

**Datenstellenvertrag
zur Durchführung der Disease-Management-Programme
in Hamburg**

**in der Fassung des 17. Nachtrages vom 01.10.2024
zwischen**

der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORDWEST

zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),

der IKK classic,

zugleich handelnd für die Innungskrankenkassen, die diesem Vertrag beigetreten sind,

der KNAPPSCHAFT

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)

(Auftraggeber)

und

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

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 § 20 Abs. 4 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 von der Arbeitsgemeinschaft DMP beauftragten Fassung
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
Datensatz (Erst-/Folgedokumentation)	Dokumentationsdaten entsprechend der jeweiligen Anlage der DMP-A-RL
Datenstelle	DAVASO GmbH
DMP-A-RL	DMP-Anforderungen-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung
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
DS-GVO	Datenschutz-Grundverordnung
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 § 25 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 von der Arbeitsgemeinschaft DMP beauftragten Fassung, auf welcher der koordinierende Arzt auch die der Einschreibung zugrunde liegende Diagnose bestätigt.
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)
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.

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit in der männlichen Form verwendet. Es sind jedoch immer gleichrangig Personen jedweden Geschlechts gemeint.

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 unbesetzt
- Anlage 4 Datensatzbeschreibung zur Vergütungsdatei
- Anlage 5 Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei der Datenverarbeitung im Auftrag inklusive der Anhänge A bis F
- Anlage 6 Verzeichnis der datenannehmenden Stellen der Krankenkasse
- Anlage 7 unbesetzt
- Anlage 8 unbesetzt
- 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 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. 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 Zulassungsanforderungen nach der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) und der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) in ihrer jeweils gültigen Fassung, jedoch nur, soweit auch der zugelassene DMP-Vertrag für die jeweilige Diagnose bereits an Änderungen der Anforderungen angepasst wurde.

Abschnitt I

Ziele, Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

§ 1

Ziele

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

§ 2

Vertragsgegenstand

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

§ 3

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. koordinierende Ärzte, die an der jeweiligen DMP-Vereinbarung in Hamburg teilnehmen,
 2. Krankenkassen, die in Hamburg ein zugelassenes DMP durchführen.
- (2) Die Vertragsärzte erklären die Teilnahme an dem jeweiligen DMP schriftlich gegenüber der KVH. Der koordinierende Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift den Datenstellenvertrag.
- (3) Diese Vereinbarung gilt für alle zwischen den Vertragspartnern getroffenen DMP-Vereinbarungen (Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale und COPD) sowie für im Rahmen der Laufzeit nach § 31 neu vereinbarte DMP. Zu den DMP Osteoporose, Herzinsuffizienz und Rheumatoide Arthritis wurde der Auftragnehmer gemäß § 26 von den Auftraggebern

ebenfalls mit der Umsetzung beauftragt. Die Umsetzung beginnt mit Inkrafttreten des jeweiligen Hauptvertrages für die Region Hamburg.

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, RSAV sowie des SGB X und der DS-GVO 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 der Anlage 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 beauftragte 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 gemäß Anlage 5 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 sowie Anlage 5 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) an Arbeitstagen 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 beauftragten 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) Der Schutz der Daten bei der Datenverarbeitung im Auftrag erfolgt unter besonderer Berücksichtigung des Artikels 28 DS-GVO und des § 80 SGB X. Näheres ist in Anlage 5 geregelt.
- (2) 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 gemäß § 5 Abs. 2 Buchstabe b DMP-A-RL. Sie werden nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten von der Datenstelle gelöscht.
- (3) Die Datenstelle liefert den Auftraggebern die für die Meldung nach § 80 Abs. 3 SGB X erforderlichen Angaben.

§ 11

Datentransport

- (1) Daten sind über Datenfernübertragung (DFÜ) oder mittels Datenträger auszutauschen. Die Initiative für den DFÜ-Kommunikationsvorgang übernimmt der Absender. Der Absender hat sicherzustellen, dass der Kommunikationspartner die für den Empfang der Daten berechnete Stelle ist. Dies kann über die Vergabe entsprechender Passwörter geschehen. Einigen sich Absender und Empfänger nicht auf das automatische Recovery gemäß ISO IS 8571 FTAM, gilt für Übertragungsabbrüche, dass die betroffene Datei vom Absender erneut übertragen wird. Innerhalb des ISDN/DATEX-P wird die Rufnummer des aktiven Partners übergeben und vom passiven Partner geprüft. Deshalb muss die ISDN/DATEX-P-Nummer jedes möglichen aktiven Partners den passiven Partnern gemeldet werden; jede Änderung ist unverzüglich und rechtzeitig im Voraus den beteiligten Stellen bekanntzugeben. Zur Sicherstellung eindeutiger Partnernamen im DFÜ-Netz werden die jeweiligen IK-Nummern der Partner verwendet.

- (2) Datenträger sind von den Auftraggebern und der Datenstelle als Einschreiben eigenhändig zu versenden. Hierbei sind verschließbare Behälter in neutraler, verschlossener Verpackung zu verwenden. Zu den Behältern erhalten die Auftraggeber und die Datenstelle jeweils einen Schlüssel, für dessen Verlust sie haften. Wenn keine verschließbaren 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 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 § 20 Abs. 4 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 Bundesamtes für Soziale Sicherung:
 - 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 gemäß Anlage 5 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 § 20 Abs. 4 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 Bundesamtes für Soziale Sicherung.
- (5) Die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP informiert die Datenstelle unverzüglich über notwendige Anpassungen der Datenflüsse aufgrund von Regelungen der RSAV und Bestimmungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung.
- (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 0,72414,

b) Im Falle der beleglosen Dokumentation:

(ba) für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der Erstdokumentation EUR 0,78448,

(bb) für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der Folgedokumentation EUR 0,78448.

Der Vergütungsanspruch versteht sich als Nettopreise ohne gesetzliche Mehrwertsteuer unter Einschluss sämtlicher Personal-, Sach-, Material-, Einrichtungs- und sonstigen Nebenkosten. 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 jewei-

ligen 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 sowie Anlage 5. 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 sowie die vertragswidrige Übermittlung von Daten durch den Auftragnehmer an Staaten, die kein Mitgliedsstaat der Europäischen Union, kein anderer Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die Schweiz sind oder für die kein Angemessenheitsbeschluss nach Art. 45 DS-GO vorliegt 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 BAS 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.

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	9
2.4.6	Elektronische Archivierung der TE/EWE	9
3	Leistungen im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentationen (ED und FD)	10
3.1	Annahme der Dokumentationen	10
3.2	Archivierung der Dokumentationen	11
3.2.1	Archivierung bei belegloser Dokumentation	12
3.2.2	Archivierung bei beleghafter Dokumentation	13
3.3	Prüfung der Berechtigung des Arztes zur Erstellung von Dokumentationen	13
3.4	In Vertretung erstellte Dokumentation	14
3.5	Prüfung der Dokumentationen auf Einhaltung der Frist	14
3.6	Prüfung der Dokumentationen auf Mehrfachdokumentationen	15
3.7	Zwischenspeicherung der Dokumentationen	15
3.8	Pseudonymisierung der Datensätze	16
3.9	Prüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität	16
3.10	Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible Dokumentationen	17
3.11	Weiterleitung der Dokumentationen	19
4	Fallführung und Rückmeldeverfahren	19
4.1	Zweckgebundenheit des DMP-Falles	19
4.2	Generierung und Pflege des DMP-Falles	19
4.3	Definition und Speicherung des DMP-Falles	21
4.4	Meldungen der Krankenkassen	21
4.4.1	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kostenträgerkennung	22

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

Hinweis

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

1 Einleitung

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

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

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

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

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

2.1 Entgegennahme der TE/EWE

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

2.2 Scannen der TE/EWE

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

2.3 Weiterleitung der TE/EWE

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

2.4 Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren

2.4.1 Erfassung der TE/EWE

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

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

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

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

Bei mehreren angekreuzten Diagnosen auf der TE/EWE ist für jede Diagnose ein gesonderter Datensatz mit Bezug zum Urbeleg anzulegen, sofern das jeweilige Datensatzformat dies zulässt.

Hat der koordinierende Arzt auf der TE/EWE ausschließlich eine Diagnose angegeben, für die zu dem Zeitpunkt keine Verarbeitung durch diesen Datenstellenvertrag erfolgt, wird ein einmaliges Korrekturverfahren nach Punkt 2.4.3 eingeleitet. Bei der gleichzeitigen Angabe einer bestehenden DMP-Indikation und einer neuen DMP-Indikation erfolgt kein Korrekturverfahren.

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 ist nur das aktuelle, den bundeseinheitlichen Vorgaben entsprechende Formular zugelassen.

Werden TE/EWE mit Hilfe einer Praxissoftware erstellt und entsprechen diese inhaltlich dem oben benannten Formular, sind diese ebenso anzunehmen und zu verarbeiten. Fehlt lediglich der Formularschlüssel, sind die Formulare ebenso zu verarbeiten (siehe Punkt 2).

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

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

2.4.6 Elektronische Archivierung der TE/EWE

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

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

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

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

Beim eDMP erfasst der koordinierende Arzt die Dokumentationen in seiner Praxis (Ort der Leistungserbringung). Die erfassten Dokumentationen werden in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst, verschlüsselt und an die Datenstelle übermittelt. Die Übermittlungsdatei wird 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 beauftragten Fassung entsprechen. Die Datenstelle wird über neue oder angepasste Schnittstellenbeschreibungen von den Auftraggebern rechtzeitig informiert.

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

3.1 Annahme der Dokumentationen

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

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 elektronisch zu übermitteln. Sollte eine Identifikation des betroffenen Arztes nicht möglich sein, wird der Datenträger vernichtet; über die Zahl der betroffenen Datenträger wird die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP sowie die KVH monatlich informiert.

3.2 Archivierung der Dokumentationen

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

- alle eingegangenen Belege (Dokumentationen, Korrekturen von Dokumentationen, eDMP-Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben etc.) sowohl physisch, als auch als Image zu archivieren sind. Die Datenstelle hat sicherzustellen, dass jederzeit eine Verbindung in beide Richtungen zwischen Originalbeleg und Image hergestellt werden kann;
- für die Vertragsregion Hamburg ein von den übrigen Vertragsregionen getrenntes Archiv angelegt wird;
- nur befugte Personen der Datenstelle Zugriff auf die archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze haben;
- die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten gemäß Anlage 5 zu beachten sind;
- die eingegangenen Dokumentationen, alle eingegangenen Kopien mit Datenkorrekturen/ -ergänzungen sowie alle dazugehörigen eDMP-Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben und von der Datenstelle erzeugten Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben (in Dateiform) physisch gemäß § 5 Abs. 2 Buchstabe b DMP-A-RL zu archivieren sind. Begleitende personenbezogene Daten im Zusammenhang mit der Dokumentation, die sich aus den operativen Umsetzungsprozessen ergeben, dürfen nicht länger als die Dokumentationsdaten aufbewahrt werden;

- die Belege, Images bzw. Datensätze so zu archivieren sind, dass sie jederzeit und innerhalb von 4 Wochen für Prüfzwecke durch die Prüfdienste der Krankenversicherung der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können
- die Datenstelle gewährleistet, dass die jeweiligen Prüfdienste der Krankenversicherung die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Prüfdienste der Krankenversicherung eine Prüfung der archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, gewährleistet die Datenstelle, dass ausschließlich die mit der Prüfung beauftragten Mitarbeiter der Prüfdienste der Krankenversicherung die entsprechenden Unterlagen erhalten. Diese Mitarbeiter werden der Datenstelle rechtzeitig vom Auftraggeber bzw. von den Prüfdiensten der Krankenversicherung benannt;
- die eingesetzten Archivierungstechnologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit/Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen;
- nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist gemäß § 5 Abs. 2 Buchstabe b DMP-A-RL die archivierten Belege, Images bzw. Datensätze unverzüglich zu vernichten bzw. zu löschen sind; spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten nach Beauftragung;
- abweichend von den vorstehenden Regelungen die Datenstelle personenbezogene Daten zu Dokumentationen umgehend löscht, wenn bis spätestens 18 Monate nach Eingang der Dokumentation keine TE/EWE (Einwilligung des Versicherten in die Datenverarbeitung) vorliegt. Die Löschung der Daten basiert auf einer Rückmeldung der jeweiligen Krankenkasse bzw. auf weitergehenden Prozessen, welche zwischen Krankenkassen und Datenstelle im Zusammenhang mit der Prüfung auf Vorhandensein einer TE/EWE vereinbart sind;
- die Datenstelle ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, welches sie mit den Auftraggebern abstimmt.

3.2.1 Archivierung bei belegloser Dokumentation

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

- die Datensätze gemäß den Standards der elektronischen Datenarchivierung im Sozialversicherungssektor auf einem dazu geeigneten und gesetzlich erlaubten Medium zu speichern sind;

- die Datensätze mit einem Read-Only-Schutz zu speichern sind;
- die unzulässig übermittelten Datenträger (Diskette, CD-ROM, DVD) nicht archiviert, sondern zeitnah vernichtet werden müssen.

3.2.2 Archivierung bei beleghafter Dokumentation

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

3.3 Prüfung der Berechtigung des Arztes zur Erstellung von Dokumentationen

Die Datenstelle führt die von der KVH übermittelten Informationen zur Berechtigung der Ärzte zur Erstellung von Dokumentationen in einer historisierten Arztliste zusammen. 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.

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

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

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

3.4 In Vertretung erstellte Dokumentation

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

3.5 Prüfung der Dokumentationen auf Einhaltung der Frist

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

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

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

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

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

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

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

3.6 Prüfung der Dokumentationen auf Mehrfachdokumentationen

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

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

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

3.7 Zwischenspeicherung der Dokumentationen

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

- Zwischenspeicher 1

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

- Zwischenspeicher 2

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

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

3.8 Pseudonymisierung der Datensätze

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

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

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

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

3.9 Prüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität

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

3.10 Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible Dokumentationen

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

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

Korrekturen von Dokumentationen können über vier mögliche Verfahren erfolgen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.11 Weiterleitung der Dokumentationen

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

4 Fallführung und Rückmeldeverfahren

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

4.1 Zweckgebundenheit des DMP-Falles

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

4.2 Generierung und Pflege des DMP-Falles

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Definition und Speicherung des DMP-Falles

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

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

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

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

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

4.4 Meldungen der Krankenkassen

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

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

4.4.1 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kostenträgererkennung

Sachverhalt

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

Meldung der Krankenkasse

Die Meldung der Krankenkasse besteht aus folgenden Inhalten:

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

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt die gemeldete neue Kostenträgererkennung in die Datenbank.

Die Datenstelle gewährleistet eine Verknüpfung des „alten“ und „neuen“ Versichertenstammdatensatzes, um u. a. für spätere Datenlieferungen zur Evaluation und Durchführung der Prüfungen nach § 20 Abs. 4 RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

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

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

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

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

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

4.4.3 Beendigung von DMP-Fallverläufen durch die Datenstelle

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

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

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

5 Weiterleitung der Daten

5.1 Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse

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

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

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

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

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

5.2 Weiterleitung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung bzw. KVH

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

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

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

5.2.1 Erstellen des Arzt-Reminders

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

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

5.2.2 Datenweitergabe an den externen Evaluator

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

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

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

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

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

5.3 Testdatenlieferungen

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

5.4 Besonderheiten BKK'n

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

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

5.5 Besonderheiten IKK'n

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2 Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen

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

6.3 Definition der vorzulegenden Unterlagen

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

- Erstdokumentationen als visualisierte Dokumentationsdatensätze in Form von Images in vom jeweiligen Prüfdienst abgestimmten eigenentwickelten Formularen oder als mit dem XML-Reader der KBV erzeugten HTML-Dateien;
- Folgedokumentationen als visualisierte Dokumentationsdatensätze in Form von Images vom jeweiligen Prüfdienst abgestimmten in eigenentwickelten Formularen oder als mit dem XML-Reader der KBV erzeugten HTML-Dateien;
- sämtliche Korrekturbelege für alle einbezogenen Erstdokumentationen und Folgedokumentationen als Originale oder als Images mit einer qualifizierten elektronischen Signatur (Sollte im Einzelfall auf dem letzten Korrekturbeleg der gesamte Korrekturverlauf nachvollziehbar sein, ist dieser Korrekturbeleg ausreichend.). Darüber hinaus werden auch Images als Belege zu RSA-Prüfzwecken anerkannt, wenn sie revisionssicher in einem entsprechenden Archivierungsmedium gespeichert wurden und so die Anforderungen an die Authentizität und Integrität der gespeicherten Daten erfüllen.

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

Kostenträgerkennung, Krankenversicherungsnummer, Ordnungsmerkmal bei der Datenstelle, Erstellungsdatum.

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

6.4 Sortierfolge der Unterlagen

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

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

6.5 Versand der vorzulegenden Unterlagen

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

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

6.6 Verschlüsselung von Daten

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

6.7 Lieferschein

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

Der Lieferschein umfasst folgende Mindestangaben:

- KV-Bereich;
- Diagnose;

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

6.8 Nachforderung von Prüfunterlagen

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

7 Informationen an die Auftraggeber

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

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

7.1 Online-Recherche

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

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

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

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

7.2 Statusdatensatz

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

7.3 Verbandsstatistik

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

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

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

7.4 Information an den koordinierenden Arzt

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

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

Versandturnus/-Termin: 14-tägig

Mindestinhalt:

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

7.5 Abrechnungsstatistiken

7.5.1 Vergütungsdatei für die Kassenärztliche Vereinigung

Die Datenstelle erstellt, getrennt nach DMP, elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der eingegangenen Dokumentationen gemäß Anlage 4.

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

7.5.2 Rechnungsbegründende Unterlagen für die Krankenkassen

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

Die zahlungsbegründenden Unterlagen werden mittels Statusdatensatz zur Verfügung gestellt.

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 1 eDMP: Kurzbeschreibung DMPonline

Kurzbeschreibung DMPonline

- 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 25920-22 zurücksenden
(bei Versendung per Telefax ist eine Rücksendung per Post nicht notwendig)

DAVASO GmbH
Abteilung DMP
Postfach 50 05 55
04305 Leipzig

Antrag zur Erfassung von DMP-Daten im Online-Verfahren
<https://DMPonline.inter-forum.de/>

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

Hiermit beantrage ich den Zugang zur DMPonline-Datenerfassung auf dem Server der DMP-Datenstelle DAVASO 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.

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

Stand: 01.10.2024

DMP-Kommunikationsmatrix im Rahmen des Datenmanagements

Information der Vertragsärzte, KVH und Krankenkassen

Nr.	Information	Details/ Besonderheiten	Frequenz/ Zeitpunkt	Empfänger Arzt	Empfänger KVH	Empfänger Krankenkassen
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 Dokumentationszeitraums 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	Folgedokumentationsreminder: 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 Krankenkasse mittels Statusdatensatz	wöchentlich		x	x
11	Irrläufer: unbekannte Krankenkasse	Info an jeweiligen Verband der Krankenkassen	wöchentlich			x
12	Lieferung beleghafter TE/EWE im Original		zweimal wöchentlich			x
13	Export von Dokumentationsdaten		Anlage 6 zum Vertrag			x
14	KVH-Abrechnung: Vorliegende Dokumentationen des Vorquartals, die vollständig und plausibel bzw. vertragskonform sind	Erstellung unter Berücksichtigung aller Belege eines Quartals	57 Tage nach Quartalsende		x	
15	KVH-Abrechnung: Verfristeter Eingang einer Dokumentation		57 Tage nach Quartalsende		x	
16	KVH-Abrechnung: Außerhalb des Dokumentationszeitraums erstellte Folgedokumentation		57 Tage nach Quartalsende		x	
15	ORS-Aktualisierung		wöchentlich		x	x

Anlage 4: Datensatzbeschreibung zur Vergütungsdatei

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

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

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

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

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

⁴ Folgedokumentationen ohne vorherige Erstdokumentation

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

Anlage 5

**Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit
bei der Datenverarbeitung im Auftrag
(Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X)**

– Datenschutzbestimmungen –

§ 1

Gegenstand der Datenschutzbestimmungen

- (1) Diese Datenschutzbestimmungen sind Bestandteil der vereinbarten Leistungen entsprechend des

Datenstellenvertrags zur Durchführung der Disease-Management-Programme in Hamburg

- im Folgenden Datenstellenvertrag genannt - und somit Grundlage für die Abwicklung der zwischen dem Verantwortlichen und dem Auftragsverarbeiter vertraglich vereinbarten Leistungen. Diese Datenschutzbestimmungen regeln den Schutz von Daten bei der Datenverarbeitung im Auftrag unter besonderer Berücksichtigung des Art. 28 DSGVO und des § 80 SGB X.

- (2) Der Auftragsverarbeiter verarbeitet zum Zwecke der Erbringung der nach dem Datenstellenvertrag geschuldeten Leistungen Sozialdaten, personenbezogene Daten und/oder Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse (nachfolgend Daten genannt) im Auftrag des Verantwortlichen.

§ 2

Grundsätze

- (1) Geschäftsgrundlage des Rechtsverhältnisses zwischen Auftragsverarbeiter und Verantwortlichem ist, dass der Datenschutz beim Auftragsverarbeiter nach der Art der zu verarbeitenden Daten den Anforderungen genügt, die für den Verantwortlichen gelten. Der Verantwortliche verarbeitet in der Regel Daten einer hohen bis sehr hohen Schutzbedarfskategorie nach den Klassifikationen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI).
- (2) Der Verantwortliche, die für ihn zuständigen Aufsichtsbehörden oder von ihm beauftragte externe Prüfeinrichtungen sind berechtigt, sich vor Beginn der Auftragsverarbeitung und anschließend regelmäßig von der Einhaltung der beim Auftragsverarbeiter getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu überzeugen, vgl. § 9 (Kontrollrechte des Verantwortlichen).

§ 3

Konkretisierung des Auftragsinhalts

- (1) Art und Zweck der vorgesehenen Verarbeitung von Daten werden im Datenstellenvertrag, sowie vor allem in Anlage 1, konkret beschrieben.
- (2) Gegenstand der Datenverarbeitung sind Sozialdaten gemäß § 67 Abs.2 SGB X.

- (3) Die Kategorien der durch die Verarbeitung betroffenen Personen umfassen:
 - Versicherte
 - Leistungserbringer (z.B. koordinierender Arzt)
 - Beschäftigte
- (4) Die zur Anzeige nach § 80 SGB X verpflichteten Körperschaften haben auch bezüglich der o. g. Punkte die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung durch Auftragsverarbeiter zu prüfen.
- (5) Der Auftragsverarbeiter darf keine Verarbeitung von personenbezogenen Daten für eigene Zwecke vornehmen, sondern ausschließlich solche Datenverarbeitungsvorgänge durchführen, die ihm im Rahmen der jeweiligen Vereinbarung erlaubt werden. Der Auftraggeber ist auch nicht befugt die personenbezogenen Daten zu anonymisieren, um danach eine Verarbeitung für eigene oder andere Zwecke vorzunehmen.

§ 4

Allgemeine Pflichten des Auftragsverarbeiters

- (1) Dem Auftragsverarbeiter ist die Verarbeitung von Daten nur zum Zwecke der Erfüllung des Datenstellenvertrages sowie im Rahmen der schriftlichen Weisungen des Verantwortlichen und nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften unter Beachtung der technischen und organisatorischen Maßnahmen gem. § 5 dieser Bestimmungen gestattet. Der Auftragsverarbeiter verwendet die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse ausschließlich für die Erfüllung des Datenstellenvertrages. 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.
- (2) Der Auftragsverarbeiter verpflichtet sich, dass die Daten des Verantwortlichen von Daten anderer Verantwortlicher streng getrennt werden. Er verpflichtet sich, keine Kopien oder Duplikate der Datenbestände bzw. Datenbanken ohne Wissen des Verantwortlichen zu erstellen oder die Daten für andere Zwecke zu nutzen. Hiervon ausgenommen sind Sicherheitskopien, soweit sie zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Datenverarbeitung erforderlich sind, sowie Daten, die im Hinblick auf die Einhaltung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten erforderlich sind.
- (3) Der vom Auftragsverarbeiter bestellte Datenschutzbeauftragte (vgl. Art. 37 Abs. 4 DSGVO i.V.m. § 81 Abs. 4 SGB X) wird zum Zweck der direkten Kontaktaufnahme in Anhang A mit Anschrift und telefonischer und elektronischer Erreichbarkeit mitgeteilt. Ein Wechsel des Datenschutzbeauftragten wird dem Verantwortlichen unverzüglich mitgeteilt.
- (4) Der Auftragsverarbeiter hat den für die Verarbeitung der Daten des Verantwortlichen im Rahmen des Auftragsverhältnisses vorgesehenen Standort/Standorte seiner Geschäftsräume dem Verantwortlichen vor Vertragsschluss in Anhang B schriftlich zu benennen. Eine Veränderung der Standorte oder Räumlichkeiten, in denen Daten des Verantwortlichen verarbeitet werden, oder ein Verlagern der Auftragsdurchführung an eine andere Örtlichkeit als die mit dem Verantwortlichen vereinbarte, bedarf der vorherigen schriftlichen oder elektronischen (Textform) Zustimmung des Verantwortlichen.
- (5) Der Auftragsverarbeiter stellt sicher, dass ein Zugriff auf die Daten des Verantwortlichen von Betriebsstätten/Geschäftsräumen und anderen Orten außerhalb der in Anhang B angegebenen Standorte des Auftragsverarbeiters grundsätzlich ausgeschlossen ist.

- (6) Sollte eine Verarbeitung von Daten des Verantwortlichen unter Nutzung mobiler Arbeitsplätze/Heim- oder Telearbeitsplätze stattfinden, ist sicherzustellen, dass dies unter Beachtung der technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß § 5 dieser Datenschutzbestimmungen erfolgt.
- (7) Der Auftrag zur Verarbeitung von Daten darf nur erteilt werden, wenn die Verarbeitung im Inland, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem diesem nach § 35 Absatz 7 des Ersten Buches gleichgestellten Staat, oder, sofern ein Angemessenheitsbeschluss gemäß Artikel 45 der Verordnung (EU) 2016/679 vorliegt, in einem Drittstaat oder in einer internationalen Organisation erfolgt. Der Auftragsverarbeiter stellt sicher, dass – sowohl bei gegenwärtigen Verträgen als auch bei künftigen Verträgen – die tatsächliche Datenverarbeitung nach Maßgabe des § 80 Abs. 2 SGB X erfolgt und es zu keiner Datenverarbeitung außerhalb Deutschlands oder des EU-Raumes kommt, soweit für das Drittland kein Angemessenheitsbeschluss besteht.
- (8) Sofern wider Erwarten ein Zugriff auf Sozialdaten beim Auftragsverarbeiter durch Dritte, wie z. B. Behörden eines Drittstaates ohne Geltung der DSGVO oder eines Angemessenheitsbeschlusses, erfolgt, ist jeder Zugriff dem Auftraggeber unverzüglich mitzuteilen. Der Auftragsverarbeiter stellt sicher, dass kein Zugriff auf Sozialdaten durch Dritte, wie z. B. Behörden eines Drittstaates ohne Geltung der DSGVO oder eines Angemessenheitsbeschlusses (Beispiel: Zugriff von US-Behörden), erfolgt und dass die Daten, die Gegenstand der Geschäftsbeziehung zwischen dem Verantwortlichen und dem Auftragsverarbeiter sind, nicht an Dritte im vorbezeichneten Sinne herausgegeben werden. Dies wird insbesondere auch sichergestellt, wenn sich die Beteiligungsverhältnisse eines in Deutschland oder Europa ansässigen Auftragsverarbeiters in der Weise ändern, dass sich auf der Seite des Auftragsverarbeiters die Beteiligungsverhältnisse (unmittelbar oder mittelbar) ändern.
- (9) Der Auftragsverarbeiter ist verpflichtet, den Verantwortlichen zu informieren, wenn Aufsichtsbehörden nach § 40 BDSG tätig werden oder eine zuständige Behörde beim Auftragsverarbeiter oder seinen Unterauftragnehmern ermittelt. Die unverzügliche Information des Verantwortlichen über Kontrollhandlungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörde, soweit sie sich auf diesen Auftrag beziehen gilt auch, soweit eine zuständige Behörde im Rahmen eines Ordnungswidrigkeits- oder Strafverfahrens gemäß § 41 ff. BDSG in Bezug auf die Verarbeitung von Daten bei der Auftragsverarbeitung beim Auftragsverarbeiter ermittelt. Der Auftragsverarbeiter ist verpflichtet, den Verantwortlichen bei dessen nach Artikel 35 DSGVO entstehenden Pflichten bei der Erstellung einer Datenschutz-Folgenabschätzung zu unterstützen.
- (10) Sollte das Eigentum des Verantwortlichen beim Auftragsverarbeiter durch Maßnahmen Dritter (z.B. durch Pfändung oder Beschlagnahme, durch ein Insolvenz- oder Vergleichsverfahren) oder durch sonstige Ereignisse gefährdet werden, hat der Auftragsverarbeiter den Verantwortlichen unverzüglich darüber zu informieren. Der Auftragsverarbeiter ist verpflichtet alle in diesem Zusammenhang Verantwortlichen unverzüglich darüber zu unterrichten, dass es sich um Daten des Verantwortlichen handelt, über die er keinerlei Verfügungs- oder sonstige Bestimmungsgewalt oder Eigentumsrechte hat.

§ 5

Technische und organisatorische Maßnahmen

- (1) Der Auftragsverarbeiter hat die Umsetzung der im Vorfeld der Auftragsvergabe dargelegten und erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen oder Maßnahmen vergleichbarer Art und Güte vor Beginn der Verarbeitung, insbesondere hinsichtlich der konkreten Auftragsdurchführung schriftlich oder in Textform zu dokumentieren und dem Verantwortlichen zur Prüfung zu übergeben (Anhang C). Bei Akzeptanz der Maßnahmen vergleichbarer Art und Güte durch den Verantwortlichen werden die

dokumentierten Maßnahmen Grundlage des Auftrags. Soweit die Prüfung/ein Audit des Verantwortlichen einen Anpassungsbedarf ergibt, ist dieser umzusetzen.

- (2) Der Auftragsverarbeiter hat die Sicherheit gem. Art. 28 Abs. 3 lit. c, 32 DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 DSGVO herzustellen. Hierzu ist die Umsetzung von individuell geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen notwendig, die ein angemessenes Schutzniveau in Bezug auf tatsächliche oder mögliche Risiken gewährleisten. Die Risiken und daraus resultierenden Maßnahmen sind mindestens für die folgenden Schutzziele zu bewerten: Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit sowie der Belastbarkeit der Systeme und Dienste. Bei der Bewertung sind insbesondere der Stand der Technik, die Implementierungskosten und die Art, der Umfang und die Zwecke der Verarbeitung sowie die jeweils unterschiedliche Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere des Risikos für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen im Sinne von Art. 32 Abs. 1 DSGVO zu berücksichtigen.
- (3) Die technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen immer dem technischen Fortschritt und der Weiterentwicklung und sind entsprechend dieser fortlaufend zu gewährleisten, Änderungen sind grundsätzlich revisionssicher zu dokumentieren.
- (4) Sämtliche Dokumentationen zu den technischen und organisatorischen Maßnahmen, Dokumentationen von Regelungen zum Datenschutz und zur Informationssicherheit und Audit- bzw. Prüfberichte müssen in deutscher Sprache verfasst bzw. auf Anforderung des Verantwortlichen in deutscher Übersetzung in angemessener Zeit zur Verfügung gestellt werden.
- (5) Der Auftragsverarbeiter kontrolliert regelmäßig die internen Prozesse sowie die technischen und organisatorischen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass die Verarbeitung in seinem Verantwortungsbereich im Einklang mit den Anforderungen des geltenden Datenschutzrechts erfolgt und der Schutz der Rechte der betroffenen Person gewährleistet wird. Die Kontrollen, die Ergebnisse und ggf. umgesetzte Maßnahmen sind zu protokollieren und für mindestens 6 Jahre aufzubewahren.

§ 6

Sonstige Pflichten des Auftragsverarbeiters

Der Auftragsverarbeiter hat zusätzlich zu der Einhaltung der vertraglichen Regelungen die Bestimmungen gemäß Artt. 28 bis 33 DSGVO sicherzustellen.

Insofern sind insbesondere folgende Anforderungen zu gewährleisten:

- a. Der Auftragsverarbeiter ist verpflichtet, zur Wahrung der Vertraulichkeit gemäß Artt. 28 Abs. 3 S. 2b, 29, 32 Abs. 4 DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die vorgenannte Verpflichtung hat inhaltlich mindestens dem als Anhang D beigefügten Muster der Verpflichtungserklärung zur Wahrung der Vertraulichkeit zu entsprechen.
- b. Der Auftragsverarbeiter und jede dem Auftragsverarbeiter unterstellte Person, die Einsicht in Daten nehmen kann, darf diese Daten ausschließlich entsprechend der Weisung des Verantwortlichen verarbeiten, einschließlich der in diesem Vertrag eingeräumten Befugnisse, es sei denn, dass der Auftragsverarbeiter gesetzlich zur Verarbeitung verpflichtet ist.
- c. Der Verantwortliche und der Auftragsverarbeiter arbeiten auf Anfrage mit der Aufsichtsbehörde bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zusammen. Dies gilt auch, soweit der Verantwortliche seinerseits einer Kontrolle der Aufsichtsbehörde, einem Ordnungswidrigkeits- oder Strafverfahren, dem Haftungsanspruch einer betroffenen

Person oder eines Dritten oder einem anderen Anspruch im Zusammenhang mit der Auftragsverarbeitung beim Auftragsverarbeiter ausgesetzt ist.

§ 7

Unterauftragnehmer

- (1) Unterauftragnehmer jeglichen Grades, die für den Auftragsverarbeiter Daten des Verantwortlichen verarbeiten, dürfen vom Auftragsverarbeiter nur mit vorheriger, schriftlicher Zustimmung des Verantwortlichen eingeschaltet werden. Dies gilt auch für Konzerntöchter. In Anhang E sind die Unterauftragnehmer jeglichen Grades anzugeben. Für bereits bei Zuschlag benannte Unterauftragnehmer jeglichen Grades gilt die Zustimmung als erteilt.
- (2) Soweit im Fall der Beauftragung/Zuschlagserteilung ein oder mehrere Unterauftragnehmer jeglichen Grades Daten des Verantwortlichen verarbeiten, müssen sowohl der Auftragsverarbeiter als auch die Unterauftragnehmer jeglichen Grades angeben, welches Aufgabenfeld an welchem Unternehmensstandort ausgeführt werden sollen.
- (3) Die vertraglichen Vereinbarungen nach Maßgabe des Art. 28 Abs. 2-4 DSGVO zwischen Auftragsverarbeiter und Unterauftragnehmer jeglichen Grades sind so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen Verantwortlichem und Auftragsverarbeiter in vollem Umfang entsprechen. Dies gilt auch hinsichtlich der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit sowie der Prüf- und Kontrollrechte.
- (4) Der Unterauftrag zur Verarbeitung von Daten darf nur erteilt werden, wenn die Verarbeitung im Inland, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem diesem nach § 35 Absatz 7 des Ersten Buches gleichgestellten Staat, oder, sofern ein Angemessenheitsbeschluss gemäß Artikel 45 der Verordnung (EU) 2016/679 vorliegt, in einem Drittstaat oder in einer internationalen Organisation erfolgt. Der Auftragsverarbeiter stellt sicher, dass – sowohl bei gegenwärtigen Verträgen als auch bei künftigen Verträgen – die tatsächliche Datenverarbeitung nach Maßgabe des § 80 Abs. 2 SGB X erfolgt und es zu keiner Datenverarbeitung außerhalb Deutschlands oder des EU-Raumes kommt, soweit für das Drittland kein Angemessenheitsbeschluss besteht. Dies gilt ausdrücklich auch für alle Unterauftragnehmer jeglichen Grades.
- (5) Sofern wider Erwarten ein Zugriff auf Sozialdaten beim Unterauftragnehmer durch Dritte, wie z. B. Behörden eines Drittstaates ohne Geltung der DSGVO oder eines Angemessenheitsbeschlusses, erfolgt, ist jeder Zugriff dem Auftraggeber unverzüglich mitzuteilen. Der Unterauftragsverarbeiter stellt sicher, dass kein Zugriff auf Sozialdaten durch Dritte, wie z. B. Behörden eines Drittstaates ohne Geltung der DSGVO oder eines Angemessenheitsbeschlusses (Beispiel: Zugriff von US-Behörden), erfolgt und dass die Daten, die Gegenstand der Geschäftsbeziehung zwischen dem Auftragsverarbeiter und dem Unterauftragsverarbeiter sind, nicht an Dritte im vorbezeichneten Sinne herausgegeben werden. Dies wird insbesondere auch sichergestellt, wenn sich die Beteiligungsverhältnisse eines in Deutschland oder Europa ansässigen Unterauftragsverarbeiters in der Weise ändern, dass sich auf der Seite des Unterauftragsverarbeiters die Beteiligungsverhältnisse (unmittelbar oder mittelbar) ändern. Dies gilt ausdrücklich auch für alle Unterauftragnehmer jeglichen Grades.
- (6) Der Auftragsverarbeiter hat sich regelmäßig von der Einhaltung der bei den Unterauftragnehmern jeglichen Grades getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu überzeugen. Das Ergebnis ist zu dokumentieren, mindestens 6 Jahre aufzubewahren und auf Verlangen dem Verantwortlichen vorzulegen.
- (7) Der Auftragsverarbeiter hat im Vertrag mit den Unterauftragnehmern jeglichen Grades den Auftrag, den Arbeitsablauf und die an den jeweiligen Unterauftragnehmer zum Zwecke der auftragsgemäßen Verarbeitung oder Nutzung gelangenden Daten der Art

- nach zu bezeichnen sowie die Betriebsstätten/ Geschäftsräume und Standorte in denen die Daten des Verantwortlichen verarbeitet werden, zu benennen.
- (8) Die vom Auftragsverarbeiter mit seinen Unterauftragnehmern geschlossenen Verträgen sowie die von diesen Unterauftragnehmern weitergehend geschlossenen Verträgen mit den Unterauftragnehmern jeglichen Grades bedürfen der Schriftform und sind dem Verantwortlichen auf Verlangen vorzulegen.
 - (9) Das Verhalten des Unterauftragnehmers jeglichen Grades ist dem Auftragsverarbeiter wie eigenes Verhalten zuzurechnen. Kommt der Unterauftragnehmer seinen Datenschutzpflichten nicht nach, so haftet der Auftragsverarbeiter nach Maßgabe des Art. 28 Abs. 4 DSGVO gegenüber dem Verantwortlichen für die Einhaltung der Pflichten jenes anderen Unterauftragnehmers.
 - (10) Sollen vom Auftragsverarbeiter während der Vertragslaufzeit andere als in Anhang E benannte Unterauftragnehmer jeglichen Grades beauftragt oder Standorte von Unterauftragnehmern jeglichen Grades verlegt/erweitert werden, sind dem Verantwortlichen rechtzeitig vor der geplanten Veränderung folgende Unterlagen zur Zustimmung vorzulegen:
 - a. Beschreibung der Arbeiten, die der Unterauftragnehmer ausführen soll
 - b. Bericht der letzten Prüfung
 - c. Kopie der geplanten vertraglichen datenschutzrelevanten Regelungen (einschließlich der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit) mit dem Unterauftragnehmer.
 - (11) Wenn andere Stellen die Prüfung oder Wartung von automatisierten Verfahren oder von Datenverarbeitungsanlagen vornehmen und dabei ein Zugriff auf die Daten des Verantwortlichen nicht ausgeschlossen werden kann, gilt der § 80 Abs. 5 SGB X analog. Derartige Beauftragungen sind dem Verantwortlichen rechtzeitig vor Vertragsabschluss mitzuteilen. Sind Störungen im Betriebsablauf zu erwarten oder bereits eingetreten und ist eine kurzfristige Beauftragung eines Unterauftragnehmers unabdingbar, ist der Vertrag unverzüglich nachzuholen. Bereits bei Zuschlag bestehende Vertragsbeziehungen sind in Anhang F aufzuführen.
 - (12) Beauftragt der Auftragsverarbeiter für den Datentransport einen Transportunternehmer, so hat er vertraglich sicherzustellen und dem Verantwortlichen auf Verlangen nachzuweisen, dass der Transportunternehmer den Datenschutzbestimmungen Genüge tut. Werden Unterlagen des Verantwortlichen abgeholt, stattet der Auftragsverarbeiter den Transportunternehmer mit einem schriftlichen Berechtigungsausweis für die Entgegennahme der Unterlagen aus.

§ 8

Auskunft, Berichtigung, Einschränkung und Löschung von Daten

- (1) Der Auftragsverarbeiter ist verpflichtet, den Verantwortlichen im Rahmen seiner Pflichten gegenüber Betroffenen zu unterstützen und ihm in diesem Zusammenhang sämtliche relevante Information unverzüglich zur Verfügung zu stellen.
- (2) Der Auftragsverarbeiter darf die Daten, die im Auftrag verarbeitet werden, nicht eigenmächtig, sondern nur nach dokumentierter Weisung des Verantwortlichen berichtigen, löschen oder deren Verarbeitung einschränken.
- (3) Wenn von Betroffenen die Rechte gemäß der Artt. 15 – 18 DSGVO i. V. m. §§ 81, 83 und 84 SGB X geltend gemacht werden, wird der Auftragsverarbeiter dieses Ersuchen unverzüglich an den Verantwortlichen weiterleiten. Er stellt sicher, dass die Daten von Betroffenen bei Bedarf auf Anweisung des Verantwortlichen berichtigt, gelöscht oder gesperrt werden können.

- (4) Soweit vom Leistungsumfang umfasst sind die Betroffenenrechte nach dokumentierter Weisung des Verantwortlichen unmittelbar durch den Auftragsverarbeiter sicherzustellen. Hierzu gehört die Umsetzung des Löschkonzeptes, Berichtigung und Auskunft.

§ 9

Kontrollrechte des Verantwortlichen

- (1) Der Verantwortliche oder von ihm beauftragte externe Prüfeinrichtungen werden sich vor Beginn der Auftragsverarbeitung und sodann regelmäßig von der Einhaltung der beim Auftragsverarbeiter getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen überzeugen.
- (2) Der Auftragsverarbeiter gewährt dem Verantwortlichen bzw. den für den Verantwortlichen zuständigen Aufsichtsbehörden oder von ihm beauftragte externe Prüfeinrichtungen in den Betriebsräumen des Auftragsverarbeiters zu jeder geschäftsmäßigen Zeit nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer (Textform) Ankündigung ein Prüfrecht. Das Prüfrecht umfasst die Besichtigung von Grundstücken und Geschäftsräumen, Auskünfte zur Vertragsausführung, Einsicht in Papierunterlagen als auch die Einsichtnahme in die beim Auftragsverarbeiter gespeicherten Daten des Verantwortlichen, soweit dies im Rahmen des Auftrags zur Überwachung von Datenschutz und Datensicherheit erforderlich ist. Dies gilt insbesondere für den Nachweis der Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen.
- (3) Der Nachweis technischer und organisatorischer Maßnahmen kann erfolgen durch
- die Einhaltung genehmigter Verhaltensregeln gemäß Art. 40 DSGVO;
 - die Zertifizierung nach einem genehmigten Zertifizierungsverfahren gemäß Art. 42 DSGVO;
 - aktuelle Testate, Berichte oder Berichtsauszüge unabhängiger Instanzen (z.B. Wirtschaftsprüfer, Revision, Datenschutzbeauftragter, Informationssicherheitsbeauftragter, Datenschutzauditoren, Qualitätsauditoren);
 - eine geeignete Zertifizierung durch IT-Sicherheits- oder Datenschutzaudit (z.B. nach BSI Grundschutz).
- (4) Der Auftragsverarbeiter sichert zu, dass er die notwendige personelle und sachliche Unterstützung bei den Prüfungen zur Verfügung stellt.
- (5) Die genannten Rechte des Verantwortlichen können auch durch Mitarbeiter von damit beauftragten Fremdfirmen wahrgenommen werden. Sofern Mitarbeiter von Fremdfirmen mit den genannten Kontrollmaßnahmen beauftragt werden, sind diese vom Verantwortlichen ausdrücklich auf die Geheimhaltung aller in diesem Zusammenhang erlangten Kenntnisse, Daten sowie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse zu verpflichten.
- (6) Die Rechte der für den Auftragsverarbeiter zuständigen Aufsichtsbehörde bleiben davon unberührt.

§ 10

Weisungsbefugnis des Verantwortlichen

Der Verantwortliche ist befugt, erforderlichenfalls schriftliche Weisungen im Rahmen der Artt. 28, 32 DSGVO zur Ergänzung der beim Auftragsverarbeiter vorhandenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit zu erteilen.

§ 11

Mitteilungspflichten des Auftragsverarbeiters

- (1) Der Auftragsverarbeiter unterstützt den Verantwortlichen bei der Einhaltung der in den Artt. 32 bis 36 der DSGVO genannten Pflichten zur Sicherheit personenbezogener Daten, Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten, Meldepflichten bei Datenschutzverletzungen, gegebenenfalls erforderlichen Datenschutz-Folgenabschätzungen und vorherige Konsultationen der Aufsichtsbehörde. Hierzu gehören u.a.
 - a. die Sicherstellung eines angemessenen Schutzniveaus durch technische und organisatorische Maßnahmen, die die Umstände und Zwecke der Verarbeitung sowie die prognostizierte Wahrscheinlichkeit und Schwere einer möglichen Rechtsverletzung durch Sicherheitslücken berücksichtigen und eine sofortige Feststellung von relevanten Verletzungsereignissen ermöglichen,
 - b. die Verpflichtung, Verletzungen personenbezogener Daten - auch durch seine Mitarbeiter oder Unterauftragnehmer - gemäß Art. 33 Abs. 2 und 3 DSGVO unverzüglich an den Verantwortlichen zu melden. In diesem Falle hat der Auftragsverarbeiter sofort alle erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Daten zu treffen und weitere Anweisungen durch den Verantwortlichen abzuwarten.
- (2) Der Auftragsverarbeiter informiert den Verantwortlichen unverzüglich, wenn er der Meinung ist, dass eine Weisung des Verantwortlichen gegen die DSGVO oder eine andere Datenschutzvorschrift verstößt. Der Auftragsverarbeiter ist in diesem Fall berechtigt, die Durchführung der entsprechenden Weisung solange auszusetzen, bis sie durch den Verantwortlichen bestätigt oder geändert wird.

§ 12

Löschung und Rückgabe von personenbezogenen Daten

- (1) Sämtliche Daten und Unterlagen sowie Verarbeitungs- oder Nutzungsergebnisse, die im Zusammenhang mit dem in § 1 dieser Datenschutzbestimmungen genannten Zwecke in die Verfügungsgewalt des Auftragsverarbeiters gelangt sind, hat dieser entsprechend der jeweiligen Vereinbarungen im Einzelfall bzw. nach Abschluss der vertraglichen Arbeiten dem Verantwortlichen auf seine Kosten auszuhändigen bzw. zu übermitteln.
- (2) Auf Verlangen des Verantwortlichen hat der Auftragsverarbeiter in seinem Besitz befindliche Daten bzw. Datenbestände (z.B. physische Datenträger, elektronische Dateien oder Datenbanken in seinen DV-Systemen) nichtreproduzierbar auf seine Kosten zu löschen bzw. physisch zu vernichten. Die Vernichtung hat nach DIN 66399 Teile 1-3 mindestens mit Sicherheitsstufe P-4, F-4, O-4, T-4, H-4 bzw. E-4 zu erfolgen (Schutzklasse 3). Die Datenlöschung hat nach anerkanntem BSI-Standard oder anderweitiger adäquater Regelungen für vertrauliche Daten in der jeweils aktuellen Fassung zu erfolgen. Dies gilt auch für Test- und Zwischenergebnisse. Ist eine Löschung auf Sicherungskopien wegen der besonderen Art der Speicherung nur mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand möglich, sind die Daten nach Abstimmung mit dem Verantwortlichen für jede weitere Verarbeitung einzuschränken.
- (3) Die Löschung und Vernichtung hat der Auftragsverarbeiter in geeigneter Weise zu protokollieren und auf Verlangen dem Verantwortlichen vorzulegen. Im Zweifelsfall sind geeignete Maßnahmen mit dem Verantwortlichen abzustimmen.
- (4) Endet das Vertragsverhältnis, hat der Auftragsverarbeiter gegenüber dem Verantwortlichen 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.

§ 13

Haftung

- (1) Der Auftragsverarbeiter haftet gegenüber dem Verantwortlichen nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge seines oder seiner Unterauftragnehmer (§ 7) Verhaltens gegen Datenschutzbestimmungen und/oder durch die Verletzung dieses Vertrages entstehen. Etwaige vertragliche Haftungsbeschränkungen gelten nicht für Ansprüche, die dem Verantwortlichen gemäß Art. 82 Abs. 5 DSGVO gegen den Auftragsverarbeiter zustehen.
- (2) Der Auftragsverarbeiter bestätigt, sich gegen die Inanspruchnahme wegen Verletzung von Datenschutzvorschriften hinreichend versichert zu haben und diesen Versicherungsschutz für die gesamte Laufzeit des Datenstellenvertrages in vollem Umfang aufrechtzuerhalten. Auf Nachfrage des Verantwortlichen ist dies durch Vorlage geeigneter Dokumente nachzuweisen.

§ 14

Nebenabreden

Änderungen und Nebenabreden zu diesen Datenschutzbestimmungen bedürfen der Schriftform.

§ 15

Laufzeit des Vertrages und Kündigung

- (1) Beginn und Ende des Auftragsverhältnisses sind im Datenstellenvertrag geregelt. Unabhängig davon unterliegen der Auftragsverarbeiter und dessen eingesetzte Mitarbeiter auch nach dem im Datenstellenvertrag genannten Vertragsende hinaus hinsichtlich der im Rahmen des Auftragsverhältnisses übermittelten Daten und bekannt gewordenen Vertraulichkeiten der Geheimhaltungspflicht.
- (2) Die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch den Auftragsverarbeiter ist ein wichtiger Grund für den Verantwortlichen, das im Datenstellenvertrag vorbehaltene Recht zur außerordentlichen Kündigung auszuüben.
- (3) Der Verantwortliche kann den Datenstellenvertrag jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn
 - a. ein schwerwiegender Verstoß des Auftragsverarbeiters gegen Datenschutzvorschriften oder diese Datenschutzbestimmungen vorliegt (ein schwerwiegender Verstoß ist u.a. anzunehmen, wenn gegen die in § 4 Abs. 7, 8 bzw. § 5 Abs. 4, 5 bezeichneten Vorgaben verstoßen wird) oder
 - b. der Auftragsverarbeiter eine Weisung des Verantwortlichen nicht ausführen kann oder will oder
 - c. der Auftragsverarbeiter Kontrollrechte des Verantwortlichen vertragswidrig verweigert oder
 - d. die Grundlage der Vertragserfüllung aufgrund einer Änderung der Rechts- oder Gesetzeslage oder wegen aufsichtsrechtlicher Maßnahmen wesentlich verändert wird oder ganz entfällt.

§ 16

Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Regelungen dieser Datenschutzbestimmungen ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder sollten die Datenschutzbestimmungen eine Regelungslücke enthalten, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon unberührt. Anstelle der unwirksamen oder fehlerhaften Bestimmungen treten die jeweiligen gesetzlichen Regelungen. Unwirksam gewordene Vereinbarungen werden die Vertragspartner durch wirksame Regelungen ersetzt, die dem ursprünglich verfolgten Zweck möglichst nahekommen. Diese sind bei nächster Gelegenheit als Ergänzung in diese Datenschutzbestimmungen aufzunehmen.
- (2) Sollten sich gesetzliche Änderungen während der Vertragslaufzeit ergeben, die zu einer Vertragsanpassung führen müssen, verpflichten sich die Vertragspartner Vertragsverhandlungen mit dem Ziel der Einigung aufzunehmen.

§ 17

Inkrafttreten

- (1) Diese Datenschutzbestimmungen treten mit Inkrafttreten des 16. Nachtrags zum Datenstellenvertrag in Kraft.
- (2) Es gilt die Gerichtsstandsvereinbarung des Datenstellenvertrages.

Anhänge:

Anhang A	Datenschutzbeauftragter, IT-Verantwortlicher und Informationssicherheitsbeauftragter des Bieters/Auftragsverarbeiters
Anhang B	Standorte der Geschäftsräume des Auftragsverarbeiters
Anhang C	Technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit
Anhang D	Muster der Verpflichtungserklärung zur Wahrung der Vertraulichkeit
Anhang E	Übersicht über die Unterauftragnehmer
Anhang F	Übersicht über die Wartungsfirmen

Anhang A zur Anlage 5 – Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei der Datenverarbeitung im Auftrag (§ 80 SGB X i.V.m. Art. 28 DS-GVO)

Datenschutzbeauftragter, IT-Verantwortlicher und IT-Sicherheitsbeauftragter des Auftragnehmers

Der Auftragnehmer hat entsprechend Art. 37 DS-GVO einen Datenschutzbeauftragten bestellt:

Wolfgang Leistner

Name des Datenschutzbeauftragten

0341 25920-180

Telefonnummer

datenschutz@davaso.de

E-Mail-Adresse

IT-Verantwortlicher des Auftragnehmers:

Stefan Utermark

Name des IT-Verantwortlichen

0341 25 9209 7054

Telefonnummer

stefan.utermark@davaso.de

E-Mail-Adresse

Wenn vorhanden: IT-Sicherheitsbeauftragter des Auftragnehmers:

Tom Heuser

Name des IT-Sicherheitsbeauftragten

0341 25 920 7180

Telefonnummer

Informationssicherheit@davaso.de

E-Mail-Adresse

Leipzig,

Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel des Auftragnehmers

Anhang B zur Anlage 5 – Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei der Datenverarbeitung im Auftrag (§ 80 SGB X i.V.m. Art. 28 DS-GVO)

Standorte der Geschäftsräume des Auftragnehmers

Übersicht über die Standorte der Geschäftsräume des Auftragnehmers, in denen die Verarbeitung der Sozialdaten des Auftraggebers im Rahmen des Auftragsverhältnisses stattfinden werden

	Genau postalische Anschrift, ggf. ergänzend Gebäudeteil, Etage etc.
1. Standort der Geschäftsräume:	Sommerfelder Straße 120 04316 Leipzig
2. Standort der Geschäftsräume:	Otto-Schmidt-Straße 22 04425 Taucha
3. Standort der Geschäftsräume:	Fröhliche-Mann-Straße 3b 98528 Suhl
4. Standort der Geschäftsräume	Eythraer Weg 22 04249 Leipzig

Leipzig,
Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel des Auftragsverarbeiters

Anhang C

Technische und Organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei DAVASO 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

- die Vertraulichkeit (Art. 32 Abs. 1 lit. b DS-GVO)
- die Integrität (Art. 32 Abs. 1 lit. b DS-GVO)
- die Verfügbarkeit und Belastbarkeit (Art. 32 Abs. 1 lit. b DS-GVO)

zu gewährleisten sowie

- die Verfahren regelmäßiger Überprüfung, Bewertung und Evaluierung der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen (Art. 32 Abs. 1 lit. d DS-GVO)

sicherzustellen.

Die Maßnahmen sind schriftlich in einem Sicherheitshandbuch oder einer Sicherheitsrichtlinie

festgelegt nicht schriftlich festgelegt

Bezeichnung: Sicherheitshandbuch

Stand: 22.07.2024

Leipzig,
Ort, Datum

DAVASO GmbH

Anhang D zur Anlage 5 – Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei der Datenverarbeitung im Auftrag (§ 80 SGB X i.V.m. Art 28 DS-GVO)

Muster Verpflichtung zur Vertraulichkeit

Sehr geehrte Frau «Vorname» «Name»,

es ist sicher nicht in Ihrem Sinne, wenn Daten über Ihre Person und über Ihre persönlichen Verhältnisse Unbefugten zur Kenntnis gelangen. Deshalb genießen personenbezogene Daten besonderen gesetzlichen Schutz. Personenbezogene Daten sind nicht nur die Daten, die sich konkret einer bestimmten Person zuordnen lassen (wie z.B. Name, Kontaktdaten, Aufgabe im Unternehmen etc.), sondern auch die Daten, bei denen die Person erst über zusätzliche Informationen bestimmbar gemacht werden kann.

Wir gehen in unserem Unternehmen im Zweifel davon aus, dass ein Personenbezug einer Information vorliegt. Für personenbezogene Daten gelten dann die jeweils einschlägigen gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz wie z.B. die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) der Europäischen Union.

Nach der DS-GVO dürfen personenbezogene Daten nur dann verarbeitet werden, wenn es hierzu eine Rechtsgrundlage gibt oder der Betroffene eingewilligt hat. Die Daten dürfen grundsätzlich nur zu den vorgesehenen Zwecken verwendet werden. Bei der Verarbeitung der Daten ist insbesondere sicherzustellen, dass die Rechte der betroffenen Person auf Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit ihrer personenbezogenen Daten gewährleistet werden.

Daher ist es Ihnen auch nur gestattet, personenbezogene Daten im Rahmen unserer internen Vorgaben zu verwenden und in dem Umfang und in der Weise zu verarbeiten, wie es zur Erfüllung der Ihnen übertragenen Aufgaben erforderlich ist. Die Daten sind Dritten gegenüber vertraulich zu behandeln.

Nach den geltenden Vorschriften ist es untersagt, personenbezogene Daten unbefugt oder unrechtmäßig zu verarbeiten oder absichtlich oder unabsichtlich die Sicherheit der Verarbeitung in einer Weise zu verletzen, die zur Vernichtung, zum Verlust, zur Veränderung, zur unbefugten Offenlegung oder unbefugtem Zugang führt.

Darüber hinaus sind aber auch Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse in unserem Unternehmen schutzbedürftige Daten, die ebenfalls vertraulich zu behandeln sind. Eine Offenlegung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen soll grundsätzlich nur dann erfolgen, wenn der jeweilige Vertrags- oder Geschäftspartner zuvor auf die Vertraulichkeit verpflichtet worden ist.

Verstöße gegen die Datenschutzvorschriften können ggf. mit Geldbuße, Geldstrafe oder Freiheitsstrafe geahndet werden. Entsteht der betroffenen Person durch die unzulässige Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten ein materieller oder immaterieller Schaden, kann ein Schadenersatzanspruch entstehen.

Ein Verstoß gegen die Vertraulichkeits- und Datenschutzvorschriften stellt einen Verstoß gegen arbeitsvertragliche Pflichten dar, der entsprechend geahndet werden kann.

Unser Unternehmen verarbeitet als Dienstleister Daten für verschiedene Träger der sozialen Sicherungssysteme (z.B. Krankenkassen) in deren Auftrag. Daher berührt Ihre Tätigkeit auch das Sozialgeheimnis. Sofern Daten verarbeitet werden, die dem Sozialgeheimnis unterliegen, haben Sie diese im gleichen Umfang geheim zu halten, wie die ursprünglich übermittelnde Stelle.

Bei Fragen oder in Zweifelsfällen können Sie sich jederzeit an Ihre Führungskraft oder den betrieblichen Datenschutzbeauftragten wenden.

Diese **Verpflichtung zur Vertraulichkeit** besteht auch nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses fort.

Etwaige andere Vertraulichkeitsvereinbarungen zwischen Ihnen und dem Unternehmen bleiben unberührt. Diese Vertraulichkeitsverpflichtung ersetzt jedoch eine ggf. erfolgte Verpflichtung zum Datengeheimnis nach dem BDSG a.F. mit Wirkung zum 25.05.2018.

Frau «Vorname» «Name», beschäftigt als «Bezeichnung»

erklärt, in Bezug auf die Vertraulichkeit und Integrität personenbezogener Daten die Vorgaben der geltenden gesetzlichen und internen Datenschutzvorschriften einzuhalten.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zugleich den Empfang einer Kopie dieser Niederschrift nebst Anlage.

Leipzig-Mölkau, den «Datum_Vertragerstellung» _____
Verpflichtete(r)

Verpflichtungserklärung für die Benutzung von Personal Computern

Frau «Vorname» «Name» wurde heute auf die Einhaltung der folgenden Datensicherheitsmaßnahmen bei der Benutzung eines Personal Computers verpflichtet und über mögliche Sanktionen bei Verstößen gegen diese Verpflichtung aufgrund interner oder gesetzlicher Vorschriften belehrt.

Der Mitarbeiter verpflichtet sich dazu,

- ausschließlich die vor- und freigegebene Hard- und Software einzusetzen (der Einsatz von privater Hard- und Software, unlizenzierter und nicht autorisiert selbsterstellter Programme ist verboten),
- unbefugten Personen den Zugang zum PC und den Zugriff auf Programme und Daten durch Einhaltung der vorgegebenen Sicherheitsmaßnahmen zu verwehren,
- den PC und die darauf gespeicherten Programme und Daten nur zur Erfüllung der vorgegebenen Aufgaben - und nicht missbräuchlich – zu verwenden,
- Programme und Daten nicht ohne Erlaubnis an Dritte weiterzugeben,
- nicht mehr benötigte Datenträger so zu vernichten, dass eine missbräuchliche Verwendung der Daten unmöglich ist,

Der Mitarbeiter wurde außerdem in Bezug auf die Vertraulichkeit und Integrität personenbezogener auf die Einhaltung der gesetzlichen und internen Datenschutzvorschriften verpflichtet, wonach es ihm untersagt ist, geschützte Sozialdaten und andere personenbezogene Daten unbefugt zu verarbeiten oder zu nutzen.

Der Mitarbeiter wurde darauf hingewiesen, dass alle Mängel und Unregelmäßigkeiten hinsichtlich Datenschutz und Datensicherheit sowie der Ordnungsmäßigkeit entweder der zuständigen Führungskraft, der zentralen Kontaktstelle für die Meldung sicherheitsrelevanter Ereignisse oder dem Datenschutzbeauftragten unverzüglich mitzuteilen sind.

Verstöße gegen diese Verpflichtungserklärung können gegebenenfalls arbeits- und strafrechtlich verfolgt und geahndet werden. Sie können auch Anlass einer außerordentlichen Kündigung sein.

Diese Verpflichtung besteht über das Ende der Tätigkeit in unserem Unternehmen hinaus.

Leipzig-Mölkau, den «Datum_Vertragerstellung»

(Unterschrift Verpflichtete(r))

Die Europäische Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) als unmittelbar geltendes Recht und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sind im Intranet zur Einsichtnahme veröffentlicht. Interne Vorschriften sind ebenfalls im Intranet veröffentlicht.

Anlage zur Verpflichtung auf die Vertraulichkeit (Stand: 14.01.2019)

Die vorliegende Auswahl gesetzlicher und interner Vorschriften soll Ihnen einen Überblick über das datenschutzrechtliche Regelwerk verschaffen. Die Darstellung erfolgt exemplarisch und ist keineswegs vollständig. Weitere Informationen zu datenschutzrechtlichen Fragestellungen erhalten Sie beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten.

Begrifflichkeiten

Art. 4 Nr. 1 DS-GVO: „**Personenbezogene Daten**“ [sind] alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen; als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.

Art. 4 Nr. 2 DS-GVO: „**Verarbeitung**“ [meint] jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung.

Grundsätze der Verarbeitung

Art. 5 Abs. 1 lit. a DS-GVO: Personenbezogene Daten müssen [...] auf **rechtmäßige Weise**, nach Treu und Glauben und in einer für die betroffene Person **nachvollziehbaren Weise** verarbeitet werden („Rechtmäßigkeit, Verarbeitung nach Treu und Glauben, Transparenz“).

Art. 5 Abs. 1 lit. f DS-GVO: Personenbezogene Daten müssen [...] in einer Weise verarbeitet werden, die eine angemessene **Sicherheit** der personenbezogenen Daten gewährleistet, einschließlich Schutz vor **unbefugter oder unrechtmäßiger Verarbeitung** und vor unbeabsichtigtem **Verlust**, unbeabsichtigter **Zerstörung** oder unbeabsichtigter **Schädigung** durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen („Integrität und Vertraulichkeit“).

Art. 29 DS-GVO: Der Auftragsverarbeiter und jede dem Verantwortlichen oder dem Auftragsverarbeiter unterstellte Person, die Zugang zu personenbezogenen Daten hat, dürfen diese Daten **ausschließlich auf Weisung** des Verantwortlichen verarbeiten, es sei denn, dass sie nach dem Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedsstaaten zur Verarbeitung verpflichtet sind.

Art. 32 Abs. 2 DS-GVO: Bei der Beurteilung des angemessenen Schutzniveaus sind insbesondere die Risiken zu berücksichtigen, die mit der Verarbeitung – insbesondere durch **Vernichtung, Verlust** oder **Veränderung**, ob unbeabsichtigt oder unrechtmäßig, oder unbefugte **Offenlegung** von beziehungsweise unbefugten **Zugang** zu personenbezogenen Daten, die übermittelt, gespeichert oder auf andere Weise verarbeitet wurden – verbunden sind.

Art. 33 Abs. 1 Satz 1 DS-GVO: Im Falle einer Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten meldet der Verantwortliche unverzüglich und möglichst binnen 72 Stunden, nachdem ihm die **Verletzung** bekannt wurde, diese der [...] zuständigen Aufsichtsbehörde, es sei denn, dass die Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen führt.

Haftung

Art. 82 Abs. 1 DS-GVO: Jede Person, der wegen eines Verstoßes gegen diese Verordnung ein materieller oder immaterieller Schaden entstanden ist, hat Anspruch auf **Schadenersatz** gegen den Verantwortlichen oder gegen den Auftragsverarbeiter.

Art. 83 Abs. 1 DS-GVO: Jede Aufsichtsbehörde stellt sicher, dass die Verhängung von **Geldbußen** gemäß diesem Artikel für Verstöße gegen diese Verordnung [...] in jedem Einzelfall wirksam, verhältnismäßig und abschreckend ist.

§ 42 BDSG Strafvorschriften

- (1) Mit **Freiheitsstrafe** bis zu drei Jahren oder mit **Geldstrafe** wird bestraft, wer wissentlich nicht allgemein zugängliche personenbezogene Daten einer großen Zahl von Personen, ohne hierzu berechtigt zu sein,
1. einem Dritten übermittelt oder
 2. auf andere Art und Weise zugänglich macht und hierbei gewerbsmäßig handelt.
- (2) Mit **Freiheitsstrafe** bis zu zwei Jahren oder mit **Geldstrafe** wird bestraft, wer personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind,
1. ohne hierzu berechtigt zu sein, verarbeitet oder
 2. durch unrichtige Angaben erschleicht
- und hierbei gegen Entgelt oder in Absicht handelt, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen.

§ 202a Abs. 1 StGB: Wer unbefugt sich oder einem anderen Zugang zu Daten, die nicht für ihn bestimmt und die gegen unberechtigten Zugang besonders gesichert sind, unter Überwindung der Zugangssicherung verschafft, wird mit **Freiheitsstrafe** bis zu drei Jahren oder mit **Geldstrafe** bestraft.

§ 202b StGB: Wer unbefugt sich oder einem anderen unter Anwendung von technischen Mitteln nicht für ihn bestimmte Daten [...] aus einer nichtöffentlichen Datenübermittlung oder aus der elektromagnetischen Abstrahlung einer Datenverarbeitungsanlage verschafft, wird mit **Freiheitsstrafe** bis zu zwei Jahren oder mit **Geldstrafe** bestraft, wenn die Tat nicht in anderen Vorschriften mit schwererer Strafe bedroht ist.

§ 202c Abs. 1 StGB: Wer eine Straftat nach § 202a oder § 202b vorbereitet, indem er

1. Passwörter oder sonstige Sicherungscodes, die den Zugang zu Daten [...] ermöglichen, oder
 2. Computerprogramme, deren Zweck die Begehung einer solchen Tat ist,
- herstellt, sich oder einem anderen verschafft, verkauft, einem anderen überlässt, verbreitet oder sonst zugänglich macht, wird mit **Freiheitsstrafe** bis zu einem Jahr oder mit **Geldstrafe** bestraft.

§ 303a Abs. 1 StGB: Wer rechtswidrig Daten [...] löscht, unterdrückt, unbrauchbar macht oder verändert, wird mit **Freiheitsstrafe** bis zu zwei Jahren oder mit **Geldstrafe** bestraft.

Sozialgeheimnis

§ 78 Abs. 1 Satz 2 & 3 SGB X: [...] Eine Übermittlung von Sozialdaten an eine nicht-öffentliche Stelle ist nur zulässig, wenn diese sich verpflichtet hat, die Daten nur zu dem Zweck zu verarbeiten, zu dem sie ihr übermittelt werden. Die Dritten haben die Daten **in demselben Umfang geheim zu halten** wie die in § 35 [SGB I] genannten Stellen.

Berufsgeheimnis

§ 203 StGB Verletzung von Privatgeheimnissen

- (1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis offenbart, das ihm als
1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Rechtsanwalt, Kammerrechtsbeistand, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigter oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
5. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
6. Staatlich anerkannten Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
7. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. [...]

(4) Mit **Freiheitsstrafe** bis zu einem Jahr oder mit **Geldstrafe** wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm bei der Ausübung oder bei Gelegenheit seiner Tätigkeit als **mitwirkende Person** oder als bei den in den Absätzen 1 und 2 genannten Personen tätiger Beauftragter für den Datenschutz bekannt geworden ist. [...]

Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten

Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten können, je nach Schwere des Verstoßes, gemäß Organisationsanweisung 168 (Vorgehen bei Verstößen gegen bestehende Vorgaben) mit Ermahnung, Abmahnung, Kündigung des Arbeitsverhältnisses und/oder der Einleitung eines Strafverfahrens sanktioniert werden.

Übersicht Unterauftragnehmer

Übersicht über die für die DAVASO GmbH tätigen Unterauftragnehmer, die unmittelbar Daten des Auftraggebers erheben, verarbeiten und/oder nutzen:

Name des Unterauftragnehmers	Anschrift	Aufgabenfeld
REISSWOLF Akten- und Datenvernichtung GmbH Sachsen	Fischweg 14a 09114 Chemnitz	Akten- und Datenträgervernichtung

Übersicht über weitere für die DAVASO GmbH tätige Unternehmen, die jedoch keine Daten des Auftraggebers erheben, verarbeiten und/oder nutzen:

Name des Unterauftragnehmers	Anschrift	Aufgabenfeld
Noack & Neumann GmbH	Maximilianallee 4 04129 Leipzig	Objektbewachung, Stellung von Wach- und Empfangspersonal
Deutsche Post InHaus Services GmbH	Euskirchener Straße 52 53121 Bonn	Abholung, Frankierung und Sortierung verschlossener Briefsendungen (Verwendung von Adressdaten nach § 41 Abs. 2 Postgesetz (PostG))

Stand: 22.07.2024

Anlage 5, Zusatz Anhang E zum Datenstellenvertrag vom
01.07.2008 i.d.F. des 17. Nachtrags vom 01.10.2024

Zusatz Anhang E zur Anlage 5 – Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei der Datenverarbeitung im Auftrag (§ 80 SGB V i.V.m. Art. 28 DS-GVO)

Übersicht über die für die DAVASO GmbH tätigen Unterauftragnehmer, die unmittelbar Daten des Auftraggebers erheben, verarbeiten und/oder nutzen:

Unterauftragnehmer:	REISSWOLF Akten- und Datenvernichtung GmbH Sachsen
Anschrift:	Fischweg 14a 09114 Chemnitz
Aufgabenfeld:	Akten- und Datenträgervernichtung
Betriebsstätten/Standorte, an denen sich die Daten des Verantwortlichen befinden - inkl. der Standorte der ggf. beauftragten Unterunterauftragnehmer:	Fischweg 14a 09114 Chemnitz
Datum Vertragsabschluss:	25.11./01.12.2015
Datum der letzten Prüfung gemäß § 7 Abs. 9 der Datenschutzbestimmungen:	10.01.2024
Prüfung wurde durchgeführt durch:	Datenschutzbeauftragten
Prüfbericht vorhanden ja/nein:	ja

Bei Bedarf bitte die Liste nach dem vorgegebenen Muster erweitern.

Leipzig
Ort, Datum

DAVASO GmbH

Übersicht Wartungsfirmen



Übersicht über die für die DAVASO 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. 5 SGB X.

Name der Wartungsfirma	Anschrift	Aufgabenfeld
Konica Minolta Business Solutions Deutschland GmbH	Europaallee 17 30855 Langenhagen	Wartung von Kopierern, Multifunktionsgeräten und Großdruckern
Pitney Bowes Deutschland GmbH	Poststraße 4-6 64293 Darmstadt	Wartung von Kuvertiermaschinen
MTG-Kommunikations-Technik GmbH	Portitzer Allee 8 04329 Leipzig	Wartung von Telefon- und Alarmanlage
BE-terna GmbH	Bornaer Straße 19 04288 Leipzig	Wartung der Software Microsoft Dynamics Navision
SecCommerce Informationssysteme GmbH	Obenhauptstraße 5 22335 Hamburg	Wartung der Signaturanwendungskomponenten
IBYKUS AG (ehem. e-das GmbH)	Hermann-Hollerith-Straße 1 99099 Erfurt	Wartung der Kodak-Scanner (Hardware und Software)
Kodak Alaris Germany GmbH	Augsburger Straße 712 70329 Stuttgart	Hardware-Wartung Kodak-Scanner
MGID Mitteldeutsche Gesellschaft für Informationssicherheit und Datenschutz mbH	Mozartstraße 10 04107 Leipzig	Sicherheitstechnische Überprüfung der IT-Infrastruktur mittels Penetrationstests

Stand: 22.07.2024

Übersicht zu den Datenannahmestellen der Krankenkassen*)

Vertragsbereich	Krankenkasse	IK-Kasse	Dokumentationen			Teilnahme- und Einwilligungserklärungen		Statusdatensatz
			plausible b-Daten	nicht plausible b-Daten	Zyklus	Zyklus		
HH	AOK HH	104 212 516	ja	nein	wtl./Di-Sa	wtl./Di-Sa		wtl./Di-Fr
HH	IKK classic (HH)	101 500 154	ja	nein	wtl./Di-Sa	wtl./Fr		wtl./Di-Fr
HH	IKK classic (BW, HS)	108 001 963	ja	nein	wtl./Sa	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	IKK classic (SA)	107 202 793	ja	nein	wtl./Sa	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	IKK classic (TH)	105 903 116	ja	nein	wtl./Sa	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	IKK classic (WL)	103 500 693	ja	nein	wtl./Sa	keine Datenlieferung		wtl./Di-Fr
HH	IKK - Die Innovationskasse (ehem.IKK Nord) (Ost)	100 202 549	ja	nein	wtl./Sa	wtl./Sa		wtl./Fr
HH	IKK - Die Innovationskasse (ehem.IKK Nord) (West)	101 300 129	ja	nein	wtl./Sa	wtl./Sa		wtl./Fr
HH	IKK Südwest	109 303 301	ja	nein	wtl./Sa	wtl./Fr		wtl./Fr
HH	IKK gesund plus	101 202 961	ja	nein	wtl./Sa	wtl./Fr		wtl./Di-Fr
HH	BIG direkt gesund	103 501 080	ja	nein	wtl./Sa	wtl./Fr		nein
HH	IKK Brandenburg und Berlin	100 602 360	ja	nein	wtl./Sa	keine Datenlieferung		nein
HH	SVLFG (LKK Niedersachsen-Bremen)	102 108 731	ja	nein	wtl./Do	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	SVLFG LKK Mittel- und Ostdeutschland)	100 609 049	ja	nein	wtl./Do	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	SVLFG (LKK Schleswig-Holstein und Hamburg)	101 308 719	ja	nein	wtl./Do	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	SVLFG (LKK Baden-Württemberg)	108 008 880	ja	nein	wtl./Do	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	SVLFG (LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland)	105 508 787	ja	nein	wtl./Do	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	SVLFG (LKK NRW, Detmold/Münster/Düsseldorf)	103 708 773	ja	nein	wtl./Do	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	SVLFG (LKK Bayern, Franken/Oberbayern)	108 608 820	ja	nein	wtl./Do	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	SVLFG (LKK Bayern, Niederbayern/Oberpfalz/Schwaben)	109 008 837	ja	nein	wtl./Do	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	SVLFG (Krankenkasse für den Gartenbau)	105 508 890	ja	nein	wtl./Do	keine Datenlieferung		wtl./Fr
HH	Knappschaft	109 905 003	ja	nein	wtl./Do	wtl./Di		wtl./Di-Fr
HH	DAK-Gesundheit	105 830 016	ja	nein	wtl./Di-Sa	keine Datenlieferung		wtl./Di-Fr
HH	BARMER	104 940 005	ja	nein	wtl./Di-Sa	wtl./Di-Sa		täglich
HH	Techniker Krankenkasse (TK)	101 575 519	ja	nein	wtl./Di-Sa	wtl./Di-Sa		täglich
HH	Kaufmännische Krankenkasse - KKH	102 171 012	ja	nein	wtl./Di-Sa	wtl./Di-Sa		täglich
HH	HEK - Hanseatische Krankenkasse	101 570 104	ja	nein	wtl./Di-Sa	wtl./Di-Sa		täglich
HH	Handelskrankenkasse (hkk)	103 170 002	ja	nein	wtl./Di-Sa	wtl./Di-Sa		wtl./Di-Fr
HH	BKK ²⁾	diverse HIK	ja	nein	wtl./Fr	keine Datenlieferung		täglich ¹⁾
HH	SBK Siemens-Betriebskrankenkasse	108 433 248	ja	nein	wtl./Di-Sa	keine Datenlieferung		wtl./Di-Fr
HH	Mobil Krankenkasse	101 520 078	ja	nein	wtl./Fr	wtl./Fr		wtl./Di
HH	VIACTIV Krankenkasse	104 526 376	ja	nein	wtl./Fr	wtl./Fr		wtl./Di-Fr

*) Nur elektronische Daten. Weitere Informationen, einschließlich zum Versand der Dokumentationsbögen, entnehmen Sie bitte der Leistungsbeschreibung.

*1) Lieferung Statusdatensatz für die BKK'n erfolgt an die Bitmarck Service GmbH (IK 104027544)

*2) außer: Mobil Krankenkasse und VIACTIV Krankenkasse sowie SBK Siemens-Betriebskrankenkasse

AUSSCHREIBUNG

eines

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

der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)

der AOK Hamburg

der See-Krankenkasse

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

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

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

der Knappschaft

– Verwaltungsstelle Hannover –

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

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

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)

Verdingungsunterlagen

Inhaltsverzeichnis

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

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

1. Gegenstand der Ausschreibung

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Gegenstand der Dienstleistung

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

2.1.1 Leistungen im Zusammenhang mit der Teilnahmeerklärung/ Einwilligungserklärung

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

2.1.2 Leistungen im Zusammenhang mit der Erstdokumentation inklusive Diagnosesicherung insgesamt

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

2.1.3 Leistungen im Zusammenhang mit der Folgedokumentation insgesamt

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.6. Leistungen im Zusammenhang mit den Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

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

2.2 Kapazität der Dienstleistung

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

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

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

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

2.3 Vertragslaufzeit

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

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

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

3. Hinweise zur Angebotserstellung

3.1 Auftraggeber

Auftraggeber sind:

- Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg,
Kieler Straße 464 – 470, 22525 Hamburg
- AOK Hamburg,
Pappelallee 22 – 26, 22089 Hamburg
- See-Krankenkasse,
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:

<p style="text-align: center;">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</p>
--

- 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 beigelegten 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 Prüfzwecke durch die Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können; die Datenstelle hat sicherzustellen, dass die jeweilige Aufsichtsbehörde die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Aufsichtsbehörde eine Prüfung der archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, muss die Datenstelle sicherstellen, dass ausschließlich der (die) mit der Prüfung beauftragte(n) Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde die entsprechenden Unterlagen erhält (erhalten)
- die eingesetzte Archivierungs-Technologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit / Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen,
- der Auftragnehmer ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, das er mit den Auftraggebern abstimmt.

3.10.1 Beleghafte Erstdokumentation

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

3.10.2 Beleglose Erstdokumentation

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

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

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

3.11 Protokollierung

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

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

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

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

Die Datenstelle archiviert alle Protokolle.

3.12 Information an die 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 Prüfzwecke durch die Auf-

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

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

4.8.1 Beleghafte Folgedokumentation

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

4.8.2 Beleglose Folgedokumentation

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

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

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

4.9 Protokollierung

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

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

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

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

Die Datenstelle archiviert alle Protokolle.

4.10 Information an die KVH

Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal unter Angabe der 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 zwischenzuspeichern 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.

DAVASO GmbH · Sommerfelder Straße 120 · 04316 Leipzig



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

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

Datum: 12.04.2023

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.
- Für Ihre in der Anlage „**Übersicht: zu erstellende Folgedokumentationen**“ genannten Patienten fehlen uns die entsprechenden Daten. **Die befristete Sonderregelung zur fakultativen Erstellung von Folgedokumentationen aufgrund der Corona-Pandemie ist zum 31.12.2021 ausgelaufen. Ab dem 01.01.2022 sind wieder regelmäßige Folgedokumentationen für die Patienten zu erstellen.**
- Ihre in der Anlage „**Übersicht: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext**“ aufgeführten Folgedokumentationen können in der Regel nicht für die DMP-Prozesse berücksichtigt werden. Eine nähere Erklärung entnehmen Sie bitte der Legende der Anlage.
- Ihre in der Anlage „**Übersicht: außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen**“ aufgeführten Dokumentationen können aufgrund der Überschreitung des Übermittlungszeitraumes nicht für die DMP-Prozesse berücksichtigt werden.
- Ihre in der Anlage „**Übersicht: Patienten, deren Krankenkasse nicht am DMP teilnimmt**“ aufgeführten Dokumentationen und TE werden von uns nicht weiter verarbeitet.

- Ihre in der Anlage „**Übersicht: nicht prozesskonforme Dokumentationen und TE**“ aufgeführten Dokumentationen und TE können wegen verfahrensbedingter Fehler nicht für die DMP-Prozesse verwendet werden. Eine nähere Erklärung entnehmen Sie bitte der Legende dieser Anlage.
- Für Ihre in der Anlage „**Übersicht: Fallbeendigungen**“ aufgeführten Patienten wurden die DMP-Fälle beendet. Eine nähere Erklärung entnehmen Sie bitte der Legende dieser Anlage.
- Ihre in der Anlage „**Übersicht: nicht verarbeitbare Datenlieferungen**“ aufgeführten DMP-Daten können nicht für die Weiterverarbeitung im Sinne der DMP-Prozesse berücksichtigt werden. Bitte übermitteln Sie uns die betreffenden DMP-Daten erneut.

Bitte beachten Sie, dass zur Erstellung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen das aktuell gültige Formular mit dem Formularschlüssel 070E (indikationsübergreifend) zu verwenden ist.

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

Bei Postsendungen verwenden Sie bitte folgende Adresse:

DAVASO GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

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

Mit freundlichen Grüßen

DAVASO GmbH

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

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Versand	Fristablauf
Fremdmuster, Margoth	F541054408	Musterkasse	57050	TE	DM1, AB	29.03.2023	15.04.2023	-
Fremdmuster, Margoth	Q359050297	Musterkasse	957610	ED	DM2	06.04.2023	14.04.2023	21.08.2023
Fremdmuster, Martina	H995789670	Musterkasse	805222	FD	DM2	30.03.2023	13.04.2023	22.05.2023
Fremdmuster, Maximilian	S71953723	Musterkasse	657656	FD	DM2	30.03.2023	12.04.2023	22.05.2023
Großmuster, Michael	H650302336	Musterkasse	949868	ED	DM2	31.03.2023	11.04.2023	22.05.2023
Heimmuster, Michael	A540906907	Musterkasse	407591	ED	DM2	30.03.2023	14.04.2023	22.05.2023
Kleinstmuster, Margoth	S422779732	Musterkasse	57200	ED	DM2	25.01.2023	15.04.2023	22.05.2023
Kleinstmuster, Markus	E12731573	Musterkasse	603932	ED	DM2	29.03.2023	14.04.2023	22.05.2023
Musterberg, Markus	B13655225	Musterkasse	66114	TE	KHK, AB	30.03.2023	14.04.2023	-
Musterberg, Martin	N729182422	Musterkasse	715780	ED	DM2	28.03.2023	15.04.2023	22.05.2023
Musterberg, Michael	X459944989	Musterkasse	395754	FD	DM2	30.03.2023	15.04.2023	22.05.2023
Musterfrau, Margoth	Q187797531	Musterkasse	586872	ED	DM2	06.04.2023	15.04.2023	21.08.2023
Musterfrau, Molly	G679653545	Musterkasse	114706	ED	DM2	31.03.2023	12.04.2023	22.05.2023
Mustermann, Margda	P622083821	Musterkasse	82495	FD	DM2	30.03.2023	12.04.2023	22.05.2023
Mustermann, Martha	A861476540	Musterkasse	108940	FD	DM2	29.03.2023	14.04.2023	22.05.2023
Mustermann, Michaela	F518892410	Musterkasse	166671	FD	DM2	28.03.2023	15.04.2023	22.05.2023
Muster, Maria	Z290943276	Musterkasse	738743	TE	AB, DM2	29.03.2023	16.04.2023	-
Muster, Michael	I140385951	Musterkasse	677835	ED	DM2	06.04.2023	11.04.2023	21.08.2023
Musterson, Michael	Y921708658	Musterkasse	204655	ED	DM2	17.03.2023	14.04.2023	22.05.2023
Musterson, Moritz	D843242088	Musterkasse	693679	ED	DM2	24.03.2023	11.04.2023	22.05.2023
Von Muster, Manuela	X301316136	Musterkasse	613282	ED	DM2	06.04.2023	14.04.2023	21.08.2023
Von Muster, Manuela	G9669704	Musterkasse	937226	ED	DM2	21.03.2023	14.04.2023	22.05.2023
Von Muster, Margoth	A936987893	Musterkasse	992939	ED	DM2	28.02.2023	14.04.2023	22.05.2023
Von Muster, Martin	S415141659	Musterkasse	841816	ED	DM2	04.03.2023	14.04.2023	22.05.2023
Von Muster, Maxi	R589011265	Musterkasse	622581	TE	KHK, DM1, AB	29.03.2023	14.04.2023	-

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

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

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

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

Übersicht: plausible Dokumentationen und TE der letzten 14 Tage

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Prüfung
Doppelmuster, Margda	Q724006674	Musterkasse	774035	TE	AB, DM2	30.03.2023	11.04.2023
Fremdmuster, Max	E408605342	Musterkasse	628003	ED	DM2	31.03.2023	11.04.2023
Großmuster, Maria	T152630148	Musterkasse	735808	ED	DM2	28.03.2023	11.04.2023
Großmuster, Molly	R754150485	Musterkasse	527383	ED	DM2	31.03.2023	11.04.2023
Heimmuster, Martina	C545411579	Musterkasse	644664	ED	DM2	28.03.2023	11.04.2023
Heimmuster, Maxi	E85868052	Musterkasse	203312	ED	DM2	31.03.2023	11.04.2023
Heimmuster, Maxi	X377303149	Musterkasse	947486	ED	DM2	02.03.2023	11.04.2023
Musterberg, Margoth	Q606684963	Musterkasse	921399	ED	DM2	15.03.2023	11.04.2023
Musterberg, Michael	V790685215	Musterkasse	132977	TE	DM1, AB	31.03.2023	11.04.2023
Musterberg, Michaela	I254004355	Musterkasse	561040	ED	DM2	22.03.2023	11.04.2023
Musterfrau, Markus	Q361916552	Musterkasse	236603	ED	DM2	31.03.2023	11.04.2023
Musterfrau, Molly	I483511704	Musterkasse	399629	ED	DM2	13.03.2023	11.04.2023
Musterfrau, Moritz	Y990485797	Musterkasse	114200	ED	DM2	31.03.2023	11.04.2023
Mustermann, Maria	I597922300	Musterkasse	953257	ED	DM2	04.04.2023	11.04.2023
Mustermann, Martha	C913620657	Musterkasse	126498	ED	DM2	29.03.2023	11.04.2023
Mustermann, Martina	T821688559	Musterkasse	814794	ED	DM2	02.03.2023	11.04.2023
Muster, Maria	K589569198	Musterkasse	923423	ED	DM2	15.03.2023	11.04.2023
Muster, Michaela	G213333074	Musterkasse	443906	TE	KHK, AB	29.03.2023	11.04.2023
Musterson, Moritz	P253693663	Musterkasse	857228	ED	DM2	31.03.2023	11.04.2023
Randmuster, Manuela	Y687413347	Musterkasse	892186	ED	DM2	31.03.2023	11.04.2023
Randmuster, Micky	H386496212	Musterkasse	543689	ED	DM2	29.03.2023	11.04.2023
Von Muster, Manuela	U897681082	Musterkasse	316983	ED	DM2	11.04.2023	11.04.2023
Von Muster, Margda	W498998522	Musterkasse	867781	ED	DM2	31.03.2023	11.04.2023
Von Muster, Maria	E330072724	Musterkasse	815624	TE	KHK, DM1, AB	31.03.2023	11.04.2023
Von Muster, Molly	L735152132	Musterkasse	930298	ED	DM2	31.03.2023	11.04.2023

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	H798721203	Musterkasse	504239	BK	ED
Doppelmuster, Margda	Y610260954	Musterkasse	283486	BK	ED
Doppelmuster, Maria	W541394387	Musterkasse	951668	BK	ED
Doppelmuster, Markus	R891003910	Musterkasse	692128	BK	ED
Doppelmuster, Maximilian	I540212020	Musterkasse	399308	BK	ED
Doppelmuster, Michaela	W929270329	Musterkasse	743537	BK	ED
Doppelmuster, Molly	Q192039258	Musterkasse	164528	BK	ED
Großmuster, Marcus	W909753221	Musterkasse	356771	BK	ED
Großmuster, Margda	L268399830	Musterkasse	366141	BK	ED
Großmuster, Markus	S842508466	Musterkasse	413454	BK	ED
Großmuster, Maxi	Z193243328	Musterkasse	437910	BK	ED
Heimmuster, Manuela	E50293838	Musterkasse	801087	BK	ED
Kleinstmuster, Markus	R943408382	Musterkasse	662333	BK	ED
Kleinstmuster, Maximilian	Z18230781	Musterkasse	268142	BK	ED
Musterberg, Michael	S67052361	Musterkasse	344628	BK	ED
Musterberg, Micky	Z646803190	Musterkasse	354915	BK	ED
Musterfrau, Maxi	Q713671110	Musterkasse	850027	BK	ED
Muster, Maria	U583868139	Musterkasse	242966	BK	ED
Muster, Max	U603800664	Musterkasse	372689	BK	ED
Musterson, Maria	Q921033849	Musterkasse	566109	BK	ED
Musterson, Michaela	B424297888	Musterkasse	995564	BK	ED
Randmuster, Michaela	A607846394	Musterkasse	622537	BK	ED
Randmuster, Moritz	H194661437	Musterkasse	17406	BK	ED
Von Muster, Maria	Z981845787	Musterkasse	298415	BK	ED
Von Muster, Michael	P514217576	Musterkasse	976235	BK	ED

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

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

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

Übersicht: zu erstellende Folgedokumentationen im laufenden Quartal (Reminder)

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Dokumentationsintervall
Doppelmuster, Maria	C302610463	Musterkasse	682116	FD	KHK	29.03.2023	3 Monate
Fremdmuster, Margda	T534936467	Musterkasse	430330	FD	KHK	06.01.2023	3 Monate
Fremdmuster, Michelle	J346826610	Musterkasse	521882	FD	KHK	16.01.2023	3 Monate
Großmuster, Max	R924621075	Musterkasse	292831	FD	KHK	31.01.2023	3 Monate
Großmuster, Michelle	I94483170	Musterkasse	928559	FD	KHK	15.03.2023	3 Monate
Großmuster, Moritz	A410754234	Musterkasse	569914	FD	KHK	11.01.2023	3 Monate
Großmuster, Moritz	B971405105	Musterkasse	410180	FD	KHK	06.08.2022	6 Monate
Kleinstmuster, Maria	W343446689	Musterkasse	931502	FD	KHK	28.02.2023	3 Monate
Kleinstmuster, Martha	C225987353	Musterkasse	871279	FD	KHK	16.08.2022	6 Monate
Kleinstmuster, Micky	L197848529	Musterkasse	560957	FD	KHK	31.01.2023	3 Monate
Muster, Manuela	U643786682	Musterkasse	894702	FD	KHK	19.01.2023	3 Monate
Muster, Marcus	Z916775274	Musterkasse	994176	FD	KHK	06.02.2023	3 Monate
Musterberg, Maria	L966343492	Musterkasse	915395	FD	KHK	23.07.2022	6 Monate
Musterberg, Martin	Y722191122	Musterkasse	468932	FD	KHK	29.03.2023	3 Monate
Musterberg, Martin	S153228428	Musterkasse	343881	FD	KHK	16.09.2022	6 Monate
Mustermann, Max	W705660136	Musterkasse	508114	FD	KHK	13.01.2023	3 Monate
Mustermann, Max	V972825836	Musterkasse	384312	FD	KHK	24.01.2023	3 Monate
Musterson, Martha	E845997642	Musterkasse	337274	FD	KHK	29.03.2023	3 Monate
Musterson, Martina	N426372033	Musterkasse	730080	FD	KHK	31.03.2023	3 Monate
Musterson, Maxi	P931248621	Musterkasse	442687	FD	KHK	06.01.2023	3 Monate
Randmuster, Martha	E669649351	Musterkasse	239560	FD	KHK	19.01.2023	3 Monate
Randmuster, Martina	I773607563	Musterkasse	631855	FD	KHK	02.01.2023	3 Monate
Randmuster, Maxi	U746141574	Musterkasse	464772	FD	KHK	15.03.2023	3 Monate
Randmuster, Molly	E131295881	Musterkasse	461439	FD	KHK	30.03.2023	3 Monate
Von Muster, Manuela	B964670154	Musterkasse	648700	FD	KHK	29.03.2023	3 Monate

Datum und Intervall beziehen sich auf die letzte Dokumentation zu diesem DMP-Fall.
3 Monate bedeutet vierteljährliches und 6 Monate halbjährliches Dokumentationsintervall.

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

**Nach dem Ende der Corona-Sonderregelung sind seit dem 01.01.2022 wieder regelmäßig Folgedokumentationen für die Patienten zu erstellen.
Im DMP Brustkrebs beachten Sie dabei bitte die abweichenden Regelungen zum Dokumentationsintervall und prüfen Sie, ob gemäß Anlage 3 Nr. 1.5 DMP-A-RL eine Folgedokumentation zu erstellen ist.**

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, Manuela	H770092421	Musterkasse	15160	FD	DM1	30.03.2023	07.03.2023	3 Monate
Doppelmuster, Martha	N734667944	Musterkasse	769603	FD	DM1	30.03.2023	05.03.2023	3 Monate
Fremdmuster, Maxi	P769560067	Musterkasse	530046	FD	DM1	30.03.2023	13.03.2023	3 Monate
Fremdmuster, Maximilian	A326215708	Musterkasse	414143	FD	DM1	30.03.2023	09.02.2023	3 Monate
Großmuster, Michael	N718147959	Musterkasse	457943	FD	DM1	29.03.2023	16.03.2023	6 Monate
Großmuster, Michael	V37500508	Musterkasse	747194	FD	DM1	29.03.2023	10.03.2023	3 Monate
Großmuster, Michaela	L918442777	Musterkasse	73633	FD	DM1	31.03.2023	01.03.2023	6 Monate
Heimmuster, Markus	N810987011	Musterkasse	405718	FD	DM1	29.03.2023	05.03.2023	3 Monate
Heimmuster, Maximilian	L87358152	Musterkasse	139298	FD	DM1	30.03.2023	29.01.2023	3 Monate
Kleinstmuster, Martha	U884489556	Musterkasse	569711	FD	DM1	29.03.2023	09.03.2023	3 Monate
Kleinstmuster, Martina	K76383764	Musterkasse	810465	FD	DM1	31.03.2023	07.02.2023	3 Monate
Musterberg, Margoth	V780112797	Musterkasse	849659	FD	DM1	29.03.2023	26.02.2023	3 Monate
Musterberg, Michaela	C237501212	Musterkasse	12284	FD	DM1	30.03.2023	01.02.2023	3 Monate
Musterfrau, Markus	M410117244	Musterkasse	532729	FD	DM1	31.03.2023	27.02.2023	3 Monate
Mustermann, Maria	V349655082	Musterkasse	133814	FD	DM1	30.03.2023	24.03.2023	3 Monate
Mustermann, Maria	E496668084	Musterkasse	637528	FD	DM1	30.03.2023	03.03.2023	3 Monate
Muster, Martha	N15791311	Musterkasse	501417	FD	DM1	30.03.2023	19.02.2023	3 Monate
Muster, Maxi	W515600472	Musterkasse	667114	FD	DM1	28.03.2023	28.02.2023	6 Monate
Musterson, Margda	A700597709	Musterkasse	353273	FD	DM1	30.03.2023	01.02.2023	3 Monate
Musterson, Martin	P383501359	Musterkasse	80666	FD	DM1	31.03.2023	07.02.2023	3 Monate
Musterson, Max	I874182990	Musterkasse	213870	FD	DM1	30.03.2023	11.03.2023	3 Monate
Musterson, Maxi	D920988857	Musterkasse	901269	FD	DM1	29.03.2023	26.03.2023	6 Monate
Randmuster, Maria	Z415474753	Musterkasse	288778	FD	DM1	30.03.2023	13.03.2023	3 Monate
Von Muster, Manuela	A109588378	Musterkasse	990999	FD	DM1	08.02.2023	30.01.2023	3 Monate
Von Muster, Manuela	O644981703	Musterkasse	733299	FD	DM1	29.03.2023	06.03.2023	6 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, Michael	V778228069	Musterkasse	602597	P	FD	KHK	14.12.2022	25.02.2023	21.02.2023
Doppelmuster, Michaela	L328915119	Musterkasse	38920	P	FD	KHK	20.11.2022	17.03.2023	21.02.2023
Fremdmuster, Martha	P489689016	Musterkasse	170394	P	FD	KHK	06.10.2022	14.03.2023	21.02.2023
Großmuster, Markus	R260700440	Musterkasse	864458	P	FD	KHK	17.11.2022	24.03.2023	21.02.2023
Großmuster, Maxi	N447966844	Musterkasse	626381	P	FD	KHK	10.12.2022	07.04.2023	21.02.2023
Großmuster, Michael	E619985590	Musterkasse	127981	P	FD	KHK	06.12.2022	05.04.2023	21.02.2023
Großmuster, Molly	U426502041	Musterkasse	563156	P	FD	KHK	26.11.2022	18.03.2023	21.02.2023
Heimmuster, Markus	G890244304	Musterkasse	315445	P	FD	KHK	27.10.2022	18.03.2023	21.02.2023
Heimmuster, Martha	G42195016	Musterkasse	694174	P	FD	KHK	14.12.2022	28.03.2023	21.02.2023
Kleinstmuster, Margoth	M862110114	Musterkasse	579744	P	FD	KHK	28.10.2022	21.03.2023	21.02.2023
Musterberg, Martha	K400978474	Musterkasse	160459	P	FD	KHK	01.12.2022	01.03.2023	21.02.2023
Musterberg, Molly	G359146648	Musterkasse	107682	P	FD	KHK	01.10.2022	09.03.2023	21.02.2023
Musterfrau, Manuela	D561086356	Musterkasse	90044	P	FD	KHK	25.11.2022	25.03.2023	21.02.2023
Musterfrau, Margda	M265869778	Musterkasse	839716	P	FD	KHK	17.10.2022	04.04.2023	21.02.2023
Musterfrau, Martin	B34476321	Musterkasse	683057	P	FD	KHK	23.10.2022	03.04.2023	21.02.2023
Musterfrau, Michael	I191572811	Musterkasse	61025	P	FD	KHK	29.10.2022	29.03.2023	21.02.2023
Mustermann, Martha	A672247536	Musterkasse	734058	P	FD	KHK	10.12.2022	15.03.2023	21.02.2023
Muster, Moritz	S207984361	Musterkasse	81392	P	FD	KHK	30.10.2022	09.04.2023	21.02.2023
Musterson, Martha	F883243223	Musterkasse	688527	P	FD	KHK	05.12.2022	22.02.2023	21.02.2023
Musterson, Martina	Q83948570	Musterkasse	733090	P	FD	KHK	04.10.2022	22.02.2023	21.02.2023
Randmuster, Margda	V958879147	Musterkasse	975545	P	FD	KHK	20.11.2022	24.03.2023	21.02.2023
Randmuster, Martin	Z661025435	Musterkasse	734256	P	FD	KHK	13.10.2022	13.03.2023	21.02.2023
Von Muster, Maxi	B455224819	Musterkasse	493806	P	FD	KHK	18.10.2022	10.03.2023	21.02.2023
Von Muster, Michelle	P564101432	Musterkasse	450419	P	FD	KHK	01.11.2022	19.03.2023	21.02.2023
Von Muster, Moritz	B201443674	Musterkasse	668010	P	FD	KHK	11.11.2022	23.03.2023	21.02.2023

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation

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

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

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

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

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, Martha	N114710334	Musterkasse	455458	FD	DM1	30.03.2023	11.04.2023
Doppelmuster, Maxi	B816587461	Musterkasse	316792	FD	DM1	28.03.2023	11.04.2023
Doppelmuster, Michelle	O984559735	Musterkasse	444792	FD	DM1	27.03.2023	11.04.2023
Doppelmuster, Moritz	W439882473	Musterkasse	933944	FD	DM1	30.03.2023	11.04.2023
Fremdmuster, Markus	E487471425	Musterkasse	791895	FD	DM1	28.03.2023	11.04.2023
Fremdmuster, Martin	Q33279982	Musterkasse	734063	FD	DM1	31.03.2023	11.04.2023
Fremdmuster, Maximilian	H110371205	Musterkasse	765088	FD	DM1	28.03.2023	11.04.2023
Fremdmuster, Michaela	M684590484	Musterkasse	361217	FD	DM1	30.03.2023	11.04.2023
Fremdmuster, Molly	L297498975	Musterkasse	303329	FD	DM1	27.03.2023	11.04.2023
Großmuster, Martha	Y618446494	Musterkasse	747927	FD	DM1	31.03.2023	11.04.2023
Großmuster, Max	Z422826824	Musterkasse	271325	TE	KHK, DM1, AB	31.03.2023	11.04.2023
Großmuster, Moritz	Z181073156	Musterkasse	702557	TE	AB, DM2	30.03.2023	11.04.2023
Heimmuster, Margda	W999956767	Musterkasse	917345	FD	DM1	29.03.2023	11.04.2023
Heimmuster, Michael	D246497085	Musterkasse	980235	FD	DM1	27.03.2023	11.04.2023
Kleinstmuster, Martin	D131158838	Musterkasse	153835	TE	DM1, AB	31.03.2023	11.04.2023
Kleinstmuster, Martin	U106352	Musterkasse	882490	FD	DM1	31.03.2023	11.04.2023
Musterberg, Margoth	G355872344	Musterkasse	743734	FD	DM1	30.03.2023	11.04.2023
Musterfrau, Maria	G640917027	Musterkasse	711540	FD	DM1	31.03.2023	11.04.2023
Musterfrau, Michael	E655376446	Musterkasse	667500	FD	DM1	23.03.2023	11.04.2023
Muster, Manuela	M213283644	Musterkasse	108230	TE	KHK, AB	30.03.2023	11.04.2023
Muster, Margoth	S690469795	Musterkasse	833623	FD	DM1	30.03.2023	11.04.2023
Randmuster, Manuela	H333748447	Musterkasse	162909	FD	DM1	30.03.2023	11.04.2023
Von Muster, Margda	W284059631	Musterkasse	789415	FD	DM1	28.03.2023	11.04.2023
Von Muster, Martha	N566111883	Musterkasse	907915	FD	DM1	30.03.2023	11.04.2023
Von Muster, Moritz	R649565760	Musterkasse	896520	FD	DM1	22.03.2023	11.04.2023

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

Diese Dokumentationen und TE werden nicht weiter verarbeitet.

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

Übersicht: nicht prozesskonforme Dokumentationen und TE

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	Belegtyp	DMP-Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Grund der Stornierung
Doppelmuster, Markus	D79965621	Musterkasse	411389	FD	AB	23.03.2023	11.04.2023	37
Doppelmuster, Max	T969416344	Musterkasse	447317	FD	AB	24.02.2023	11.04.2023	12
Großmuster, Margda	F513609159	Musterkasse	722119	TE	AB	11.10.2021	11.04.2023	40
Großmuster, Maximilian	G687635858	Musterkasse	842894	FD	AB	31.01.2023	11.04.2023	17
Großmuster, Michaela	F42461789	Musterkasse	330016	FD	AB	01.03.2023	11.04.2023	38
Großmuster, Micky	O365649345	Musterkasse	908979	FD	AB	30.03.2023	11.04.2023	28
Großmuster, Molly	P718761660	Musterkasse	773670	FD	AB	29.03.2023	12.04.2023	37
Kleinmuster, Marcus	O879236834	Musterkasse	112023	FD	AB	19.01.2023	11.04.2023	35
Kleinmuster, Martin	U915675338	Musterkasse	229836	FD	AB	14.02.2023	11.04.2023	29
Kleinmuster, Martin	S16645495	Musterkasse	984290	FD	AB	17.01.2023	11.04.2023	37
Musterberg, Margda	K69973156	Musterkasse	51603	TE	AB	11.10.2021	11.04.2023	40
Musterberg, Martha	V573327058	Musterkasse	489233	FD	AB	03.04.2023	11.04.2023	39
Musterberg, Martin	Y173535803	Musterkasse	648486	ED	AB	30.03.2023	12.04.2023	33
Musterberg, Michaela	H482562959	Musterkasse	72800	FD	AB	17.01.2023	11.04.2023	17
Musterfrau, Manuela	A408435474	Musterkasse	244102	FD	AB	27.03.2023	11.04.2023	35
Musterfrau, Moritz	Z509203401	Musterkasse	98092	FD	AB	20.02.2023	11.04.2023	38
Muster, Manuela	X538699920	Musterkasse	595764	FD	AB	16.01.2023	11.04.2023	17
Muster, Martha	E217551315	Musterkasse	133997	ED	AB	07.02.2023	11.04.2023	12
Muster, Maxi	W650144019	Musterkasse	942190	FD	AB	21.02.2023	11.04.2023	17
Musterson, Margda	H150960846	Musterkasse	622714	FD	AB	03.03.2023	11.04.2023	28
Musterson, Martha	G595392772	Musterkasse	321644	FD	AB	04.04.2023	11.04.2023	38
Musterson, Maximilian	K496185358	Musterkasse	39720	FD	AB	21.02.2023	11.04.2023	12
Randmuster, Micky	N743084720	Musterkasse	673876	FD	AB	23.02.2023	11.04.2023	29
Von Muster, Manuela	A11016532	Musterkasse	97593	FD	AB	12.01.2023	11.04.2023	35
Von Muster, Micky	P287060194	Musterkasse	174948	ED	AB	19.01.2023	11.04.2023	12

Datum Beleg = Ausstellungsdatum der Dokumentation

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

Stornogründe: 12 - doppelt eingereichte Dokumentationen

17 - Folgedokumentation vor der Erstdokumentation eingegangen

28 - ungültiges Format nach Versionsumstellung

29 - ungültiges Format vor Versionsumstellung

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

35 - keine Zuordnung zu einem Versicherten bei der Krankenkasse möglich

36 - Löschung im Bestand der Krankenkasse

37 - Dokumentation ohne gültige Teilnahmeerklärung - nicht heilbar

38 - Dokumentation ohne gültige Teilnahmeerklärung - Nachreichung fehlender Teilnahmeerklärung erforderlich

39 - Widerruf der Teilnahmeerklärung durch den Patienten

40 - Verfristung einer nicht gültigen Teilnahmeerklärung nach 18 Monaten

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

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

Übersicht: Fallbeendigungen

Patient Name, Vorname	Krankenvers.-nummer	Krankenkasse	DMP-Fall-Nr.	DMP-Diagnose	Grund der Beendigung
Doppelmuster, Martina	C844922083	Musterkasse	848914	COPD	15
Doppelmuster, Maxi	I810235228	Musterkasse	955462	COPD	05
Fremdmuster, Manuela	N314958661	Musterkasse	469269	COPD	18
Fremdmuster, Micky	S967331299	Musterkasse	720656	COPD	18
Fremdmuster, Molly	I659290609	Musterkasse	698957	COPD	03
Großmuster, Martha	S29417757	Musterkasse	945765	COPD	03
Großmuster, Micky	Z769245210	Musterkasse	666071	COPD	05
Heimmuster, Martina	Z109770858	Musterkasse	151120	COPD	20
Kleinstmuster, Micky	Q764612461	Musterkasse	10656	COPD	02
Musterfrau, Manuela	M22677042	Musterkasse	659190	COPD	03
Musterfrau, Maria	T521440764	Musterkasse	865280	COPD	03
Musterfrau, Markus	L95273333	Musterkasse	839542	COPD	15
Musterfrau, Maxi	Q212700438	Musterkasse	57770	COPD	18
Musterfrau, Maxi	O660984686	Musterkasse	790556	COPD	20
Musterfrau, Michael	H654780810	Musterkasse	643859	COPD	02
Mustermann, Max	Z353709440	Musterkasse	494770	COPD	20
Mustermann, Maximilian	G986970303	Musterkasse	74380	COPD	18
Mustermann, Micky	D993923048	Musterkasse	14589	COPD	03
Muster, Maximilian	M12345244	Musterkasse	538181	COPD	03
Muster, Michael	N808991423	Musterkasse	334046	COPD	15
Musterson, Manuela	X427577972	Musterkasse	956798	COPD	16
Musterson, Markus	P857230636	Musterkasse	702051	COPD	01
Musterson, Maximilian	F820501799	Musterkasse	478565	COPD	16
Musterson, Maximilian	G346144988	Musterkasse	144688	COPD	18
Von Muster, Maria	K394655654	Musterkasse	854758	COPD	05

Gründe der Fallbeendigungen:

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

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

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

Übersicht: nicht verarbeitbare Datenlieferungen

Datenlieferung Eingang	Typ	Hinweise zum Fehler
18.01.2010	KV-Portal	Datei konnte nicht entschlüsselt werden
Medium / Dateiname		ID: 10891153 0118203351_2_028926882_20100116_1_khk.zip.xkm
18.10.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14565321 316642_021974244_20191001114608_1_eHKS.zip.XKM
02.10.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14551890 311663_023090998_20191002161748_1_eHKS.zip.XKM
24.09.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14531584 307744_028313817_20190923175206_1_eHKS.zip.XKM
05.07.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14456310 300930_022292598_20190705125944_1_eHKS.zip.XKM
02.07.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14452026 299132_023030298_20190402171203_1_eHKS.zip.XKM
01.07.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14449765 297913_028021405_20190630165252_1_eHKS.zip.XKM
18.04.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14367151 291697_021450398_20190329111032_1_eHKS.zip.XKM
15.04.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14364008 291156_029023787_20190415150738_1_eHKS.zip.XKM 291157_029023787_20190415150738_1_eHKS.zip.XKM
01.04.2019	KV-Portal	Datei ist keine DMP-Datei
Medium / Dateiname		ID: 14349029 284734_023030298_20190102122000_1_eHKS.zip.XKM

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

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

Anlage 11

Prüfkatalog für TE/EWE (Stand: 01.10.2024)

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.
Versicherten-Nr.	Die Versicherten-Nr. muss 10 Stellen aufweisen.
Versicherten-Nr.	Die Versicherten-Nr. muss mit einem Großbuchstaben beginnen.
Versicherten-Nr.	Die Versicherten-Nr. muss eine korrekte Prüfziffer aufweisen.
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 mellitus Typ 1" und "Diabetes mellitus Typ 2" bzw. "Asthma" und "COPD" bzw. "Koronare Herzkrankheit" und "Herzinsuffizienz" 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.