mit einem zweidimensionalen Code (z.B. QR-Code) versehen. Somit ist die Zuordnung der Korrektur zur Original TE/EWE bei Mehrfachindikation eindeutig möglich.

Zur internen Qualitätssicherung erfolgt bei der Erfassung die Überprüfung der KV-Nummer der Versicherten durch die von den Auftraggebern 1-8 zur Verfügung gestellten KV-Nummern-Prüfalgorithmen, ggf. bei gesonderter Beauftragung durch einen Auftraggeber die Prüfung und Umsetzung der alten KV-Nummern.

Alle erfassten Dokumentationsdaten bzw. eingegangenen Datensätze sind von dem Auftragnehmer unverändert (d.h. nicht pseudonymisiert, mit Arzt- und Versichertenbezug) unverzüglich nach der Erfassung zwischenspeichern (Zwischenspeicher 1- siehe Kapitel 2.1.5).

2.1.2 Überprüfung Kassenteilnahme

Belege und Daten von nicht teilnehmenden Krankenkassen und deren Versicherten dürfen nicht verarbeitet werden. Daher ist eine Prüfung auf Teilnahme der Krankenkasse durchzuführen. Die Auftraggeber 1-8 melden die teilnehmenden Krankenkassen. Bei eintreffenden Belegen oder Daten für eine nicht teilnehmende Krankenkasse ist der für die nicht teilnehmende Krankenkasse zuständige Auftraggeber umgehend einmalig zu informieren. Krankenkassen, die keinem Auftraggeber zugeordnet werden können, sind an den Auftraggeber 9 zu melden. Der zuständige Auftraggeber teilt dem Auftragnehmer innerhalb von vier Wochen die weitere Verfahrensweise mit.

2.1.3 Überprüfung Arztstatus

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin stellt dem Auftragnehmer regelmäßig die Liste der teilnehmenden Ärzte (Vertragsarztverzeichnis) in elektronischer Form zur Verfügung.

Es erfolgt die Überprüfung, ob der Arzt, welcher den Beleg/die Dokumentation übermittelt hat, gemäß aktueller KV-Liste ein am DMP teilnehmender bzw. zur Leistungserbringung berechtigter Vertragsarzt ist. Bei der Dokumentation auf der das Kennzeichen „in Vertretung“ gesetzt ist, ist keine Prüfung der Teilnahmeberechtigung des Arztes vorzunehmen. Diese Dokumentation ist zu prüfen, ob sie vollständig, plausibel und fristgerecht ist.

Ergibt die Prüfung, dass der Arzt gemäß aktuellem Vertragsarztverzeichnis kein am DMP teilnehmender koordinierender Vertragsarzt ist, so werden eingegangene ED/FD abgewiesen und der Vertragsarzt über die fehlende DMP-Zulassung benachrichtigt. Vorgenommene Abweisungen sind zu protokollieren. Das Protokoll ist der jeweiligen Krankenkasse und der KV Berlin entsprechend Anlage 15 „Anlage Auswertungen und Protokollierung“ zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin informiert die DMP-Datenstelle bei neuen BSNR/LANR-Kombinationen ohne DMP-Zulassung die KV Berlin über den Dokumentationseingang.

Die KV Berlin teilt der Datenstelle daraufhin einen der folgenden Stati bezüglich der Arztzulassung mit:

- a) zur Teilnahme berechtigt – Vertragsarztverzeichnis wird aktualisiert
- b) Vertragsarzt wurde durch die KV Berlin angeschrieben und auf eine mögliche Teilnahme hingewiesen
- c) Vertragsarzt kann nicht teilnehmen

Je nach Rückmeldung der KV Berlin ergreift die DMP-Datenstelle folgende Maßnahmen:

Bei TE/EWE:

- Bei Rückmeldung a) oder b) zu allen auf der TE/EWE angekreuzten Indikationen wird 6 Wochen lang anhand der aktuellen Vertragsarztverzeichnisse die Arztzulassung zum DMP geprüft.
- Ist die Zulassung für mindestens eine ausgewählte Indikation erteilt, dann wird für diese Indikation wie in Kapitel 2.1.1 beschrieben, weiter verfahren.
- Sofern jedoch 6 Wochen nach Belegeingang der Vertragsarzt weiterhin in keinem betroffenen Vertragsarztverzeichnis aufgeführt ist, werden die in der Datenstelle vorliegenden TE/EWE im Original an den Vertragsarzt mit einem entsprechenden Hinweis zurückgesendet. Ist für mindestens eine Indikation eine Zulassung vorhanden, erfolgt der Korrekturprozess mittels Image/Kopie. Damit wird der Vertragsarzt nochmals an die fehlende Beantragung seiner Zulassung erinnert. Falls die TE/EWE jedoch nur mit falscher Arztnummer ausgefüllt wurde, hat er hiermit die Möglichkeit, den Fehler zu korrigieren und die TE/EWE erneut einzureichen.

- Wird der Vertragsarzt bis zum Ablauf von 6 Wochen nach Quartalsende in einem betroffenen Vertragsarztverzeichnis aufgeführt, ist für diese Indikation gemäß Kapitel 2.1.1 weiter zu verfahren.
- Bei Rückmeldung c) zu allen betroffenen Indikationen wird die Original-TE/EWE von der DMP-Datenstelle sofort an den Vertragsarzt zurückgesendet. Möglicherweise wurde auch in diesem Fall die TE/EWE in der Praxis mit falscher Arztnummer ausgefüllt, so dass diese korrigiert und die TE/EWE erneut eingereicht werden kann. Betrifft die Rückmeldung c) nur einen Teil der Indikationen, erfolgt der Korrekturprozess mittels Image/Kopie.
- Vorgenommene Rücksendungen/Korrekturanforderungen sind zu protokollieren. Das Protokoll ist der jeweiligen Krankenkasse und der KV Berlin entsprechend Anlage 15 „Anlage Auswertungen und Protokollierung“ zur Verfügung zu stellen.

Bei ED und FD:

Je Aktualisierung der Vertragsarztverzeichnisse wird geprüft, ob nun eine DMP-Zulassung des dokumentierenden Vertragsarztes zum Dokumentationszeitpunkt vorliegt. In diesem Fall wird der Fehlerstatus aufgehoben und entsprechend Kapitel 2.1.1 weiter verfahren. Dabei muss für ED und FD die Zulassung im Dokumentationsquartal zzgl. der 52-Tage-Übermittlungs- und Heilungsfrist erfolgt sein.

Das Ergebnis aller Prüfschritte und die Rücksendungen sind zu protokollieren und das Protokoll ist den Kassen und der KV Berlin zur Verfügung zu stellen.

2.1.4 Prüfung der Dokumentationsdaten auf fristgerechte Einreichung

Generell gilt: Fällt das Ende der Frist auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, gilt gemäß der Regelung § 26 Absatz 1 SGB X i. V. m. §§ 187ff. BGB auch der Eingang am darauffolgenden Werktag als fristwährend.

für TE/EWE-Belege:

Es gelten keine Fristen für die Einreichung dieser Belege.

für Dokumentationen:

Als fristgerecht eingereicht gilt eine Dokumentation, wenn sie spätestens innerhalb von 10 Tagen zzgl. 6 Wochen (= 52 Tage-Frist) nach Ende des Quartals in dem die Dokumentation erstellt wurde, beim Auftragnehmer eingeht. Der Auftragnehmer prüft die Einhaltung der o. g. Frist anhand des Erstellungsdatums.

Die Daten von nicht fristgerechten (verfristeten) Dokumentationen werden nicht an das DMP-Datenzentrum der Krankenkasse, die Gemeinsame Einrichtung (GE) und die KV Berlin übermittelt. Der koordinierende Vertragsarzt wird über die verfristeten Dokumentationen informiert.

Das Ergebnis der Prüfung ist zu protokollieren und das Protokoll ist den Krankenkassen, dem Arzt und der KV Berlin zur Verfügung zu stellen.

2.1.5 Speicherung eingehender Dokumentationen

Die vom Arzt übermittelten Dokumentationen müssen für die jeweiligen Empfänger nach der jeweiligen Indikation gemäß der Anlage 5 „Dokumentationsdaten“ gespeichert und ggf. pseudonymisiert werden.

Dabei sind sie innerhalb der Datenstelle in folgende drei Speicherbereiche zu speichern:

- *Zwischenspeicher 1*

Alle erfassten Dokumentationsdatensätze werden in einer separaten Datenbank unverändert (d.h. nicht pseudonymisiert, mit Arzt- und Versichertenbezug) gespeichert (siehe Kapitel 2.1.1),

- *Zwischenspeicher 2*

Die GE erhält ausschließlich

- die Datensätze mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug,

- *Zwischenspeicher 3*

Die KV Berlin erhält ausschließlich

- die Datensätze mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug.

Die für die Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin bestimmten Datensätze (mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug) werden auf einem von dem Zwischenspeichern 1 getrennten Bereich gespeichert; hierbei ist von der Datenstelle eine solche EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff vom Zwischenspeicher 2 auf den Zwischenspeicher 1 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 sind die Daten auf den Zwischenspeichern physisch zu löschen.

Die Löschung ist zu protokollieren und das Protokoll ist den Auftraggebern auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

2.1.6 Überprüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit

für TE/EWE-Belege:

- auf das Vorhandensein der notwendigen Unterschrift des Versicherten,
- auf das Vorhandensein der notwendigen Unterschrift des Arztes,
- auf eine erkennbare LANR und BSNR (vorwiegend administratives Kopffeld), oder ggf. aus dem Arztstempel oder eine andererseits erkennbare lebenslange Arztnummer,
- auf das Vorhandensein der notwendigen zwei Datumsangaben,
- auf das Vorhandensein mindestens einer Diagnoseangabe (die unter Punkt 1.2 aufgeführten Module der Disease-Management-Programme),
- auf sich ausschließende Indikationen.

Die Nachforderung gemäß Kapitel 2.1.7 ist ggf. notwendig, wenn o. g. Positionen nicht vollständig oder fehlerhaft vorhanden sind.

Die Datumsangaben der TE/EWE sind gemäß den Plausibilitätsregelungen zu prüfen.

für Erstdokumentationen und Folgedokumentationen:

Die gespeicherten Dokumentationsdatensätze werden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Dabei sind die innerhalb der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene vereinbarten und jeweils aktuellen Richtlinien für Vollständigkeit und Plausibilität der Daten heranzuziehen Anlage 7 „Richtlinien für die Plausibilitätsprüfung“. Erstdokumentationen (mit Erstelldatum ab 01.01.2012) und Folgedokumentationen sind auch ohne Unterschrift des koordinierenden Vertragsarztes gültig. Ergibt die Prüfung der Dokumentationsdatensätze, dass diese vollständig und plausibel sind, so werden sie entsprechend weitergeleitet.

Die Datumsangaben der Dokumentationen sind gemäß den erweiterten Plausibilitätsrichtlinien zu prüfen.

Unvollständige und/oder unplausible Dokumentationsdaten werden gemäß Kapitel 2.1.7 nachgefordert.

Die Daten von unvollständigen und/oder unplausiblen Dokumentationen werden nicht an das DMP-Datenzentrum der Krankenkasse übermittelt.

Das Ergebnis der Prüfung ist zu protokollieren und das Protokoll ist den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

2.1.7 Nachforderung unplausibler bzw. unvollständiger Daten (Korrekturprozess)

für TE/EWE-Belege:

Die Nachforderung ist erstmalig innerhalb von 10 Arbeitstagen (siehe Kapitel 2.5) nach Eingang bei der Datenstelle notwendig, wenn die im Kapitel 2.1.6 genannten Positionen nicht vollständig oder fehlerhaft sind.

Ist die TE/EWE in Bezug auf alle angekreuzten Indikationen fehlerhaft bzw. unvollständig oder ist keine Indikation angekreuzt, so erfolgt die Korrektur am Original. Ist die TE/EWE in Bezug auf mindestens eine angekreuzte Indikation vollständig und plausibel, wird für die Korrektur des fehlerhaften Teils ein Image/eine Kopie genutzt.

Die Nachforderung ist zu protokollieren. Das Protokoll ist den Kassen zur Verfügung zu stellen.

Für Erstdokumentationen und Folgedokumentationen:

Für alle unvollständigen bzw. unplausiblen Dokumentationen sind vom Auftragnehmer die zu korrigierenden Daten beim koordinierenden Vertragsarzt erstmalig innerhalb von 10 Arbeitstagen (siehe Kapitel 2.5) nach Eingang bei der Datenstelle nachzufordern.

Bei allen Indikationen ausgenommen Brustkrebs erhält der Arzt ein Informationsschreiben des Auftragnehmers, dass der Datensatz fehlerhaft ist und erneut unter Angabe eines Korrekturmerkmals übermittelt werden soll. Nach Eingang des Korrekturdatensatzes wird auch hierfür eine Quittungsliste erzeugt.

Bei Dokumentationen für die Indikation Brustkrebs ist einmalig eine Teilreproduktion (=Kopie) der unvollständigen bzw. unplausiblen Bereiche des Dokumentationsbogens auf Basis der übermittelten Dokumentation mit Aufdruck eines eindeutigen Barcodes zu erstellen und mit eindeutigem Fehlertext und unter Angabe des konkreten Termins zum Ablauf der Nachforderungsfrist an den Arzt zu schicken. Der Arzt ist dabei aufzufordern, die Fehler auf der Kopie zu beheben und die Korrekturen mit neuer, aktueller Datumsangabe und unterschrieben an den Auftragnehmer zurückzusenden.

In Ausnahmefällen kann dieses Verfahren auch zur Korrektur von „Kopfdaten“ der anderen Indikationen angewendet werden.

Der Auftragnehmer erinnert die Ärzte mindestens 14-tägig an offene Nachforderungen. Innerhalb von 14 Tagen nach Ende des Quartals sind alle aus dem Vorquartal offenen Korrekturanforderungen und Korrekturbelege erneut an den Arzt zu versenden. (siehe Kapitel 2.4.3)

Bei Nachfragen des Arztes hat der Auftragnehmer Unterstützung bei der Fehlerkorrektur zu leisten.

Nach Eingang der Kopie mit korrigierten Daten werden die Änderungen und das Korrekturdatum von korrigierten Dokumentationen durch den Auftragnehmer erfasst, und der Prozess wird ab Kapitel 2.1 erneut durchgeführt. Gleiches gilt analog für eingehende Korrekturdatensätze.

Der Korrekturprozess muss innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums (DZR) abgeschlossen sein. Liegt nach Ablauf von 52 Tagen nach Ablauf des DZR keine vollständige und plausible Dokumentation vor, ist der Prozess der Nachforderungen abzubrechen.

Falls der Prozess der Nachforderung abgebrochen werden musste, ist der koordinierende Vertragsarzt über den Abbruch der Nachforderung zu informieren.

- Bei der Erstdokumentation ist der koordinierende Vertragsarzt auf die Notwendigkeit der Neuerstellung der Erstdokumentation zur vertragskonformen Einschreibung des Patienten hinzuweisen.
- Bei der Folgedokumentation ist der koordinierende Vertragsarzt darauf hinzuweisen, dass die Dokumentation für den aktuellen DZR endgültig fehlt.

Die Nachforderung, der Eingang von Korrekturen und der Abbruch der Nachforderung sind zu protokollieren und das Protokoll ist den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

2.1.8 Einforderung fehlender Erstdokumentationen

Bei Vorliegen einer TE/EWE und fehlender dazugehöriger Erstdokumentation ist die fehlende Erstdokumentation beim koordinierenden Vertragsarzt einzufordern. Dies erfolgt erstmalig vier Wochen nach Eingang der TE/EWE beim Auftragnehmer. Die ausstehende Erstdokumentation ist 14-tägig bis zu dreimal einzufordern. Dies gilt nur, wenn zum Zeitpunkt des Eingangs der TE/EWE aus Sicht der Datenstelle kein laufender Fall zum Versicherten vorliegt.

Der Abbruch der Einforderung ist zu protokollieren und das Protokoll ist den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen

2.1.9 Einforderung fehlender TE/EWE

Bei Vorliegen einer Erstdokumentation und fehlender dazugehöriger TE/EWE ist die fehlende TE/EWE beim koordinierenden Vertragsarzt einzufordern. Dies erfolgt erstmalig innerhalb von vier Wochen nach Eingang der Erstdokumentation beim Auftragnehmer. Die ausstehende TE/EWE ist nach Absprache zwischen den Auftraggebern und dem Auftragnehmer bis zu dreimal einzufordern.

Der Abbruch der Einforderung ist zu protokollieren und das Protokoll ist den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

2.2 Fallführung

2.2.1 Generierung und Zuordnung eines Fallverlaufes

Der Auftragnehmer erzeugt einen internen Fallverlauf, wenn festgestellt wurde, dass eine vollständige, plausible und fristgerechte Erstdokumentation vorliegt. Er nutzt hierzu u. a. die Angaben zur Arzt- und Versichertennummer. Die Zuordnung zu einem „Arzt-Versicherten-Paar“ erfolgt anhand der Kombination LANR / BSNR.

Ein Fallverlauf wird erst dann um einen neuen koordinierenden Vertragsarzt ergänzt, wenn eine neue Dokumentation vollständig, plausibel und fristgerecht mit einer neuen LANR vorliegt.

Die Folgedokumentationen mit gleicher Kombination LANR und BSNR müssen gemäß den u. g. Parameter den bereits bestehenden Fallverläufen zugeordnet werden.

Ein Fallverlauf setzt sich aus den nachfolgenden Parametern zusammen:

- Angabe zur Indikation,
- Arztnummer (LANR und BSNR),
- Krankenversicherungsnummer von der KV-Karte (numerisch), falls vorhanden,
- Name des Versicherten,
- Vorname des Versicherten,
- Geburtsdatum des Versicherten,
- Krankenversicherungsnummer von der eGK (alphanumerisch und einheitlich),
- Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse von der KV Karte,
- Haupt-Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse, das der Auftragnehmer dem vom Auftraggeber übermittelten Kassenverzeichnis entnimmt,
- Versichertenpseudonym,

- Fallverlauf gültig ab: Datum (jüngstes Arztunterschriftsdatum auf der TE/EWE oder Datum der Erstellung der ED bzw. der FD bei neuem LANR/ BSNR-Paar bzw. nach Meldung des Auftraggebers/der Krankenkasse),
- Fallverlauf gültig bis: Datum (Meldung des Auftraggebers/der Krankenkasse)
- Status: (z.B. bestätigt oder im Klärungsprozess)

Der Fallverlauf ist vom Auftragnehmer aufzubewahren und durch die Meldungen der Krankenkassen zu aktualisieren und zu historisieren. Hierzu stellt der Auftragnehmer eine Verknüpfung innerhalb des Fallverlaufes sicher, um unter anderem für spätere Datenlieferungen zur Evaluation und Durchführung der Prüfungen nach § 20 Abs. 4 RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

Der Zeitpunkt der Rückmeldungen der Krankenkassen erfolgt in Abstimmung zwischen den Auftraggebern und dem Auftragnehmer. Die Rückmeldungen sind jeweils innerhalb von drei Arbeitstagen im Datenbestand der Datenstelle zu berücksichtigen.

Der Auftragnehmer meldet die maschinell nicht verwertbaren Rückmeldedaten der jeweiligen Krankenkasse zurück.

Zur genaueren Prozessgestaltung im Rahmen des Fallverlaufes und der Rückmeldungen der Krankenkassen stimmen sich die Auftraggeber und der Auftragnehmer ab.

2.2.2 Prüfung auf Einhaltung des Dokumentationszeitraums im Rahmen der Fallführung

Bei der Fristenberechnung werden nur fristgerechte, vollständige und plausible Dokumentationen berücksichtigt. Die Berechnung des DZR setzt auf dem Erstelldatum auf, auch wenn eine Dokumentation erst innerhalb von 52 Tagen nach Quartalsende (also dem Folgequartal) gültig wird.

Eine Folgedokumentation muss innerhalb des DZR erstellt werden, der sich aus der letzten Dokumentation ergibt, dabei ist der Quartalsbezug zu beachten. Die Erstellung der nächsten Dokumentation hat jedes Quartal (ausgenommen Brustkrebs) oder jedes zweite Quartal zu erfolgen. Dabei berücksichtigt die Datenstelle bei der Indikation Brustkrebs die Vorgaben zu den Dokumentationsintervallen nach Anlage 3 Nummer 1.5 DMP-A-RL.

Bei einem Dokumentationsintervall „jedes zweite Quartal“ gilt die besondere Regelung, dass die nächste eingehende Dokumentation als fristgerecht gilt, wenn sie

- frühestens im nächsten Quartal oder
- spätestens im übernächsten Quartal erstellt wurde.

Pro Quartal ist nur eine vollständige und plausible Dokumentation (ED oder FD) für das gleiche Arzt-Versicherten-Paar gültig. Auch die Einreichung mit gleicher BSNR oder gleicher LANR innerhalb eines Quartals ist unzulässig. Bei diesen im gleichen Quartal eingehenden Dokumentationen ist dem Arzt die Information zu geben, dass bereits dokumentiert wurde und die doppelt eingereichte Dokumentation nicht verarbeitet wird. Eine Ausnahme bildet eine zweite FD im gleichen Quartal bei Brustkrebs beim Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor, Fernmetastasen).

Eine erneute ED wird im bestehenden Fallverlauf nur berücksichtigt werden, wenn bereits 2 fehlende FD, zwei fehlende Schulungen innerhalb von 12 Monaten bzw. eine Fallende-Meldung der jeweiligen Krankenkasse vorliegt. Wenn der unmittelbar vor dem erneutem Eingang der ED liegende DZR eine endgültig fehlende FD aufweist, ist die eingereichte weitere ED im Fallverlauf bis zum aktuellen Quartalsende in der Bearbeitung zurückzustellen. Vorrang wird der Einforderung der noch ausstehenden, fehlenden FD gegeben. Erst wenn diese bis Quartalsende nicht eingegangen ist, setzt die Bearbeitung ggf. inkl. Korrekturprozess der zurückgestellten ED ein.

Liegt innerhalb des berechneten DZR keine fristgerechte, vollständige und plausible Dokumentation vor, so fehlt im Fallverlauf die Dokumentation im betreffenden Quartal.

Eine FD mit veränderter LANR **und** BSNR kann jederzeit, unabhängig von den berechneten Fristen erstellt werden und wird bei der Berechnung des DZR entsprechend berücksichtigt.

Der Auftragnehmer überprüft quartalsweise, für welche Fälle gemäß Fristberechnung Dokumentationen eingereicht werden sollten, aber nicht fristgerecht vorlagen oder (noch nicht) vollständig und plausibel sind.

Das Ergebnis der Prüfung ist zu protokollieren und das Protokoll ist den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

2.3 Weiterleitung von Belegen, Datenlieferung

2.3.1 Pseudonymisierung der Datensätze

Vor Datenweiterleitung an die GE sowie an einen externen Evaluator und an die KV Berlin ist bei den erfassten Datensätzen der Versicherten-Bezug im Auftrag des Auftraggebers 9 zu pseudonymisieren. Dabei richtet sich die Pseudonymisierung nach der im Dokumentationsdatensatz angegebenen Krankenversicherungsnummer des Versicherten und des Krankenkassenbezugs. Alle weiteren Versichertenstammdaten mit Ausnahme des Geburtsjahres werden gelöscht.

Der Auftragnehmer stellt in diesem Zusammenhang sicher, dass die Zuordnung der Versichertennummer zum Pseudonym eindeutig ist und ein Pseudonym nicht unterschiedlichen Versicherten zugeordnet wird. Zur Pseudonymisierung ist das von den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene entwickelte Pseudonymisierungsverfahren anzuwenden. Dieses sieht insbesondere vor, dass

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

Der Auftragnehmer stellt durch geeignete Zuordnungstabellen sicher, dass eine Versichertennummer ausschließlich einmal pseudonymisiert und einem Versicherten genau ein Pseudonym zugeordnet wird. Bei Änderungen der Kassenummer ohne Wechsel der Krankenkasse, bleibt das ursprünglich ermittelte Pseudonym für den Versicherten erhalten.

Nicht festgelegt ist der Umgang mit der Indikation, insofern kann ein Versicherter für alle Indikationen ein und dasselbe Pseudonym haben.

2.3.2 Weiterleitung von Belegen, Datenlieferung für die Krankenkassen

für TE/EWE-Belege:

Alle verarbeiteten TE/EWE sind im Original unter Verwendung eines Lieferscheines mit Angaben zu den übermittelten TE/EWE an die entsprechende Krankenkasse zu übersenden. In Absprache mit den Auftraggebern sind ggf. die vollständigen und korrekten TE/EWE gemäß Anlagen 8.3.6 (csv-Format) und 8.4 (ISKV) elektronisch zu übermitteln.

für Erst- und Folgedokumentationen:

Die für die Krankenkassen bestimmten fristgerechten, vollständigen und plausiblen Dokumentationen werden indikationsspezifisch (siehe Kapitel 7 „Diagnosespezifische Module“) gemäß der Anlage 8 „Anlagen zur Datenübermittlung an die Krankenkassen/datenannahmenden Stellen der Krankenkassen“ an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen weitergeleitet.

Die Daten und Belege sind einmal wöchentlich an die Krankenkassen zu versenden.

Der Versand von Daten und Belegen ist zu protokollieren und das Protokoll ist den Kassen zur Verfügung zu stellen.

2.3.3 Datenlieferung für die Gemeinsame Einrichtung

Die Weiterleitung aller von der Datenstelle erfassten Datensätze mit Arztbezug (LANR und BSNR) und pseudonymisiertem Versichertenbezug erfolgt im Auftrag von und an den Auftraggeber 10 im Rahmen der Qualitätssicherung (Feedbackberichte und Qualitätsberichte). Die Lieferung erfolgt im Format nach Anlage 6 „Anlagen zur Datenübermittlung der teilnehmenden Vertragsärzte/an die Gemeinsame Einrichtung/Kassenärztliche Vereinigung“.

Der Versand erfolgt nach Anforderung durch die GE innerhalb von zwei Wochen.

Der Versand der Daten ist zu protokollieren. Das Protokoll ist dem Auftraggeber 10 zur Verfügung zu stellen.

Außerdem erfolgt zur Evaluation der Programme die Lieferung gemäß dem Format nach Anlage 9 „Anlagen zur Datenübermittlung an die benannten Evaluatoren“ an einen externen Evaluator (siehe Kapitel 4).

2.4 Unterstützung der koordinierenden Ärzte

Zur Unterstützung der koordinierenden Ärzte führt der Auftragnehmer eine Reihe von nachfolgend aufgeführten Prozessen durch.

2.4.1 Arztreminder

Der Auftragnehmer erstellt und verschickt in den ersten drei Arbeitstagen des letzten Monats eines Quartals eine Liste der noch im laufenden Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen an alle koordinierenden Ärzte (Reminder). Der Auftragnehmer berücksichtigt bei der Indikation Brustkrebs die Vorgaben zu den Dokumentationsintervallen nach Anlage 3 Nummer 1.5 der DMP-A-RL.

Fehlen mehr als zwei aufeinanderfolgende FD, so soll der Auftragnehmer den Arzt nicht mehr an die Erstellung erinnern. Die von den Kassen als beendet gemeldeten Fallverläufe sind ebenfalls nicht aufzuführen.

Den Krankenkassen ist eine kassenbezogene Aufstellung des Arztreminders zur Verfügung zu stellen.

2.4.2 Telefonischer Unterstützungsservice

Die Auftraggeber sind berechtigt, die Datenstelle mit bis zu 100 Telefonaten im Quartal zusätzlich im Rahmen von definierten Aufgaben (z.B. telefonisches Reminding) zu beauftragen (Outbound, jeweils ca. 5 Minuten, bis zu drei Kontaktversuche).

Das Ergebnis der Outbound-Maßnahme ist zu protokollieren. Das Protokoll ist den Auftraggebern 1-8 auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

2.4.3 Erinnerungslisten und erneutes Erstellen von Korrekturbelegen

Der Auftragnehmer erinnert die Ärzte mindestens 14-tägig an offene Nachforderungen (Korrekturen). Innerhalb von 14 Tagen nach Ende des Quartals sind alle aus dem Vorquartal offenen Korrekturanforderungen und Korrekturbelege erneut an den koordinierenden Arzt zu versenden.

Der Auftragnehmer erstellt außerdem auf Anforderung des koordinierenden Arztes (oder eines Auftraggebers) erneut den letzten Korrekturbeleg und führt den gesamten Korrektur- und Erinnerungsprozess durch.

2.4.4 Anforderung Fallübersichten durch koordinierende Ärzte

Jeder koordinierende Arzt erhält auf Anforderung eine Auflistung aller Dokumentationen (Fallverlauf) der von ihm aktuell betreuten Versicherten. Dabei sind die Informationen des Arztreminders mit aufzuführen.

2.4.5 Quittungslisten für Vertragsärzte

Die DMP-Datenstelle verschickt 14-tägig Quittungslisten über die eingegangenen Dokumentationen an den einreichenden koordinierenden Vertragsarzt. Der koordinierende Vertragsarzt hat die Möglichkeit, diese Listen bei der Datenstelle abzubestellen.

2.4.6 DMP-Hotline

Der Auftragnehmer stellt sicher, dass den Auftraggebern und DMP-Vertragsärzten eine telefonische Hotline zur Verfügung steht.

Die Hotline unterstützt den koordinierenden Arzt bei der Korrektur von Belegen. Sie erteilt sowohl den Auftraggebern als auch den koordinierenden Ärzten darüber hinaus Auskünfte zu den Inhalten der erstellten Fallverlaufsdatenbank.

Die Hotline ist in ausreichendem Maße mit geschultem Personal zu besetzen, so dass Wartezeiten nur im geringen Maß für die Anrufer entstehen.

Die im Ausschreibungsverfahren erfolgten Ausführungen des Auftragnehmers zur DMP-Hotline sind Vertragsbestandteil geworden.

2.4.7 Datenstellensprechstunde

Der Auftragnehmer bietet den Ärzten einmal monatlich in Berlin kostenfrei eine Datenstellensprechstunde an. Dafür ist eine angemessene Räumlichkeit zur Verfügung zu stellen. Bei der Terminwahl ist die Sprechstundenzeit der Ärzte zu berücksichtigen.

Die Ärzte haben darüber hinaus die Möglichkeit, Datenträger und Belege direkt beim Auftraggeber abzugeben.

2.5 Zeitrahmen

Sofern nicht in den einzelnen Kapiteln konkret benannt, gilt folgende Bearbeitung als vertragskonform:

- Annahme, Überprüfung und Weiterleitung von Dokumentationsdaten und Korrekturbelegen innerhalb von 5 Arbeitstagen bzw. Nachforderung zur Korrektur innerhalb von 10 Arbeitstagen,
- Annahme, Überprüfung und Weiterleitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen innerhalb von 5 Arbeitstagen bzw. Nachforderung zur Korrektur innerhalb von 10 Arbeitstagen.

3 Archivierung

3.1 Grundsätze der Archivierung

Alle bei der Datenstelle eingegangenen beleghaften und beleglosen Dokumentationen werden archiviert. Für die Archivierung gilt, dass

- nur befugte Personen des Auftragnehmers Zugriff auf archivierte Dokumentationen bzw. Datensätze haben,
- die datenschutzrechtlichen Regelungen der Datenschutzbestimmungen (gemäß Anlage 2) beachtet werden,

- die Dokumentationen so zu archivieren sind, dass sie jederzeit und kurzfristig für Prüfzwecke durch die Aufsichtsbehörde bzw. den Prüfdienst der Krankenversicherung der jeweiligen Krankenkasse oder durch von Krankenkassen beauftragte Dritte zur Verfügung gestellt werden können,
- die Aufsichtsbehörde bzw. der Prüfdienst der Krankenversicherung der jeweiligen Krankenkasse oder durch die Krankenkassen beauftragte Dritte die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Aufsichtsbehörde bzw. dem Prüfdienst der Krankenversicherung oder dem durch Krankenkassen beauftragten Dritten eine Prüfung der archivierten Dokumentationen außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, muss der Auftragnehmer sicherstellen, dass ausschließlich der (die) mit der Prüfung beauftragte(n) Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde, des Prüfdienstes der Krankenversicherung bzw. des beauftragten Dritten die entsprechenden Unterlagen erhält (erhalten),
- die eingesetzten Archivierungstechnologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit/Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen,
- alle bei der Datenstelle eingegangenen beleghaften und beleglosen DMP-Dokumentationen und alle eingegangenen Kopien mit Datenkorrekturen/-ergänzungen einschließlich der für die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme erforderlichen personenbezogenen Daten – hier auch die Images bzw. Scans der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen gemäß § 5 Abs. 2 Buchstabe b der DMP-A-RL aufzubewahren sind. Anschließend sind sie unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten, zu löschen. Über die Vernichtung/Löschung ist ein Protokoll anzufertigen und den Auftraggebern auf Anfrage zur Verfügung zu stellen
- begleitende personenbezogene Daten im Zusammenhang mit der Dokumentation, die sich aus den operativen Umsetzungsprozessen ergeben, dürfen nicht länger als die Dokumentationsdaten aufbewahrt werden
- Dokumentationsdaten nach spätestens 18 Monaten zu löschen sind, wenn keine Einwilligung des Versicherten (TE/EWE) vorliegt.

Die im Ausschreibungsverfahren erfolgten Ausführungen des Auftragnehmers zur Archivierung sind Vertragsbestandteil geworden.

3.2 Korrekturbelege

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

3.3 Beleglose Dokumentation

Bei beleglosem Dokumentationsverfahren werden die in elektronischer Form eingegangenen Datensätze 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.

3.4 Nochmalige Lieferung von bereits erfassten und übermittelten Dokumentationsdaten

Einzelne Auftraggeber sind im Ausnahmefall berechtigt, vom Auftragnehmer jederzeit eine nochmalige Lieferung bereits erfasster und verarbeiteter Dokumentationsdaten zu verlangen.

Hiervon können auch Daten von einer vorherigen Datenstelle betroffen sein. Die Lieferung kann alle Formatversionen seit dem Beginn der DMP beinhalten.

Der Auftragnehmer liefert die Daten innerhalb von 4 Wochen.

4 Evaluation & Pseudonymabgleich

4.1 Datenweitergabe an den externen Evaluator

Der Auftragnehmer hat die Aufgabe, alle von ihm im *Zwischenspeicher 2* gespeicherten und abgeschlossenen medizinischen Datensätze auf der Basis der indikationsbezogenen Datensatzbeschreibung zur Evaluation an die von den Auftraggebern 1-8 bestimmten externen Evaluatoren zu übermitteln.

Die Ermittlung und Bereinigung des Versichertenpseudonyms sind Voraussetzungen für die korrekte Meldung der medizinischen Daten an den Evaluator.

Bei der Ermittlung bzw. Bereinigung des Versichertenpseudonyms stellen Datenstelle und Krankenkassen eine eindeutige Beziehung zwischen der aktuellen KV-Nummer eines Versicherten und dessen Versichertenpseudonym her.

4.2 Bereinigung des Versichertenpseudonyms

Krankenkassen, die bereits über Versichertenpseudonyme verfügen, könnten mehrere Pseudonyme für eine natürliche Person besitzen. Aus diesem Grund sind die vorhandenen Versichertenpseudonyme zwischen der Datenstelle und der Krankenkasse abzugleichen und im Bedarfsfall zu bereinigen.

Der Auftragnehmer und die Auftraggeber bzw. die datenannehmenden Stellen der dazugehörigen Krankenkassen stellen sicher, dass rechtzeitig vor Übermittlung der Datenlieferungen eine Synchronisierung der Versichertenpseudonyme erfolgt.

4.3 Erstellung und Übermittlung der medizinischen Daten an den Evaluator

Die Datenstelle übernimmt die Aufgaben im Rahmen der Erstellung und Übermittlung der medizinischen Daten an den Evaluator auf Basis der indikationsbezogenen Datensatzbeschreibung nach dem aktuellen Stand.

Die Auftraggeber stellen sicher, dass dem Auftragnehmer die noch nicht abgestimmten Satzarten zeitnah zur Verfügung gestellt werden. Die Fristen für die Datenlieferungen ergeben sich aus den Regelungen der Anforderungen an die Evaluation gemäß der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL).

Einzelheiten zur Datenübermittlung (Zeitpunkt, Format etc.) werden zwischen den Krankenkassen bzw. deren Verbänden oder den von ihnen beauftragten Dritten und dem Evaluator abgestimmt. Der Auftragnehmer wird von den betreffenden Auftraggebern gesondert darüber informiert. Der Übertragungsweg der Daten (CD-ROM, Diskette, DFÜ) kann bilateral zwischen dem Auftragnehmer, den einzelnen Auftraggebern und dem jeweiligen Evaluator vereinbart werden.

Jeder Evaluator erhält die medizinischen Daten gemäß der Anlage 9 „Anlagen zur Datenübermittlung an die benannten Evaluatoren“ für die von ihm zu prüfenden Krankenkassen.

Der Evaluator liest die ihm übermittelten Dateien in seine Datenbanken ein und führt Plausibilitätsprüfungen durch. Das Ergebnis dieser Prüfungen wird der Datenstelle gemäß der Anlage 9 „Anlagen zur Datenübermittlung an die benannten Evaluatoren“ mitgeteilt. Sofern ein Korrekturbedarf besteht ist der Auftragnehmer verpflichtet, diese Daten zu prüfen, zu korrigieren und nachzuliefern.

Für die Auftraggeber fallen keine zusätzlichen Kosten für den halbjährlich durchzuführenden Pseudonymabgleich an.

Die Datenlieferung an den Evaluator ist zu protokollieren und das Protokoll ist den Auftraggebern 1-8 auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

5 Prüfung der Versicherungszeiten nach § 20 Abs.4 RSAV

Nachfolgend werden die Aufgaben des Auftragnehmers zur Vorbereitung der DMP-Prüfung nach § 20 Abs.4 RSAV näher beschrieben.

Es gelten die jeweils aktuellen Vorgaben der Auftraggeber (Anlage 10 „Datensatzbeschreibung für Prüfungen nach § 20 Abs. 4 RSAV“).

5.1 Ermittlung der vorzulegenden Unterlagen

Die einzelnen Krankenkassen fordern beim Auftragnehmer Unterlagen zu den von den Prüfbehörden benannten Stichproben an. Die Anforderung erfolgt im vorgegebenen Datensatzformat der Auftraggeber als verschlüsselte ZIP-Datei. Die Daten sind sowohl versicherten- als auch belegbezogen auf Wunsch der Krankenkassen zu erstellen und innerhalb von 4 Wochen zu liefern. Auf Anforderung eines Auftraggebers liefert der Auftragnehmer eine Übersicht der angeforderten Daten an die einzelnen Krankenkassen. Auf Anforderung eines Auftraggebers liefert der Auftragnehmer eine Übersicht über die im Rahmen der Prüfungen angeforderten Belege der zugehörigen Krankenkassen an den Auftraggeber.

Die Krankenkassen erhalten innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Eingang der Anforderung einen Vorabliefererschein der auszuliefernden Fälle in Dateiform zur Überprüfung.

Die Prüfung erfordert die Vorlage der Dokumentationen für folgende Zeiträume:

- die Dokumentationen des in der Anforderung genannten Ausgleichsjahres sowie optional die Vorlage der TE/EWE des Versicherten und
- des diesem vorangegangenen und des diesem nachfolgenden Kalenderjahres.

5.2 Vorzulegende Unterlagen

Folgende Unterlagen sind der Prüfbehörde vorzulegen:

- Erstdokumentationen (ED), inkl. sämtlicher Korrekturen,
- Folgedokumentationen (FD), inkl. sämtlicher Korrekturen,
- optional die TE/EWE des Versicherten
- Protokolle, aus denen die Eingangsdaten der Dokumentationen (Korrekturen) erkennbar sind, sofern kein Posteingangsstempel auf dem Dokument angebracht ist (nur bei manuellem Korrekturverfahren)
- Bestätigung der Datenintegrität

5.3 Sortierfolge der Unterlagen

Sortierfolge der gesamten Unterlagen pro Fall:

- nach IK der Krankenkasse sowie
- innerhalb des IK nach KV-Nummer.

5.4 Lieferformate der Unterlagen

Für die Prüfung werden sowohl Images als auch beleghafte Korrekturbögen in Kopie akzeptiert. Die Auftraggeber geben das Lieferformat vor.

Images werden auf einer CD-ROM 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: IK-der-Krankenkasse¹-

¹ Ab dem Ausgleichsjahr 2014 auch „Kostenträgerkennung“

_KVNR_Ordnungsmerkmal-bei-der-Datenstelle_Eingangsdatum (optional, z. B. 999999999_4860200_ED_20100721.png). Als bevorzugtes Datenformat wird „png“ oder „jpg“ angesehen.

Befinden sich prüfrelevante Angaben auf der Rückseite der Unterlagen, ist diese als Image oder Kopie vorzulegen. Der Prüfdienst behält sich vor, in Einzelfällen die Übereinstimmung mit den Originalen bzw. mit dem Originaldatensatz zu prüfen.

5.5 Versand der vorzulegenden Unterlagen

Der Auftragnehmer verpflichtet sich, den Versand der verschlüsselten Prüfunterlagen unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an den von den Auftraggebern genannten Adressaten als versicherten Versand und gegen Empfangsbekanntnis vorzunehmen. Für die Datenstelle besteht alternativ die Möglichkeit, die Prüfunterlagen für den Prüfdienst des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) auf einem Server des BAS hochzuladen.

Die Prüfdienste und Kassen erhalten von dem Auftragnehmer jeweils einen Lieferschein in Dateiform, in dem sämtliche Unterlagen dokumentiert werden, die zur Prüfung bereitgestellt wurden.

5.6 Nachforderung von Prüfunterlagen

Sofern seitens eines Auftraggebers nachträglich ergänzende oder fehlende Prüfunterlagen nachgefordert werden, stellt der Auftragnehmer die Bereitstellung der Unterlagen innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang beim Auftragnehmer sicher.

5.7 Sonstiges

Die Umstellung des manuellen Prüfverfahrens auf maschinelle Prüfung wird zurzeit in Erwägung gezogen. Dadurch können sich wesentliche Bestandteile des derzeitigen Prüfverfahrens ändern oder ganz entfallen.

6 Auswertungen

Die in den Kapiteln 2 bis 5 genannten zu protokollierenden Informationen werden den Auftraggebern auf verschiedenen Wegen zur Verfügung gestellt. Die fallbezogenen oder dokumentationsbezogenen Informationen werden dabei in der Regel über den Statusdatensatz (Kapitel 6.1) und die Fallverlaufsdatenbank (Kapitel 6.2) zur Verfügung gestellt.

Daneben gibt es eine Reihe von weiteren Auswertungen (Kapitel 6.3 ff.), welche in der Regel gesondert per E-Mail oder sFTP zur Verfügung gestellt werden müssen.

Die im Ausschreibungsverfahren erfolgten Ausführungen des Auftragnehmers zur einzusetzenden Serverlösung sind Vertragsbestandteil geworden.

Diese dient in der Datenstelle der gesicherten Bereitstellung und Versendung von Auswertungen und Protokollen an die Auftraggeber und die zugehörigen Krankenkassen. Auch die Entgegennahme von Daten der Auftraggeber und zugehörigen Krankenkassen soll damit möglich sein.

Mit der Serverlösung werden z. B. auch die Fallverlaufsdatenbank und die rechnungsbegleitenden Unterlagen des Auftragnehmers den Auftraggebern und den zugehörigen Krankenkassen bereitgestellt.

6.1 Statusdatensatz

Der Auftragnehmer setzt den Statusdatensatz nach Anlage 11 „Datensatzbeschreibung zur Übermittlung eines DMP-Statusdatensatzes im csv-Format“ für den KV-Bereich Berlin um.

Mit Hilfe des Statusdatensatzes soll eine Protokollierung von Aktivitäten der Datenstelle bei der Annahme, Bearbeitung und Weiterleitung von DMP-Belegen bzw. Dokumentationen und

Datensätzen (TE/EWE, ED, FD) durchgeführt werden. Dieser Prozess soll an besonders wichtigen Stellen regional übergreifend und einheitlich gestaltet werden. Damit soll die Prozesssicherheit in der DMP-Datenverwaltung verbessert werden.

Die Statusdatensätze werden mindestens zweimal wöchentlich zu Dateien zusammengefasst und an die Krankenkassen gesendet. Hierbei hat der Auftragnehmer ein den Datenschutzerfordernissen entsprechend sicheren Übertragungsweg zu wählen.

Für die Betriebskrankenkassen gelten darüber hinaus zusätzliche Protokollierungspflichten gemäß der o.g. Anlage 11 „Datensatzbeschreibung zur Übermittlung eines DMP-Statusdatensatzes im csv-Format“. Auch diese Statusdatensätze werden mindestens zweimal wöchentlich zu Dateien zusammengefasst und an den durch den Auftraggeber 5 benannten Empfänger gesendet.

6.2 Lieferung einer Fallverlaufsdatenbank

Zur Unterstützung der Arbeit der Auftraggeber und der zugehörigen Krankenkassen wird durch den Auftragnehmer ein Auswertungsprogramm bereitgestellt, welches den kompletten Fallverlauf der Versicherten arzt- und auch versichertenbezogen darstellt und darüber hinaus auch einzelne Auswertungskriterien enthält (im Folgenden „Fallverlaufs-DB“ benannt).

Die Fallverlaufs-DB listet je Krankenkasse alle bei der Datenstelle vorliegenden Dokumentationen auf (d.h. alle vollständigen Fallverläufe, für die innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens eine Dokumentation in der Datenstelle eingegangen ist), auch unvollständige und unplausible Dokumentationen. Darüber hinaus sind auch die sich in Korrektur beim koordinierenden Arzt befindlichen, die verfristeten, die an den koordinierenden Arzt zurückgesendeten und die in Klärung befindlichen Dokumentationen abzubilden.

Die Auftraggeber und die zugehörigen Krankenkassen erhalten 14tägig eine aktualisierte Lieferung der Fallverlaufs-DB, bei Vereinbarung mit der Datenstelle auch wöchentlich kostenfrei. Zusätzlich werden auf Wunsch (dienstags), um den Verfristungstermin oder den Quartalswechsel herum, Lieferungen vorgenommen. Hierbei hat der Auftragnehmer ein den Datenschutzerfordernissen entsprechend sicheren Übertragungsweg zu wählen (siehe Serverlösung).

Die im Ausschreibungsverfahren erfolgten Ausführungen des Auftragnehmers zur Fallverlaufsdatenbank sind Vertragsbestandteil geworden.

6.2.1 Inhalt der Fallverlaufsdatenbank

Durch die Darstellung des kompletten Fallverlaufs der Versicherten werden die Auftraggeber und die zugehörigen Krankenkassen bei Fallklärungen und Entscheidungen unterstützt, z. B. bei fehlender Dokumentation, im Kontakt zum Arzt oder zum Versicherten.

Zur Benutzung der Fallverlaufs-DB erstellt der Auftragnehmer ein ausführliches Handbuch. Bei Fragen zum Inhalt der Fallverlaufs-DB oder zu einzelnen Fallverläufen steht die Hotline des Auftragnehmers innerhalb der Hotlinezeiten den Auftraggebern und den zugehörigen Krankenkassen zur Verfügung.

Darüber hinaus sind in der Fallverlaufs-DB über erweiterte Filtereinstellungen auch Selektionen möglich, die verschiedene Fallszenarien und Gesamtübersichten ermöglichen können, wie: keine TE OK registriert, gesperrte ED/FD wegen fehlender TE, TE-Nachforderung offen, AV-Paar nicht bestätigt, Schulungen prüfen, AV-Paar prüfen, Beleg vor Zulassung, bei Kasse gelöscht.

Der Auftragnehmer erhält von den Auftraggebern eine spezifizierte Auflistung der auszuwertenden Fallszenarien und Auswertungsparameter, die im Rahmen der Fallverlaufs-DB abgebildet werden sollen.

6.2.2 Datenschutz von besonders schutzwürdigen Versichertendaten

Die Auftraggeber und teilnehmenden Krankenkassen haben das Recht für besonders schutzwürdige Daten (z. B. eigene Mitarbeiterdaten oder Versichertendaten der Personalkrankenkasse) eine separate Fallverlaufs-DB anzufordern, die nur die besonders schutzwürdigen Daten enthält. Für die Auftraggeber sind diese schutzwürdigen Versichertendaten in der allgemeinen Verlaufsdatenbank nicht enthalten.

6.3 Auswertungen zum Controlling der Datenstelle

Der Auftragnehmer führt intern Mengenabgleiche über eingehende, verarbeitete und ausgehende Datensätze und Belege durch.

Der Auftragnehmer stellt durch Stichproben sicher, dass die Datenverarbeitung ordnungsgemäß erfolgt.

Die zu liefernden Auswertungen und Protokolle, die jeweiligen Empfänger und der Lieferrhythmus sind der Anlage 15 „Anlage Auswertungen und Protokollierungen“ zu entnehmen.

Die im Ausschreibungsverfahren erfolgten Ausführungen des Auftragnehmers bezüglich der Statistiken (Auswertungen und Protokolle), Konzeption zur Darstellung der statistischen Daten sowie zur Prozess- und interne Qualitätssicherung sind Vertragsbestandteil geworden.

6.4 Auswertungen für die KV Berlin

6.4.1 Quartalsaufstellung

Der Auftragnehmer erstellt als Basis für die Abrechnung der ärztlichen Vergütung bis zum Ende des 2. Monats nach Quartalsende eine arzt- und versichertenbezogene Aufstellung aller im Vorquartal eingereichten Belege und Datensätze. In der Aufstellung ist für jeden Beleg/Datensatz zu kennzeichnen:

- die fristgerechte Einreichung, die Vollständigkeit und Plausibilität,
- doppelte Belege/Datensätze sowie
- die elektronische Erstellung.

Die Aufstellung wird der KV Berlin, den koordinierenden Ärzten und den Krankenkassen (siehe Anlage 15 „Anlage Auswertungen und Protokollierungen“) zur Verfügung gestellt. In den Aufstellungen für die KV Berlin ist der Versichertenbezug zu pseudonymisieren. Die Krankenkassen erhalten Aufstellungen nur in Bezug auf ihre eigenen Versicherten.

Die Daten befinden sich in einer Semikolon separierten Textdatei mit folgender Struktur:

Attribut	Bedeutung
Diagnose	DMP
Arztnr	Betriebsstättennummer/ Nebenbetriebsstättennummer*
LANR	lebenslange Arztnummer *
TITEL_LANG	Titel
ArztName	Nachname Arzt
ArztVorname	Vorname Arzt
IK	Institutskennzeichen Krankenkasse
KassenName	Kassenname
VersNr	Versichertennummer * *
VersNr_eGK.	Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte * *
Nachname	Nachname Patient * *
Vorname	Vorname Patient * *
GebDat	Geburtsdatum Patient
Eingangdatum	Datum des Eingangs der Dokumentation in der Rechenstation

JahrQuartal	Jahr und Quartal der Dokumentation (JJJJQ oder leer)
Plausibel	Datensatz vollständig und plausibel (x oder leer)
AFhl	leer
Verfristet	Doku verfristet (x oder leer)
FruehDoppelt	Mehrfacheinreichung ED, FD zu früh (x oder leer)
RueckSonst	sonstige Ablehnung (x oder leer)
eDMP	elektronisch erstellt "F" für DFÜ oder „C“ für Datenträger
Belegart	Dokumenttyp Erst oder Folge (E,F oder leer)
inKorrektur	Dokumentation befindet sich im Korrekturprozess
TEfehlt	Nur AOK/Knappschaft: fristgerechte und fehlerfreie Dokumentation (ED/VD) ohne TE/EWE (x oder leer)

* Realisierung VändG

* * pseudonymisiert in den Aufstellungen für KV und Gemeinsame Einrichtungen

6.4.2 Prozessmanagementpauschale für Diabetes mellitus Typ 2

Die Prozessmanagementpauschale erhalten die am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden Ärzte unter der Voraussetzung einer regelmäßigen Dokumentation.

Die Datenstelle liefert im Auftrag der Krankenkassen der KV Berlin einmal jährlich eine aggregierte Liste. Die Krankenkassen geben die Richtlinien zur Berechnung vor. Diese Liste enthält folgende Daten:

- Versichertennummern,
- Kostenträger (IK der Krankenkasse),
- LANR und BSNR der anspruchsberechtigten Ärzte,
- Versichertenbezogene Prozessmanagementpauschalen je LANR/BSNR (vollständig, anteilig oder keine),
- Zeitraum (berücksichtigte Quartale).

Die Daten werden der KV Berlin spätestens 17 Wochen nach dem 31.12. eines Jahres als Sammelmeldung in elektronischer und weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung gestellt.

Zur Vorabprüfung erhalten die Auftraggeber 1-8 bzw. die teilnehmenden Krankenkassen spätestens 12 Wochen nach dem 31.12. des Betrachtungsjahres ihre kassenbezogenen Auszüge. Innerhalb von 4 Wochen nach dem Auslieferungstermin nimmt die Datenstelle die Rückmeldungen der Auftraggeber 1-8 entgegen und arbeitet diese in die Gesamtdatei für die KV Berlin ein.

6.5 Erstellung von rechnungsbegleitenden Unterlagen

Der Auftragnehmer stellt datensatz- bzw. belegbezogene rechnungsbegleitende Unterlagen zur Verfügung. Diese sollen

- als Datei im csv-Format im Rahmen der Serverlösung zur Verfügung gestellt werden bzw.
- über den abgestimmten Statusdatensatz geschickt werden.

Das Versenden der rechnungsbegleitenden Unterlagen in Papierform ist nicht notwendig.

Die rechnungsbegleitende csv-Datei/die Statusdatensätze sind zeitgleich mit Versand der Rechnung zur Verfügung zu stellen.

7 Diagnosespezifische Module

Die Dokumentationsdaten sind je nach Indikationen unterschiedlich zu verarbeiten. Die Indikationen werden daher in verschiedene Indikationsmodule unterschieden. Die Dokumentationsdaten sind je nach Modul und entsprechender Anlage 5 in ihre unterschiedlichen

Formate zu trennen, zu verarbeiten und an unterschiedliche Empfänger weiterzuleiten (siehe Kapitel 2).

Im Einzelnen sind von dem genannten Prozess folgende Aufgaben für die Verarbeitung der Dokumentationen vom Auftragnehmer durchzuführen, die den einzelnen Auftraggebern je Modul direkt zuzuordnen sind.

7.1 Verarbeitung der Dokumentation für den koordinierenden Arzt

1. Die Prüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität.
2. Die Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Dokumentationen.
3. Die Übermittlung der Daten an die jeweiligen Auftraggeber gemäß § 25 Abs. 1 und 2 RSAV.

7.2 Verarbeitung der Dokumentationsdaten für die Arbeitsgemeinschaft (Auftraggeber 9)

1. Entgegennahme und ggf. Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß nachfolgend beschriebenen Anlagen des Vertrages über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten:

Modul	Anlage
Diabetes mellitus Typ 1 und 2	Anlage 5.1
Koronare Herzerkrankung	Anlage 5.2
Asthma bronchiale	Anlage 5.3
COPD	Anlage 5.4

2. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß § 25 Abs. 2 Ziff. 1a der RSAV.
3. Speicherung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß § 25 Abs. 2 Ziff. 1c der RSAV an die KV Berlin und die Gemeinsame Einrichtung.

7.3 Verarbeitung der Dokumentationsdaten für die Krankenkassen (Auftraggeber 1-8)

1. Entgegennahme, ggf. Erfassung, Weiterleitung und Archivierung der Dokumentationsdaten gemäß nachfolgend beschriebenen Anlagen des Vertrages über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten:

Modul	Anlage
Diabetes mellitus Typ 1 und 2	Anlage 5.1
Koronare Herzerkrankung	Anlage 5.2
Asthma bronchiale	Anlage 5.3
COPD	Anlage 5.4

Die Weiterleitung der Daten an die Krankenkassen erfolgt gemäß Anlage 8 „Anlagen zur Datenübermittlung an die Krankenkassen/datenannehmenden Stellen der Krankenkassen“ im EDIFACT-Format bzw. csv-Format.

7.4 Verarbeitung der Dokumentationsdaten für die Gemeinsame Einrichtung (Auftraggeber 10)

Weiterleitung der vom Auftragnehmer erfassten Datensätze gemäß nachfolgend beschriebenen Anlagen des Vertrages über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten mit Arzt- und pseudonymisiertem Versichertenbezug zur Weitergabe der Daten im Rahmen der Qualitätssicherung und Evaluation des Programms:

Modul	Anlage
Diabetes mellitus Typ 1 und 2	Anlage 5.1
Koronare Herzerkrankung	Anlage 5.2
Asthma bronchiale	Anlage 5.3
COPD	Anlage 5.4

7.5 Verarbeitung der Dokumentationsdaten für die Krankenkassen im DMP Brustkrebs (Auftraggeber 1-8)

1. Entgegennahme und ggf. Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß nachfolgend beschriebenen Anlagen des Vertrages über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten:

Modul	Anlage
Brustkrebs	Anlage 5.5

2. Speicherung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß § 25 Abs. 3 der RSAV nach Abstimmung mit den Auftraggebern 1-8 an die Krankenkassen.

Im Folgenden werden die Besonderheiten im DMP Brustkrebs Berlin gegenüber den Kapiteln 2 bis 6 dieser Aufgabenbeschreibung dargestellt.

Im DMP Brustkrebs können neben dem am DMP teilnehmenden Ärzten auch die am DMP Brustkrebs teilnehmenden stationären Einrichtungen (Brustzentren) TE/EWE und Dokumentationen einreichen.

Im DMP Brustkrebs können ED präoperativ und/oder postoperativ erstellt werden. Hierbei ist nach den bundeseinheitlichen Plausibilitätsprüfungen für:

- präoperative,
- postoperative und
- postoperative ED nach präoperativer Einschreibung

vorzugehen.

Im Fall einer präoperativen Einschreibung muss eine postoperative ED durch den Auftragnehmer eingeholt werden. Die genauen Prozesse werden zwischen dem Auftragnehmer und den Auftraggebern abgestimmt.

Die am DMP teilnehmenden Ärzte und teilnehmenden Brustzentren werden mindestens einmal monatlich durch die Kommission DMP Brustkrebs Berlin gemeldet. Insofern erfolgt die Prüfung auf Teilnahme des Arztes/des Krankenhauses (Kapitel 2.1.3) anhand dieser Liste.

Die Daten zur arzt- und versichertenbezogenen Qualitätssicherung werden an die Krankenkassen bzw. die Kommission DMP Brustkrebs gesendet. Im Auftrag der Krankenkassen bzw. der Kommission DMP Brustkrebs können diese Daten durch den Auftragnehmer auch an einen zu benennenden Dritten zur Umsetzung der Qualitätssicherung

gesendet werden. Dafür ggf. notwendige Aufgaben zur Pseudonymisierung der Versichertendaten sind gemäß Kapitel 2.3.1. durchzuführen. Gleiches gilt für die Daten, die im Rahmen der Evaluation weiterzuleiten sind.

Im Rahmen der arztbezogenen Qualitätssicherung fertigt der Auftragnehmer jährlich eine Auswertung über die Anzahl der bei Ersteintritt vollständig und plausibel eingegangenen Dokumentationen, unterteilt in Erst- und Folgedokumentationen, im Vergleich zu den insgesamt eingegangenen Dokumentationen für den jeweiligen Auswertungszeitraum. Zusätzlich unterstützt der Auftragnehmer die Auftraggeber bei der Zuordnung der Versicherten zum operierenden Krankenhaus (Ermittlung der IK-Nummer des Krankenhauses).

Im DMP Brustkrebs Berlin sind die in der Anlage 15 „Anlage Auswertungen und Protokollierungen“ geforderten Auswertungen zusätzlich zu den Vertragsärzten auch auf die Brustzentren zu beziehen.

Abweichend vom Kapitel 2.1.5 „Speicherung eingehender Dokumentationen“ werden die erfassten Daten der Erst- und Folgedokumentation in folgenden Zwischenspeichern aufbewahrt.

Zwischenspeicher BK 1

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

Zwischenspeicher BK 2

Die für die Qualitätssicherung und Evaluation des Programms bestimmten Datensätze (mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug) werden auf einem vom Zwischenspeicher 1 getrennten Medium gespeichert; hierbei ist vom Auftragnehmer eine solche EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff vom Zwischenspeicher 2 auf den Zwischenspeicher 1 erlaubt.

Die Datenlieferung an die Krankenkassen gemäß Kapitel 2.3.2 erfolgt aus dem Zwischenspeicher 1.

Die für die Qualitätssicherung bestimmte Datenlieferung an die Kommission Brustkrebs Berlin erfolgt aus dem Zwischenspeicher 2.

Die Auswertungen gemäß Anlage 15 „Anlage Auswertungen und Protokollierungen“ werden an Stelle der GE bzw. der KV Berlin an die Kommission DMP Brustkrebs Berlin gemeldet.

Abrechnung Brustzentren

Die vom Auftragnehmer zu erstellenden quartalsweisen Nachweise für vollständige und plausible Dokumentationen sind getrennt nach Krankenkassen an die teilnehmenden Brustzentren zu übermitteln.

Diese kassenindividuelle Aufstellung wird den teilnehmenden Brustzentren durch den Auftragnehmer zur Bestätigung und zur Ergänzung um die pauschal zu vergütenden Beratungsgespräche in physischer Form zur Verfügung gestellt. Die teilnehmenden Brustzentren haben die Aufstellung mit Unterschrift und Stempel zu bestätigen und an den Auftragnehmer zurück zu senden.

Der Auftragnehmer übermittelt den jeweiligen Krankenkassen die o. g. Abrechnungsinformationen bezogen auf die Brustzentren.

Die Aufstellung zur Abrechnung für die teilnehmenden Ärzte erfolgt wie in Kapitel 6.4.1 beschrieben an die KV Berlin.