

**Elektronischer Datenaustausch zwischen  
Krankenkassen (GKV) und Medizinischen Diensten  
der Krankenversicherung (MDK) im Bereich  
Krankenhaus**

**Fachliche Verfahrensbeschreibung  
(FVB)**

**der beteiligten Verbände der  
Krankenkassen auf Bundesebene,**

**dem Verband der Ersatzkassen e.V. - vdek, Berlin,  
dem AOK Bundesverband, Berlin,  
dem BKK Bundesverband, Essen,  
dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung,  
Kassel,**

**und**

**der MDK-Gemeinschaft**

**Version 1.3**

**Build 2**

**Stand: 18. Mai 2010**

**gültig ab 01.01.2012**

**Dokument des**

Fachlichen Arbeitskreises  
DA GKV/MDK

Federführung

vdek e.V.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>ÄNDERUNGSHISTORIE</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>ANSTOß</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>FORMALE LEGIMITATION (AUFTRAG)</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>ORGANISATION</b>	<b>7</b>
<b>5.1</b>	<b>Ablaufplan (was/wann?)</b>	<b>7</b>
<b>5.2</b>	<b>Beteiligte Institutionen</b>	<b>8</b>
5.2.1	Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene	8
5.2.2	MDK-Gemeinschaft	8
5.2.3	Datenannahme- und -verteilstellen	8
5.2.4	Email-Verteiler	8
<b>5.3</b>	<b>Fachgremien</b>	<b>9</b>
5.3.1	Fachlicher Arbeitskreis – DA GKV/MDK –	9
5.3.2	Technischer Arbeitskreis – DA GKV/MDK –	9
5.3.3	Organisation der Arbeitskreise	9
<b>6</b>	<b>SITUATIONSANALYSE</b>	<b>9</b>
<b>6.1</b>	<b>Systemorientierte Betrachtung (IST)</b>	<b>10</b>
<b>6.2</b>	<b>Ursachenorientierte Betrachtung (kritische Würdigung)</b>	<b>13</b>
<b>6.3</b>	<b>Lösungsorientierte Betrachtung (SOLL)</b>	<b>14</b>
<b>6.4</b>	<b>Zukunftsorientierte Betrachtung (Wirkung)</b>	<b>18</b>
<b>7</b>	<b>ZIELFORMULIERUNG</b>	<b>19</b>
<b>8</b>	<b>FACHLICHE UND TECHNISCHE DOKUMENTATION (DETAILS)</b>	<b>19</b>
<b>8.1</b>	<b>Fachliche Anforderungen (was?)</b>	<b>19</b>
<b>8.2</b>	<b>Technische Anforderungen (wie?)</b>	<b>20</b>
<b>8.3</b>	<b>Test- und Pilotverfahren</b>	<b>21</b>
<b>8.4</b>	<b>Veröffentlichung der Dokumente</b>	<b>22</b>
<b>8.5</b>	<b>Vorschlags- und Änderungsmanagement</b>	<b>23</b>
<b>8.6</b>	<b>Versionsmanagement</b>	<b>24</b>
8.6.1	Versionsmanagement der fachlichen und technischen Dokumente	24
8.6.2	Versionsmanagement der technischen Umsetzung	25

<b>9</b>	<b>INFORMATIONSSICHERHEIT</b>	<b>26</b>
<b>9.1</b>	<b>Datenschutz</b>	<b>26</b>
<b>9.2</b>	<b>Datensicherheit</b>	<b>27</b>
<b>9.3</b>	<b>Datensicherung</b>	<b>27</b>

# 1 Änderungshistorie

Version	Beschreibung	Bearbeiter	Datum	Prod.
1.1	Erste abgestimmte Version	Friedhelm Langen (vdek)	02.04.2007	
1.2	Anpassungen hinsichtlich der Ergebnisse der Sitzung des technischen Arbeitskreises am 14.08.2007 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Redaktionelle Änderung Titelblatt</li> <li>▪ Stornierungs-, Fehlerverfahren sowie Test- und Pilotverfahren</li> <li>▪ Anpassung der Datenflussdiagramme</li> <li>▪ Korrektur der Geschäftsprozessbeschreibung</li> </ul>	Friedhelm Langen (vdek)	14.08.2007	
1.2	Nachträgliche Änderungen auf der Grundlage eingegangener Vorschläge	Friedhelm Langen (vdek)	17.09.2007	X
1.3 Build 1	Redaktionelle Anpassungen, Umsetzung von Beschlüssen des fachlichen Arbeitskreises, Definition Versionsmanagement	Friedhelm Langen (vdek)	01.03.2010	
1.3 Build 2	Ergänzende Anpassungen aus der gemeinsamen Sitzung des fachlichen und technischen Arbeitskreises vom 18.05.2010	Friedhelm Langen (vdek)	18.05.2010	

## 2 Einleitung

Diese Verfahrensbeschreibung soll einen Überblick über den angestrebten Datenaustausch zwischen den Krankenkassen (GKV) und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Bereich „Krankenhaus“ verleihen. Dabei soll ein Lösungsweg vom derzeitigen IST-Zustand (Papierverfahren) bis zu einem SOLL-Zustand (elektronischer Datenaustausch) und dessen Wirkungen beschrieben werden. Dieser vorgestellte Lösungsweg soll die Grundlage für die weitere Detailbetrachtung bzw. –arbeiten darstellen. Darüber hinaus werden noch die dazu erforderlichen organisatorischen Erfordernisse zur Umsetzung und zur Informationssicherheit dargelegt.

Das Dokument soll nicht abschließend sondern richtungsweisend betrachtet werden. Änderungen können von Seiten des Fachgremiums beschlossen, eingefügt und umgesetzt werden.

## 3 Anstoß

Der AOK-Bundesverband regte Ende 2004 an, die Arbeitseffektivität im Rahmen der Begutachtung gem. § 275 SGB V durch die Entwicklung und Implementierung eines elektronischen Datenaustauschverfahrens zu verbessern.

Durch ein einheitliches Verfahren sollen landesspezifische Eigenentwicklungen vermieden werden, die zu einer heterogenen und nicht mehr „händlerbaren“ Landschaft führen würden.

Zu diesem Zeitpunkt existierte bereits eine Eigenentwicklung in Sachsen-Anhalt. In einigen anderen Bundesländern wurde dies angestrebt und bis dato zum Teil umgesetzt. Dabei wurden die Fortschritte des Projekts, wie beispielsweise die Übernahme der fachlichen und technischen Datensätze ins Verfahren von Rheinland-Pfalz, bei der Umsetzung berücksichtigt.

Auch durch das In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG 2007) und der darin vorgesehenen Bearbeitungsfrist ergibt sich die Notwendigkeit eines effektiven elektronischen Datenaustausches.<sup>1</sup>

## 4 Formale Legimitation (Auftrag)

Die Umsetzung des Vorhabens bedarf der Willenserklärungen der Verbände der Krankenkassen und MDK-Gemeinschaft. Die zuständigen Gremien sind der „MDS Verwaltungsrat (vormals MDS Vorstand)“ und die Konferenz der MDK-Geschäftsführer.

Der „Vorstand MDS“, bestehend aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, nahm in seiner Sitzung am 9. Juni 2005 den Sachstand über die Einführung des Projektes „Datenaustausch zwischen Krankenkassen und MDK im

---

<sup>1</sup> WSG 2007: § 275 SGB V

Bereich Krankenhaus“ zustimmend zur Kenntnis (Siehe Niederschrift zur Sitzung – TOP 9). Gleichzeitig sprach sich der Vorstand für einen bundeseinheitlichen Datenkranz und ein zwischen den Beteiligten abgestimmtes technisches Konzept aus.

Auch in der MDK-Gemeinschaft besteht großes Interesse an der Weiterentwicklung des Datenaustauschverfahrens. Die Funktionalität digitaler Datenaustauschverfahren ist eine wesentliche Grundlage bei der Konzeption von MDK-Informationssystemen.

Der Auftrag zur Einführung des Datenaustausches zwischen Krankenkassen und den MDK ist demnach beschlossen und somit zur Umsetzung legitimiert.

Die Beteiligten haben sich in diesem Zusammenhang eindeutig dafür ausgesprochen, dass bei der Entwicklung ein bundeseinheitliches Verfahren angestrebt wird. Die fachlichen und technischen Dokumente werden gemeinsam erstellt und zwischen den Beteiligten abgestimmt.

Darüber hinaus sollen alle Krankenkassen in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten bestimmen können, zu welchem Zeitpunkt sie dem Datenaustausch beitreten. Die einberufenen Arbeitskreise haben sich darauf verständigt, dass sich das avisierte Datenaustauschverfahren an den Normen des Datenaustausches nach § 301 SGB V orientiert.

## 5 Organisation

### 5.1 Ablaufplan (was/wann?)

Der Ablaufplan soll den zeitlichen Überblick bis zur Implementierung des Vorhabens bzw. die Überleitung von einer in Produktion befindlichen in die nachfolgende Version verleihen. Im Ablaufplan werden vereinbarte Meilensteine und Aktivitäten zu deren Erreichung dokumentiert. Dabei sollen folgende Grundsätze beachtet werden

- ⇒ Das Verfahren soll in seiner Umsetzung ein bundeseinheitliches Verfahren darstellen. Die regionalen Ebenen können Vorschläge über das vereinbarte Vorschlags-/Änderungsmanagement einreichen.
- ⇒ Der Einstiegszeitpunkt für Krankenkassen soll so flexibel gestaltet werden, dass eine Krankenkasse dem elektronischen Datenaustausch zu einem selbst gewählten Zeitpunkt beitreten kann.
- ⇒

Der Ablaufplan befindet sich im Anhang 1 dieses Dokumentes.

- ⇒ Dateiname: [FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_Anhang\_1\_ JJJJMMTT

## 5.2 Beteiligte Institutionen

### 5.2.1 Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene

<b>Beteiligte Bundesverbände der Krankenkassen – Mitglieder der Arbeitskreise –</b>	
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Askanischer Platz 1  10963 Berlin	AOK Bundesverband Rosenthaler Straße 3110178 Berlin
BKK Bundesverband Kronprinzenstraße 6  45128 Essen	Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Weißensteinstraße 72  34131 Kassel-Wilhelmshöhe

Die zuständigen Ansprechpartner werden im Anhang 2 festgehalten

⇒ Dateiname: [FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[0..]\_Anhang\_2\_ JJJJMMTT

### 5.2.2 MDK-Gemeinschaft

Die fachlichen, technischen und koordinierenden Vertreter der MDK-Gemeinschaft werden im Anhang 2 festgehalten.

⇒ Dateiname: [FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[0..]\_Anhang\_2\_ JJJJMMTT

### 5.2.3 Datenannahme- und -verteilstellen

In der GKV sind seit Jahren für die Datenaustauschverfahren zentrale Datenannahme- und -verteilstellen etabliert, die von Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Datenannahme- und -verteilstellen dienen dazu, die Daten von den Absendern zu empfangen und an die zuständigen Empfänger weiterzuleiten. Die Datenannahme und -verteilung kann selbstverständlich auch durch die Krankenkasse selbst erfolgen. Es sind die Datenannahme und -verteilstellen verbindlich, die in der Anlage 2 „Technische Anlage“ dokumentiert sind.

### 5.2.4 Email-Verteiler

Die Beteiligten einigen sich auf die Kommunikationsart E-Mail-Verteiler. Die E-Mail-Verteiler werden zentral vom Federführer gepflegt und den Beteiligten zur Verfügung gestellt. Die Beteiligten verpflichten sich, dem Federführer die aktuellen Ansprechpartner per Namen, Funktion und Emailadresse sowie Änderungen mitzuteilen. Die fachlichen und technischen Ansprechpartner und die damit verbundenen Emailadressen werden im Anhang 2 „Ansprechpartner der beteiligten Institutionen“ dokumentiert.



## 5.3 Fachgremien

### 5.3.1 Fachlicher Arbeitskreis – DA GKV/MDK –

Der fachliche Arbeitskreis besteht aus den fachlichen Vertretern der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der MDS/MDK-Gemeinschaft. Dieser Arbeitskreis ist das Entscheidungsgremium auf fachlicher Ebene und ist verantwortlich für:

- ⇒ die fachliche Verfahrensbeschreibung (Dieses Dokument),
- ⇒ die zu übermittelnden Inhalte sowie die dazugehörige fachliche Datensatzgruppe,
- ⇒ das fachliche Fehlerverfahren
- ⇒ sowie das Versionsmanagement.

Der fachliche Arbeitskreis stimmt sich schriftlich per E-Mail-Verteiler oder in Arbeitskreissitzungen nach Bedarf ab.

An den Arbeitskreissitzungen sollen nach Möglichkeit zwei Vertreter des technischen Arbeitskreises teilnehmen (1 Vertreter der Verbände der Krankenkassen und 1 Vertreter der MDK-Gemeinschaft).

### 5.3.2 Technischer Arbeitskreis – DA GKV/MDK –

Der technische Arbeitskreis besteht aus den technischen Vertretern der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der MDK-Gemeinschaft. Dieser Arbeitskreis ist verantwortlich für die technische Umsetzung der durch den fachlichen Arbeitskreis vorgegebenen fachlichen Vorgaben. Der technische Arbeitskreis stimmt sich schriftlich oder in Arbeitskreissitzungen nach Bedarf ab.

An den Sitzungen des technischen Arbeitskreises soll möglichst ein Vertreter des fachlichen Arbeitskreises teilnehmen (Federführer).

### 5.3.3 Organisation der Arbeitskreise

Die Organisation der Arbeitskreise obliegt dem Federführer. Dieser organisiert die Einberufungen, führt die Moderationen und erstellt die Ergebnisprotokolle der Sitzungen. Darüber hinaus ist er die zentrale Anlaufstelle für die Weitergabe der relevanten Unterlagen. Bei Bedarf können die beiden Arbeitskreise vom Federführer auch zu einer gemeinsamen Sitzung einberufen werden.

## 6 Situationsanalyse

In den folgenden Abschnitten soll die Situation des Papierverfahrens aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden. Dabei soll ein Weg von der IST- bis zur SOLL-Situation (elektronischer Datenaustausch) dargestellt und die Wirkungen prognostiziert bzw. auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen dargestellt werden.

## 6.1 Systemorientierte Betrachtung (IST)

Das Vorhaben konzentriert sich im Bereich „Krankenhaus“ auf die Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V. Die Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V sieht einen Informationsaustausch zum und vom MDK zur Krankenkasse vor. Im Kalenderjahr 2005 waren das 1.575.358 Krankenhausfälle (davon 880.625 (55,9 %) Sozialmedizinische Fallberatungen und 694.733 (44,1 %) Begutachtungsfälle).<sup>2</sup>

Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und dem MDK ergeben sich aus den §§ 275 bis 283 SGB V, den Zusammenarbeitsrichtlinien sowie den Begutachtungsrichtlinien und -anleitungen. Darüber hinaus spielen für die konkrete Ausgestaltung der Zusammenarbeit die getroffenen Absprachen und Festlegungen eine entscheidende Rolle. Diese können ganz individuell oder landesspezifisch sein. Deshalb können die zu Grunde liegenden Arbeitsprozesse in den einzelnen Krankenkassen und MDK zum Teil voneinander abweichen. Die Gründe dafür sind vielschichtig und liegen unter anderem an:

- Der Geschäftsphilosophie der Krankenkasse und der sich daraus ableitenden Beauftragung des MDK im Zuge des Fallmanagements (Welche Fälle werden ausgewählt und dem MDK vorgelegt?)
- Der unterschiedlichen Aufbau- und Ablauforganisationen der Krankenkassen (z.B. Unterschiede bei landes- und bundesweit agierende Krankenkassen) und MDK
- Den unterschiedlich eingesetzten EDV-Systemen bzw. Inhouse-Systemen (Umfang und Funktionalität der Software, automatisierte Prozesse, elektronische Auswahl bestimmter Fälle) bei den Krankenkassen und MDK
- Die Geschäftsphilosophie der MDK und der sich daraus ableitenden Bearbeitung der Krankenhausfälle

Aufgrund dieser Unterschiede kann der nachfolgend beschriebene Geschäftsprozess lediglich auf übergeordneter Ebene bzw. abstrakt dargestellt werden. Diese übergeordnete Ebene reicht aus, um festzustellen, an welcher Stelle eine Automatisierung von derzeit manuell durchgeführten Schritten hilfreich sein kann.

Ein Krankenhausfall beginnt mit der Aufnahme im Krankenhaus und endet mit der Entlassung und abschließenden Bezahlung. Der dazugehörige übergeordnete Geschäftsprozess begleitet den Krankenhausfall analog. Demnach beginnt und endet er mit dem Krankenhausfall.

Bei der Aufnahme des Krankenhausfalls werden im Krankenhaus die ersten klinischen und demographischen Daten des Patienten bzw. des Falls ermittelt und erfasst. Im Anschluss daran werden diese und folgende Daten zum Fall mit dem Verfahren nach § 301 SGB V zur Aufnahme, Verlängerung und/oder Entlassung, Verlegung, Abrechnung an die zuständige Krankenkasse übermittelt. Auf diese Weise gelangen die klinischen und demographischen Falldaten, nachdem sie automatisierte technische und fachliche (Abrechnungs-)Prüfungen (vorangestelltes automatisiertes Fallmanagement) durchlaufen haben, in das nachfolgende manuelle Fallmanagement beim Sachbearbeiter. Sowohl das vorangestellte als auch das nachfolgende Fallmanagement können Auslöser für eine Beauftragung des MDK sein.

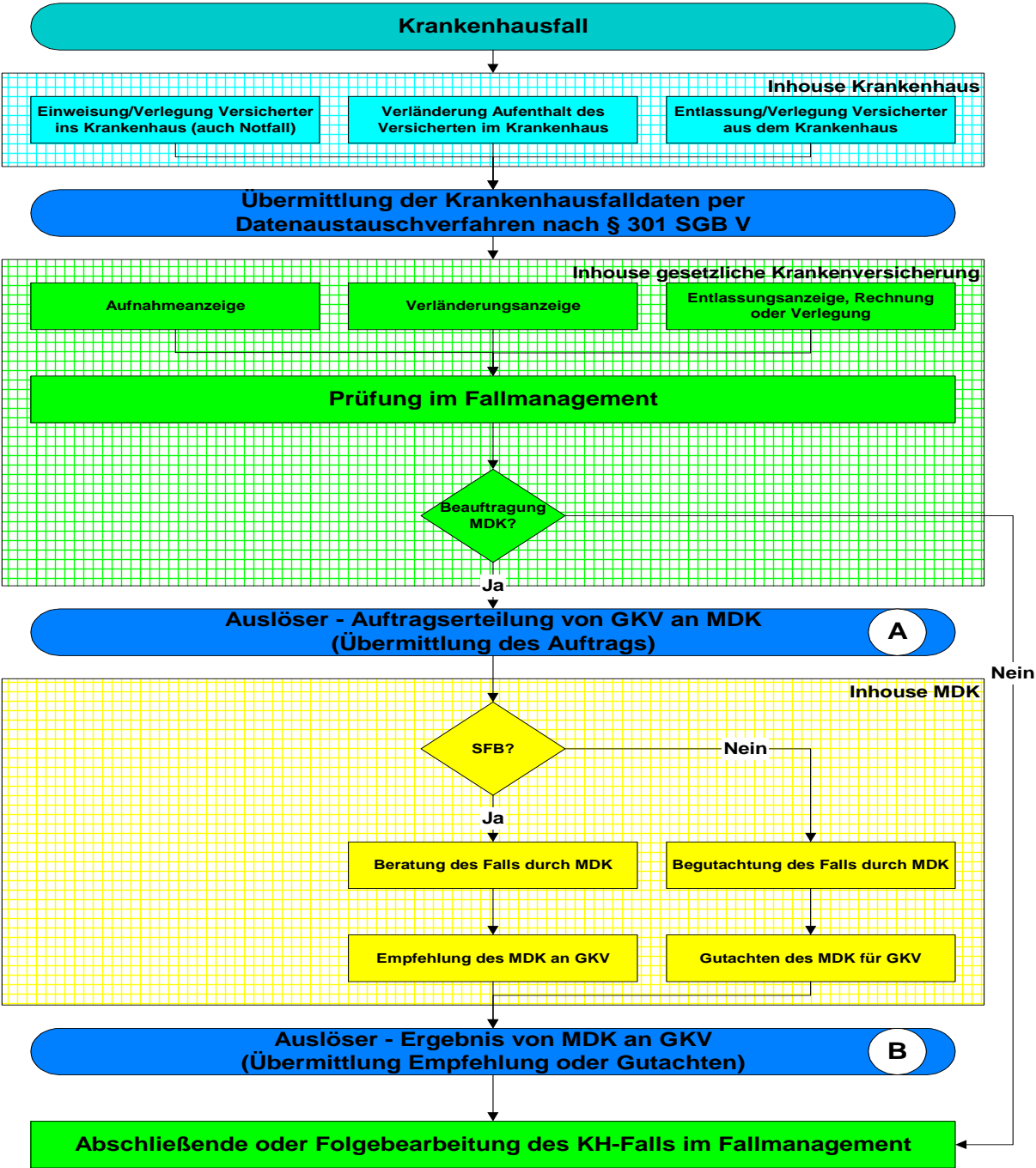
Die Krankenkassen sind nach § 275 Abs. 1 SGB V verpflichtet, die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen (Krankenhausfalldaten) dem MDK

<sup>2</sup> Offizielles Berichtswesen des MDS

vorzulegen und Auskünfte über die betroffenen Fälle zu erteilen. Die Daten bzw. Informationen über den Krankenhausfall werden von der Krankenkasse für den MDK individuell zusammengestellt und in der Regel per Papier mit Hilfe des traditionellen Postwegs übermittelt. Teilweise werden die Unterlagen auch persönlich in den Geschäftsstellen beim Gespräch zwischen Sachbearbeiter und Gutachter per Papier vorgelegt und individuell beraten.

Die beim MDK eingegangenen bzw. persönlich vorgelegten Unterlagen werden dann durch manuelle Eingabe der selektierten Papierinformationen in die elektronischen Systeme (Inhouse-Formate) des MDK überführt. Dieses geschieht in der Regel durch die Gutachter selbst. Während des Begutachtungs- und/oder Beratungsprozesses werden diese Daten durch die Erkenntnisse und Ergebnisse des Gutachters vervollständigt. Sobald diese Vorgänge abgeschlossen sind, werden die elektronisch erfassten Daten wieder in Papierform als schriftlich niedergelegte Empfehlungen oder Gutachten überführt. Diese Papierdokumente werden daraufhin in der Regel wieder mit Hilfe des traditionellen Postweges an die Krankenkassen übermittelt oder, wie bereits beim Hinweg, teilweise persönlich in den Geschäftsstellen beim Gespräch zwischen Sachbearbeiter und Gutachter per Papier vorgelegt und individuell beraten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Krankenhausfalldaten bzw. Informationen individuell zusammengestellt und per Papier mit Hilfe des traditionellen Postweges übermittelt oder teilweise persönlich vorgelegt werden. In beiden Fällen werden manuelle Erfassungen sowohl in den Inhouse-Formaten der Krankenkassen als auch in den Inhouse-Formaten bei den MDK erforderlich. Diese Schnittstellen sind in dem unten abgebildeten Ablaufplan mit den Buchstaben A und B gekennzeichnet. Sowohl in den Organisationen der Krankenkassen als auch bei den MDK erfolgt die Bearbeitung der Krankenhausfälle bzw. Falldaten elektronisch und automatisiert. Diese Inhouse-Verfahren sind in dem abgebildeten Ablaufplan kariert hinterlegt dargestellt.

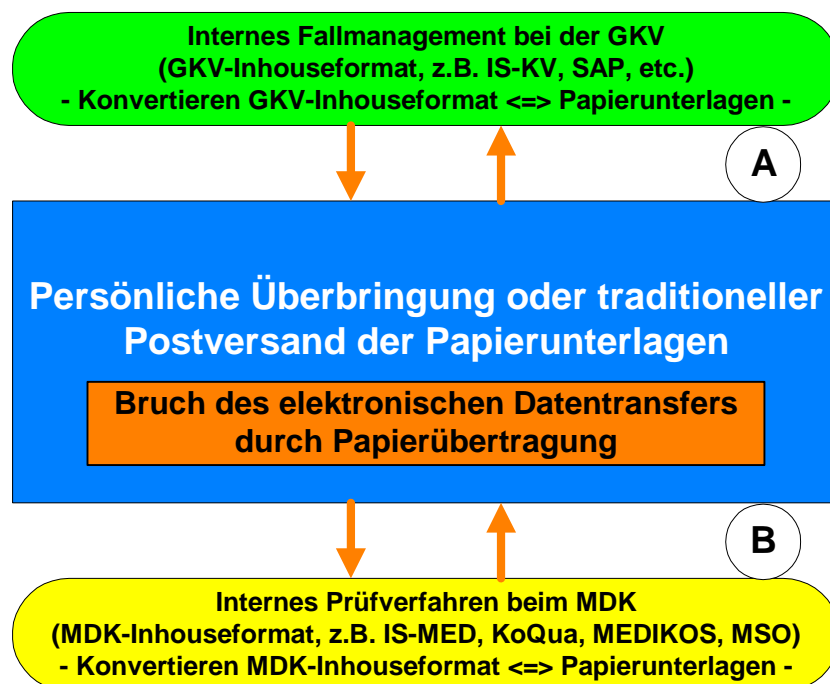


## 6.2 Ursachenorientierte Betrachtung (kritische Würdigung)

Die in der systemorientierten Betrachtung dargestellten Schnittstellen A und B verbinden die elektronischen Inhouse-Systeme der Krankenkassen mit den Inhouse-Systemen der MDK durch folgende manuelle Schritte:

- Die Daten bzw. Informationen zum Krankenhausfall werden individuell und manuell zusammengestellt
- Die Übermittlung der Daten erfolgt per Papier mit Hilfe des traditionellen Postweges oder werden teilweise persönlich vorgelegt
- Die Erfassung der Papierinformationen erfolgt manuell in elektronischen Datenverarbeitungssystemen der Krankenkassen sowie der MDK

Dementsprechend findet ein Wechsel zwischen moderner elektronischer Datenverarbeitung in den Inhouse-Systemen der Krankenkassen und MDK und einer traditionellen manuellen Papierübermittlung von Daten (Postweg) zwischen diesen Systemen statt. Demzufolge kann behauptet werden, dass ein Bruch des maschinellen Datentransfers durch traditionelle Papierübertragung stattfindet.



Der Bruch in der maschinellen Verarbeitungskette verursacht einen unnötigen Ressourcenverbrauch. Nach allgemeinem Kenntnisstand ist von folgendem Sachstand auszugehen:

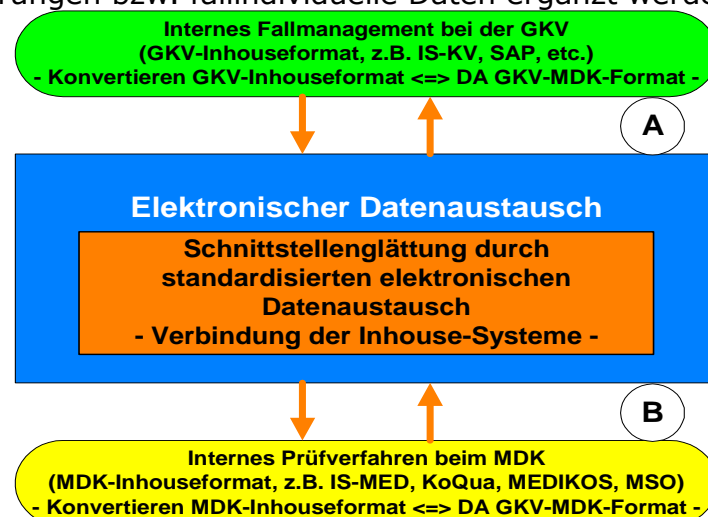
- Traditionelle manuelle Arbeitsschritte führen zu erhöhtem Verwaltungsaufwand. Elektronisch vorliegende Informationen, wie z.B. die Versichertendaten und die Daten nach § 301 SGB V müssen mehrfach händisch erfasst werden

- Belastende blockierende Auswirkungen auf die Ablauforganisationen; Krankenhausfälle können nicht elektronisch - z.B. geographisch, zeitlich, nach Fahrstrecke - zugeordnet werden
- Zeitliche Verzögerungen durch tagelange traditionelle externe (Briefzustellung) und interne (Postverteilung) Postwege
- Mangelnde Konzentration auf das Kerngeschäft im Fallmanagement bei den Krankenkassen und der Begutachtung von Krankenhausfällen durch die MDK
- Fehleranfälligkeit durch manuelle Eingabe und Brüche
- Gut bezahlte qualifizierte Mitarbeiter führen einfache Tätigkeiten aus und fehlen an entscheidender Stelle
- Das Streben nach Entbürokratisierung wird verfehlt; steigende Kritik von Außen
- Krankenhausleistungen werden folglich nicht korrekt abgerechnet
- Der Bedarf nach Schnittstellenglättung wird vereinzelt erkannt und es bilden sich heterogene Insellösungen; beispielsweise auf der Landesebene
- Heterogene Archivierungssysteme der Beteiligten verhindern die Bildung von zusammenhängenden Unterlagen; dadurch entsteht ein zusätzlicher manueller Aufwand durch Einscannen der Gutachten auf Papier
- Konflikt zwischen elektronischer Fallführung bei den Krankenkassen und die vom MDK eingereichten Gutachten auf Papier

### 6.3 Lösungsorientierte Betrachtung (SOLL)

Die im vorherigen Abschnitt aufgezeigten Schwachstellen sind durch Beseitigung der Ursachen zu entfernen. Die Hauptursache der Schwachstellen liegt im Bruch des maschinellen Datentransfers zwischen den beteiligten Inhouse-Systemen. Deshalb sollten zukünftig die beschriebenen Schnittstellen A und B elektronisch geglättet werden, um ein durchgängiges elektronisches Gesamtsystem herbeizuführen. Mit einem durchgängig elektronischen Gesamtsystem entfällt der Bruch der elektronischen Verarbeitung beim Transfer der Daten.

Hierdurch werden die manuellen Eingaben erheblich reduziert und auf das notwendigste beschränkt. Routinedaten aus den Beständen (z.B. Leistungsdaten nach § 301 SGB V) der Inhouse-Systeme können weiterverarbeitet und müssen lediglich um Neuerungen bzw. fallindividuelle Daten ergänzt werden.



Dementsprechend muss der bisherige übergeordnete Geschäftsprozess an den Schnittstellen A und B angepasst werden. Die Überführung der benötigten Informationen soll in allen beteiligten Systemen gleichermaßen weiterverarbeitet werden können. Dazu müssen die beteiligten Systeme eine „gemeinsame bundeseinheitliche Sprache“ sprechen, um sich gegenseitig verstehen zu können.

Eine Schnittstellenglättung sollte unbedingt auf der Bundesebene erfolgen. Anderweitig würde es zu weiteren Insellösungen, insbesondere auf der Landesebene, kommen, die unterschiedliche Arbeitsabläufe hervorbringen würden. Das würde zu einer Vielzahl von Datenübermittlungssystemen führen, die nicht von allen Systemen gleichermaßen bedient werden könnten. Dementsprechend würde dieser Zustand zu einer Vielzahl von unterschiedlichen Eingriffen in die Ablauforganisationen bei den Krankenkassen und MDK führen. Es wäre zu erwarten, dass dann der Ressourcenverbrauch nicht reduziert sondern noch gesteigert würde. Insellösungen sind demnach zwingend zu vermeiden.

Bei der Findung einer bundeseinheitlichen Lösung dürfen Randgebiete, die Einfluss auf den elektronischen Datenaustausch nehmen könnten, nicht außer acht gelassen werden. Dazu gehört auch die Beachtung der Informationssicherheit, die den Datenschutz beinhaltet, in Verbindung mit den auszutauschenden hochsensiblen personenbezogenen Krankenhausfalldaten.

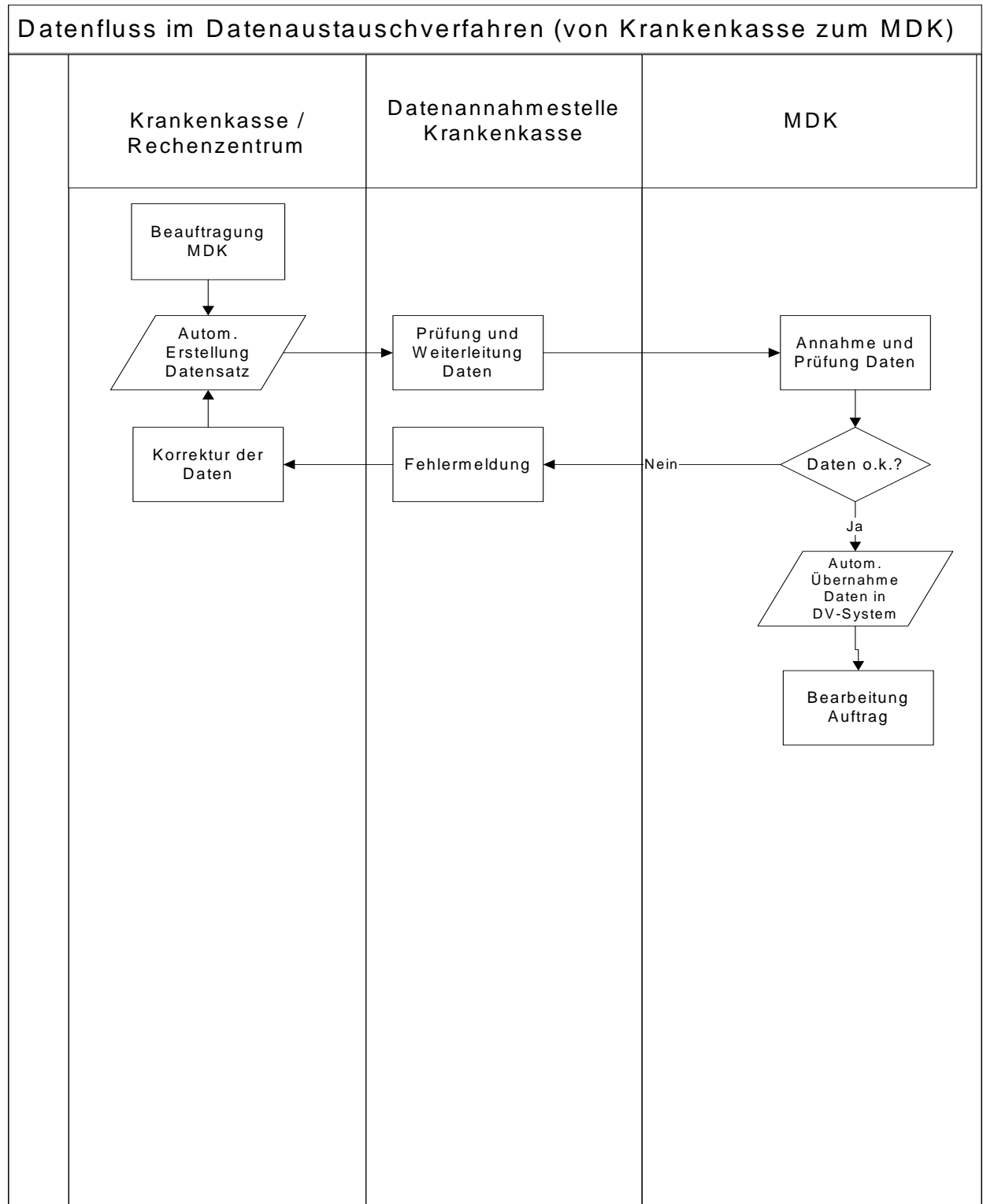
Die beteiligten Krankenkassen (GKV) senden den elektronischen Begutachtungsauftrag an die Annahmestelle des zuständigen MDK. Die Zuständigkeit richtet sich in Anlehnung an § 281 Abs. 1 SGB V grundsätzlich nach dem Wohnort des Versicherten. Zu diesem Zweck wird den Krankenkassen durch den MDS eine Tabelle zur Verfügung gestellt, so dass anhand der Postleitzahl des Versicherten die Zuständigkeit hergeleitet werden kann (Anhang 1 zur Anlage 2 „Technische Anlage“). Der Krankenkasse ist es jedoch unbenommen, entsprechend getroffener Festlegungen direkt einen MDK zu benennen, insbesondere bei Aufträgen zu sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) und bei Krankenhausbehandlungen die außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des wohnortbezogenen MDK nach dem „Tatortprinzip<sup>3</sup>“ beauftragt werden sollen. Die Weiterleitung des Auftrags an die für die Begutachtung durchführende Stelle erfolgt durch den gewählten MDK.

Nach der Auftragserledigung übersendet der MDK den vereinbarten Datensatz (Datensatz Gutachterliche Stellungnahme) an die Annahmestelle der zuständigen Krankenkasse. Dabei wird dem Prinzip gefolgt, dass auf jede elektronische Beauftragung genau eine elektronische Antwort über den Datenaustausch erfolgen muss (1zu1-Beziehung). Das gilt sowohl für die Beauftragung eines Gutachtens als auch für die Beauftragung einer Sozialmedizinischen Fallberatung.

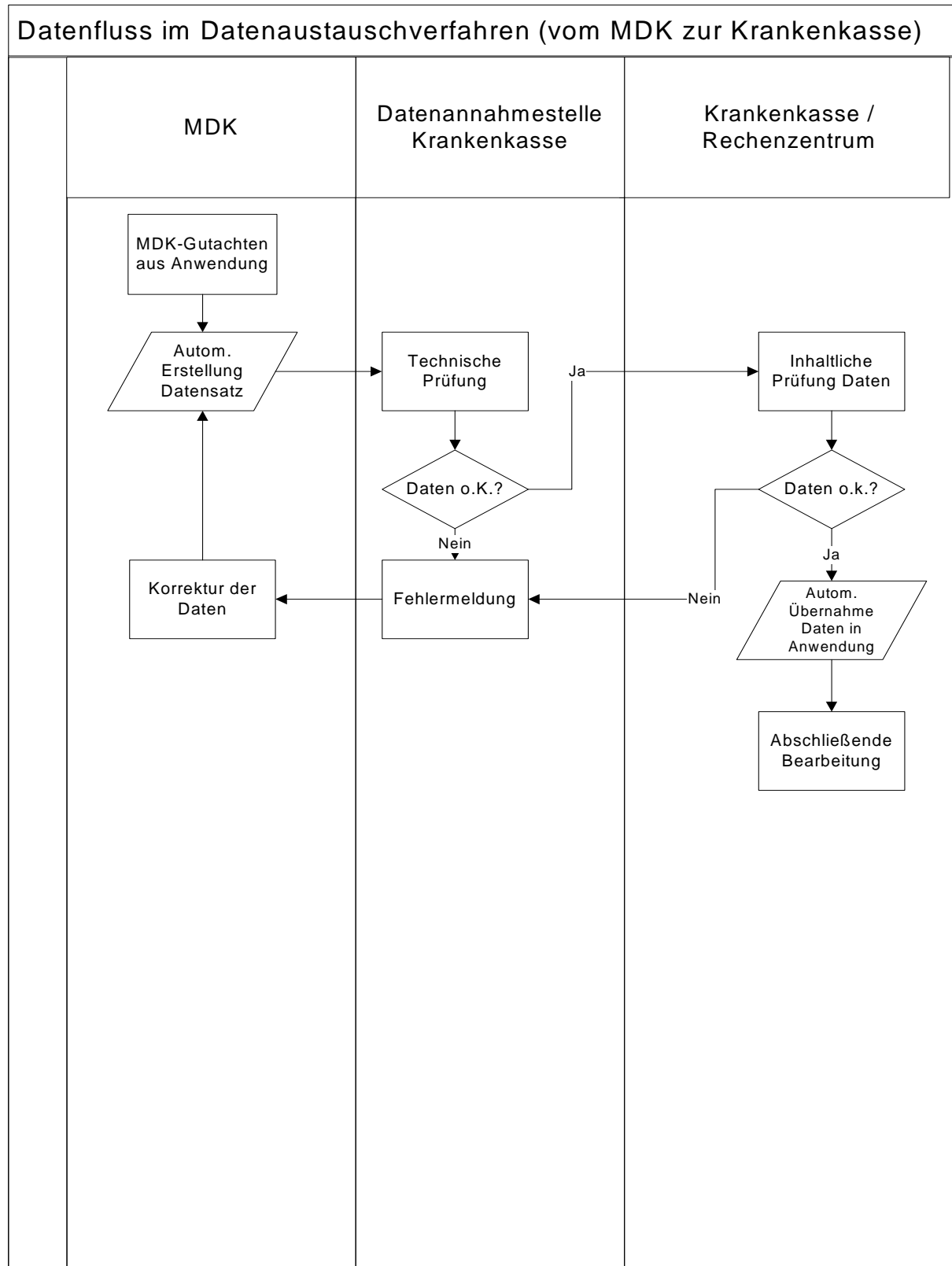
---

<sup>3</sup> Entsprechend dem Beschluss der Konferenz der Geschäftsführer vom 10.03.2009, wobei den Krankenkassen bei der Beauftragung von Krankenhausfällen zur Begutachtung angeboten wird, den MDK zu beauftragen, in dessen Zuständigkeitsbereich der Ort des behandelnden Krankenhauses fällt (Tatortprinzip).

Der gesamte Geschäftsprozess wird in den folgenden Abbildungen dargestellt.







Der Geschäftsprozess zur „Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB)“ und die dazu gehörige Beschreibung zu „SFB-Aufträgen“ und „SFB-Ergebnissen“ wird separat im Anhang 6 zu diesem Dokument beschrieben.

⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V [1..]\_B[1..] Anhang\_6\_JJJJMMTT (Geschäftsprozess Sozialmedizinische Fallberatung)

## 6.4 Zukunftsorientierte Betrachtung (Wirkung)

Das in der lösungsorientierten Betrachtung beschriebene durchgängige elektronische Gesamtsystem würde die Negativeffekte in Positiveffekte umwandeln. Das bedeutet, dass sich durch die Glättung der Schnittstellen A und B folgende Erfolge einstellen würden:

- Die Glättung der Schnittstellen führt zu einem fließenden elektronischen Übergang zwischen den unterschiedlichen Inhouse-Systemen der Beteiligten. Manuelle Eingaben werden dadurch auf ein Minimum reduziert. Dadurch ergibt sich ein geringerer Ressourcenverbrauch, welcher mit einer Reduzierung des Verwaltungsaufwandes einhergeht.
- Die fließenden Übergänge führen dazu, dass die internen Aufbau- und Ablauforganisationen bei den Beteiligten optimiert werden können. Eingegangene Prüfergebnisse können bei den Mitgliedskassen automatisch an eine oder gleichzeitig an mehrere zuständige Einheiten weitergeleitet werden. Bei den MDK können eingegangene Prüfaufträge ohne manuellen Erfassungsaufwand direkt den zuständigen Gutachtern zugeordnet werden. Das kann beispielsweise durch eine automatisierte geographische (z.B. Ort der Einrichtung) oder zeitliche Zuordnung erfolgen. Auch die zeitintensive Erfassung der Daten entfällt.
- Zeitliche Verzögerungen durch tagelange traditionelle externe (Briefzustellung) und interne (Postverteilung) Postwege fallen weg. Das führt zu einer zeitlichen Verkürzung von etwa drei Arbeitstagen. Der durch den Gesetzgeber geforderten Beschleunigung der Verfahren ist damit Genüge getan. Darüber hinaus ist die durch die Gesundheitsreform 2007 eingeführte so genannte „6-Wochenregelung“ zu beachten. Diese sieht eine Benachrichtigung des Krankenhauses durch den MDK über die Begutachtung eines Falles innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei den Krankenkassen vor. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Begutachtung u.U. noch eine sozialmedizinische Fallberatung vorangestellt wird. Gerade deshalb ist es geboten, Zeit bei der Übermittlung der Unterlagen bzw. Daten nach § 276 Abs. 1 SGB V einzusparen.
- Die eingesparten Ressourcen durch den Wegfall manueller Tätigkeiten ermöglichen den zuständigen Mitarbeitern sich verstärkt um die Kerngeschäfte zu kümmern. Das gilt sowohl für das Fallmanagement bei den Krankenkassen als auch bei der Begutachtung von Krankenhausfällen durch den MDK.
- Der Wegfall manueller Erfassungsprozesse führt zu einer Verringerung der Fehleranfälligkeit. Menschliche Fehler werden automatisch vermieden. Beispielsweise werden Tippfehler durch den Einsatz der bereits im System befindlichen elektronischen Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V in erheblichem Maße reduziert. Außerdem werden durch die Vereinheitlichung der Daten gemeinsame Formate geschaffen, die keine Unstimmigkeiten bei der Interpretation zulassen.
- Zukünftig werden qualifizierte Mitarbeiter von einfachen manuellen Tätigkeiten befreit. Sie können demnach ihre Qualitäten verstärkt für ihre Kernaufgaben einsetzen.
- Das Streben nach Insellösungen in den Ländern wird durch eine Bundeslösung abnehmen bzw. werden sich Inseln an den Bundesvorgaben orientieren. So entstehen formelle anstatt informelle Vernetzungen.

- Die Summe aller damit verbundenen Verbesserungen fördert, dass Krankenhausleistungen in Zukunft korrekt gewährt und kostenoptimiert erbracht werden. Das kommt dem Versicherten sowohl als Patient als auch als Beitragszahler zugute.
- Der bundeseinheitliche Geschäftsprozess entspricht dem „State of the Art“ .
- Die Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisationen unterstützt den von der Politik und von Außen geforderten Entbürokratisierungsprozess.

## **7 Zielformulierung**

Die Beteiligten verfolgen das Ziel, alle bisherigen manuellen durch automatisierte Arbeitsschritte zur Schnittstellenglättung zwischen den Inhouse-Systemen aller Beteiligten zu ersetzen. Die Implementierung dieser automatisierten Arbeitsschritte wird über die Einbettung eines bundeseinheitlichen Datenaustauschverfahrens zwischen den Krankenkassen und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung verfolgt. Durch diesen vereinbarten Standard sollen vor allem Insellösungen vermieden werden.

Darüber hinaus soll dieses Vorhaben die übergeordneten Ziele der Nutzung von Synergieeffekten und das politische Ziel der Entbürokratisierung unterstützen. Dabei sollen die Ziele immer unter Einhaltung der Informationssicherheit verfolgt und der Beitrittszeitpunkt den einzelnen Krankenkassen überlassen werden.

Das standardisierte Verfahren soll insbesondere das Massengeschäft der Begutachtung von Krankenhausfällen unterstützen.

## **8 Fachliche und technische Dokumentation (Details)**

### **8.1 Fachliche Anforderungen (was?)**

Die Grundlage der zu übertragenden Krankenhausfalldaten bzw. Informationen stellen die fachlichen Anforderungen dar. Die fachlichen Anforderungen definieren sich in erster Linie darüber, welche Inhalte mit den Beteiligten ausgetauscht werden müssen. Die Inhalte müssen eindeutig definiert und beschrieben werden. Auch hier ist ein bundesweiter Ansatz maßgeblich, um eine durchgängige Kompatibilität der unterschiedlichen Systeme zu gewährleisten.

Die fachlichen Anforderungen sind in folgenden Dokumenten definiert:

Die Gruppe der zu übermittelnden standardisierten Datensätze werden mit Begründung und Erörterung der erforderlichen Inhalte schriftlich in der Anlage 1 mit Anhängen definiert. Darüber hinaus enthält die Beschreibung der Datensatzgruppe das fachliche Fehlerverfahren. Neben den vereinbarten Datensätzen können auch ergänzende Unterlagen in Form einer PDF-Datei dem Auftrag beigefügt werden. Der MDK übermittelt standardmäßig neben dem vereinbarten Datensatz auch die gutachtliche Stellungnahme als PDF-Datei.

Die Zeitziele, beteiligten Institutionen, Dokumente für das Änderungsmanagement und Dokumentenversionen werden in den Anhängen schriftlich auf dem aktuellen Stand gehalten.

Dateinamen:

- ⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_JJJJMMTT (Fachliche Verfahrensbeschreibung)
- ⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_Anhang\_1\_JJJJMMTT (Zeitziele)
- ⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_Anhang\_2\_JJJJMMTT (Beteiligte Institutionen)
- ⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_Anhang\_3\_JJJJMMTT (Formular Änderungsmanagement)
- ⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_Anhang\_4\_JJJJMMTT (Dokumentenversionsmanagement)
- ⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_Anhang\_5\_JJJJMMTT (Vorschlags- und Änderungsübersicht)
- ⇒ Anl1\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_JJJJMMTT (Datendefinition)
- ⇒ Anl1Anh1\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_JJJJMMTT (Schlüsselverzeichnis zur Anlage 1)
- ⇒ Anl1Anh2\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_JJJJMMTT (Befüllungshinweise zur Anlage 1)

## 8.2 Technische Anforderungen (wie?)

### Grundsatz:

Grundlage für das Datenaustauschverfahren mit den MDK sind die vereinbarten Standards für den Datenaustausch im Gesundheitswesen, z.B. im Datenaustausch mit Leistungserbringern und Arbeitgebern. Dazu zählen insbesondere die

- Security Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheitswesen
- Richtlinien für den Datenaustausch mit den gesetzlichen Krankenkassen

Die Inhouse-Systeme der Krankenkassen auf der einen und die Inhouse-Systeme der MDK auf der anderen Seite verfügen allesamt über unterschiedliche Formate. Das bedeutet, dass die Daten nicht willkürlich von dem einen in das andere System übertragen werden können. Vielmehr bedarf es einer Standardisierung, die die beteiligten Systeme gleichermaßen verstehen. Die dazugehörigen Anforderungen sind in der technischen Anlage mit folgenden Inhalten zu definieren:

- ⇒ Technische Verfahrensbeschreibung
  - Versandverfahren
  - Übertragungsverfahren
  - Annahme- und Verteilverfahren
  - Informationssicherheit
- ⇒ Technische Datensatzgruppe

- Umwandlung der fachlich definierten Datensatzgruppe in ein standardisiertes Datensatzformat XML
- ⇒ Umwandlung des fachlichen Fehlerverfahrens in eine technische Umgebung

Dateiname:

- ⇒ Anl2\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_JJJMMTT (Technische Anlage)
- ⇒ Anl2Anh1\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_JJJMMTT (Postleitzahleuzuordnung MDK)

### 8.3 Test- und Pilotverfahren

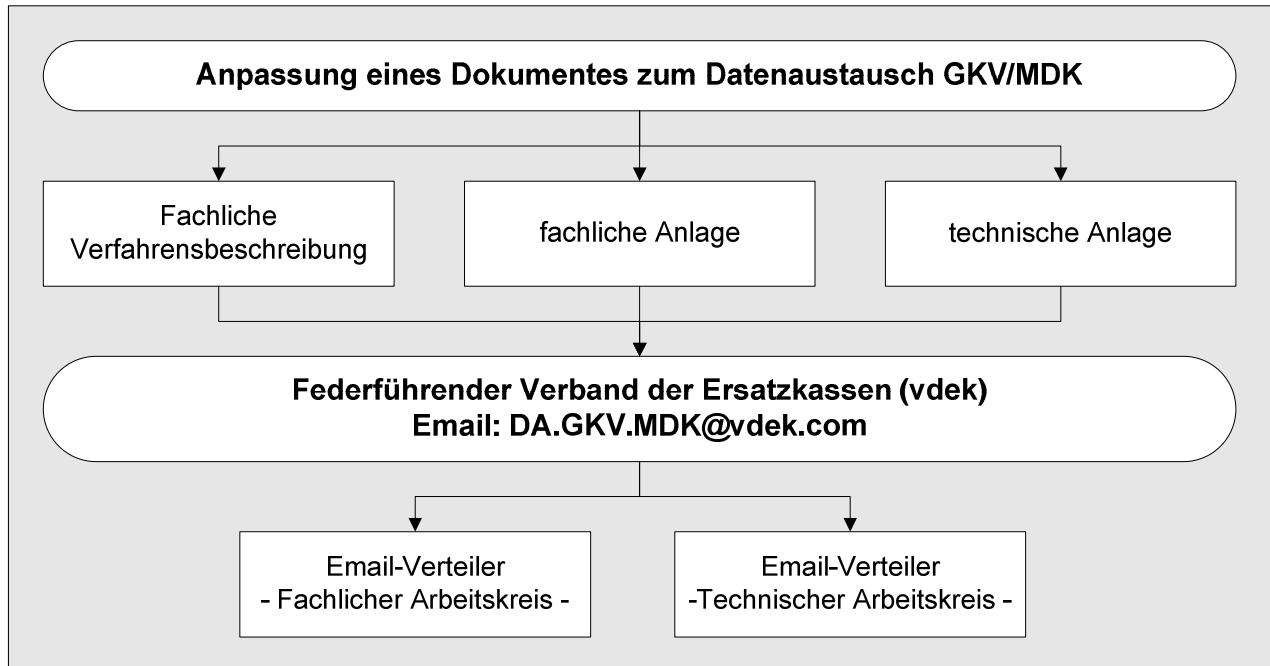
Der elektronische Datenaustausch zwischen den Krankenkassen (GKV) und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Bereich Krankenhaus ist ein bundeseinheitliches Verfahren, welches den beteiligten Krankenkassen und Medizinischen Diensten einen zeitlich unabhängigen Einstieg über ein ebenso bundeseinheitliches Test- und Pilotverfahren gewähren soll. Dabei sollen zusätzliche individuelle interne Test- und Pilotverfahren bzw. Standards der beteiligten Institutionen nicht ausgehebelt werden. Vielmehr soll das bundeseinheitliche Test- und Pilotverfahren Mindestanforderungen enthalten, die darüber hinausgehende Tests nicht blockieren sollen. Die Details zu diesem Test- und Pilotverfahren werden in der Anlage 3 zu diesem Dokument fachlich und technisch beschrieben.

Dateiname:

- ⇒ Anl3\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..]\_JJJMMTT (Anlage 3 – Test- und Pilotverfahren)

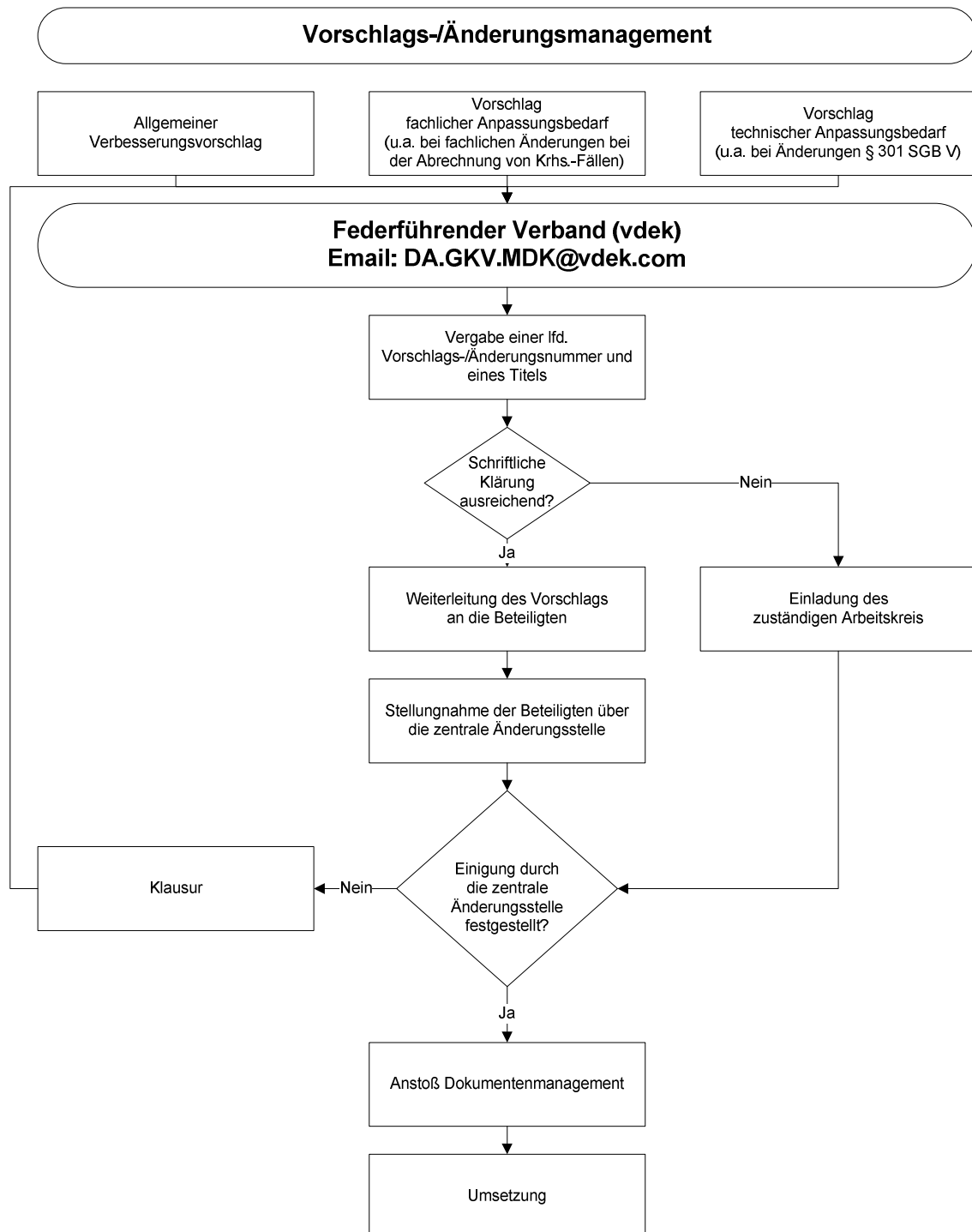
## 8.4 Veröffentlichung der Dokumente

Die Veröffentlichung der aktuellen Dokumente erfolgt über den federführenden Verband (vdek). Der vdek sendet die aktuellen Dokumente an die Email-Verteiler des fachlichen und technischen Arbeitskreises. Darüber hinaus werden die Dokumente über eine Webseite zur Verfügung gestellt, deren Adresse nur den Beteiligten bekannt gegeben wird (sog. „verdeckte Webseite“).



## 8.5 Vorschlags- und Änderungsmanagement

Das zentrale Vorschlags- und Änderungsmanagement soll den reibungslosen Ablauf von Fortschreibungen aufgrund sich verändernder Voraussetzungen gewährleisten. Diese Aufgabe übernimmt der federführende Verband der Krankenkassen (vdek) im Bereich der stationären Versorgung nach folgendem Ablaufschema:



Änderungswünsche einzelner Krankenkassen werden dem jeweiligen Bundesverband gemeldet und dort bewertet. Änderungswünsche einzelner MDK werden dem MDS gemeldet und dort in Abstimmung mit der SEG 4 bewertet.

Besteht aus Sicht einer Kassenart oder aus Sicht der MDK-Gemeinschaft Änderungsbedarf, wird dieser an den Federführer (vdek) mit entsprechender schriftlicher Begründung weitergegeben. Dafür ist das vereinbarte Formular (Anhang 3) zu verwenden. Fachliche und technische Änderungen im Bereich der stationären Versorgung, die Auswirkungen auf dieses Datenaustauschverfahren haben, beispielsweise Änderungen im Rahmen des Datenaustausches nach § 301 SGB V, werden vom vdek überwacht und kommuniziert. Alle Änderungen werden vom Federführer mit Hilfe einer Übersichtstabelle (Anhang 5) überwacht. Die Übersichtstabelle wird den Beteiligten per Email zur Verfügung gestellt.

⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B[1..] Anhang\_5\_JJJJMMTT (Vorschlags- und Änderungsübersicht)

Die beim vdek eingegangenen Vorschläge sowie die fachlichen und technischen Änderungserfordernisse werden mit einer Vorschlags-/Änderungsnummer sowie eines Titels versehen. In Abhängigkeit des Änderungsvorschlags entscheidet der Federführer (vdek), ob eine Abstimmung auf schriftlichem Wege oder im Rahmen einer Arbeitssitzung erfolgt. Bei schriftlichen Abstimmungsverfahren ist innerhalb von 14 Tagen eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Kommt im schriftlichen Abstimmungsverfahren kein Ergebnis zustande, gehen alle Beteiligten in Klausur und finden sich mit dem Ziel, ein gemeinsames Ergebnis zu erzielen, zu einem Beratungsgespräch ein. Sobald eine Einigung erzielt wurde, werden die abgestimmten Ergebnisse in die Dokumente eingearbeitet und zur Umsetzung an die Beteiligten weitergeleitet. Im Rahmen der Abstimmung wird auch vereinbart, ab wann die Änderungen Gültigkeit haben sollen.

Nach der durchgeführten Abstimmung erfolgt eine Anpassung der Datensatzspezifikation, der Schlüsselverzeichnisse bzw. des Fehlerkatalogs durch den federführenden Verband.

Durch die am Verfahren beteiligten Stellen ist sicherzustellen, dass die programmtechnische Umsetzung der Änderungen zu den vereinbarten Zeitpunkten erfolgt.

## 8.6 Versionsmanagement

Das Versionsmanagement wird unterteilt in ein Management der fachlichen und technischen Dokumente und ein Management zur technischen Überführung bzw. Umsetzung.

### 8.6.1 Versionsmanagement der fachlichen und technischen Dokumente

Die Versionsnummern für fachliche und technische Dokumente beginnen mit einer Hauptziffer und enden mit einer Nachkommaziffer. Die Hauptziffer symbolisiert den Fortschritt in größerem Umfang.

*Beispiel:*

*Die Hauptziffer 1 im Bereich der Krankenhausfallbegutachtung steht für den ausschließlichen Austausch von DRG-Fällen. Würde der Datenaustausch auf weitere Entgelte, wie z.B. die*



geplanten Psych-DRG, erweitert, würde die Hauptziffer von 1 auf 2 hoch gezählt. Die Nachkommaziffer symbolisiert Anpassungen und Erweiterungen in kleinerem Umfang im bereits produktiven Hauptbereich. Beispielsweise würde die Nachkommaziffer zur Hauptziffer 1 um 1 hoch gezählt, wenn die Steuerung der Sozialmedizinischen Fallberatung für DRG-Fälle implementiert würde.

Bei der Pflege der Dokumente von einer in Produktion befindlichen Version bis zur Implementierung einer nachfolgenden Version werden vorgeschlagene Anpassungen eingereicht, abgestimmt, beschlossen und zwischenzeitlich in die Dokumente eingearbeitet. Diese Änderungsschritte werden auf der Grundlage der sich in Produktion befindlichen Version in die Dokumente eingearbeitet. Die neue Version wird bereits bei der ersten Anpassung wie oben dargestellt hoch gezählt. Bis zur Verabschiedung werden alle Anpassungen eingearbeitet und die einzelnen Bearbeitungsstände mit „Build 1, 2, 3, ...“ hoch gezählt, bis der finale Bearbeitungsstand erreicht ist. Der finale Bearbeitungsstand ist der vereinbarte Versionsstand der in die produktive Phase überführt wird. Die darauf folgenden Anpassungen werden dann, wie beschrieben, bis zur nächsten Überführung einer neuen Version ins produktive Verfahren eingepflegt.

*Beispiel:*

<i>Produktive Version</i>	<i>1.0</i>
<i>Einarbeitung erste Vorschläge zur Anpassung</i>	<i>1.1 Build 1 Stand: TT.MM.JJJJ</i>
<i>Kommentierung und erneute Anpassung</i>	<i>1.1 Build 2 Stand: TT.MM.JJJJ</i>
<i>Einarbeitung weiterer Vorschläge</i>	<i>1.1 Build 3 Stand: TT.MM.JJJJ</i>

*Verabschiedung der Version 1.1 Build 3 als finale Version. Es folgt die technische Überführung der fachlichen Vorgabe.*

<i>Produktive Version</i>	<i>1.1 Build 3 Stand: TT.MM.JJJJ</i>
<i>Einarbeitung neues Entgeltsystem Psych-DRG</i>	<i>2.0 Build 1 Stand: TT.MM.JJJJ</i>
<i>Kommentierung und erneute Anpassung</i>	<i>2.0 Build 2 Stand: TT.MM.JJJJ</i>
<i>Einarbeitung weiterer Vorschläge</i>	<i>2.0 Build 3 Stand: TT.MM.JJJJ</i>

*Verabschiedung der Version 2.0 Build 3 Stand: TT.MM.JJJJ als finale Version. Es folgt die technische Überführung der fachlichen Vorgabe.*

Die finale Version wird mit dem Ausdruck „Final“ auf der Titelseite hinter der Versionsbezeichnung gekennzeichnet. Darüber wird von den Beteiligten ein verbindliches Datum vereinbart, ab welchem Zeitpunkt das Dokument technisch umgesetzt sein muss und produktiv eingesetzt wird. Das verbindliche Datum wird im finalen Dokument auf der Titelseite mit „gültig ab“ dokumentiert.

## **8.6.2 Versionsmanagement der technischen Umsetzung**

Das Versionsmanagement der technischen Umsetzung orientiert sich am Verfahren nach § 301 SGB V. Danach orientiert sich die Fallabwicklung ausschließlich am Aufnahmetag. Für alle zu übermittelnden Daten eines Falles (Beauftragung durch die Krankenkasse und Übersendung des Ergebnisses durch den MDK) sind in der am Aufnahmetag gültigen Version zu übermitteln. Ein Fall ist somit mit der Version zu Ende zu führen, mit der er bei der Beauftragung begonnen wurde. Das heißt auch, dass der MDK das Ergebnis in der gleichen Version an die Krankenkasse versendet, in der der Fall beauftragt wurde. Fälle außerhalb dieses Korridors sind individuell nach Absprache zu beauftragen. Die technische Umsetzung ist in der Anlage 2 dieses Dokuments (Technische Anlage) beschrieben.

## 9 Informationssicherheit

### Definition

„Informationssicherheit hat zum Ziel, die Verarbeitung, Speicherung und Kommunikation von Informationen so zu gestalten, dass die Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität der Informationen und Systeme in ausreichendem Maße sichergestellt wird.“

Zur Zielerreichung müssen verschiedene Teilaspekte wie Datenschutz, Datensicherheit und Datensicherung integriert betrachtet werden. Informationssicherheit bezeichnet in diesem Zusammenhang das Ziel, diese Systeme vor Gefahren bzw. Bedrohungen zu schützen, Schaden zu vermeiden und Risiken zu minimieren. Dabei umfasst die Informationssicherheit, neben der Sicherheit der IT-Systeme und der darin gespeicherten Daten, auch die Sicherheit von nicht elektronisch verarbeiteten Informationen.

### 9.1 Datenschutz

#### Definition

„Mit Datenschutz wird der Schutz personenbezogener Daten vor etwaigem Missbrauch durch Dritte bezeichnet“

Dazu folgende Aspekte:

- Vertraulichkeit

Die Beteiligten haben sicherzustellen, dass die Daten nur von autorisierten Benutzern gelesen werden können. Zugänge zu den Daten müssen bei Notwendigkeit beschränkt werden.

Daten von Versicherten, die gleichzeitig Mitarbeiter/in der prüfenden Krankenkasse sind, sind von diesem Verfahren ausgeschlossen und dürfen demnach nicht mit Hilfe dieses Verfahrens übermittelt werden.

- Übertragungssicherheit

Das Ausspähen der übertragenen Informationen zwischen Rechnern, Geräten und Benutzern soll verhindert werden.

Der Datenaustausch zwischen den GKV und den MDK ist ein maschinelles Verfahren zum Austausch von Krankenhausfalldaten zwischen den jeweiligen Inhouse-Systemen. Das bedeutet, dass die Daten zur Übermittlung die Inhouse-Systeme verlassen und in eine ungeschützte Wegstrecke gelangen. Die Daten müssen deshalb auf dieser Wegstrecke so geschützt werden, dass keine dritte Person Zugriff auf die Daten erhält bzw. in diese einsehen kann. Für dieses Verfahren gelten die in der Security-Schnittstelle für das Gesundheitswesen definierten Standards (siehe technische Anlage und [www.datenaustausch.de](http://www.datenaustausch.de)). Darüber hinaus sind die Beteiligten

dazu angehalten, die Daten in ihren eigenen Inhouse-Systemen entsprechend zu schützen und dafür geeignete technische Lösungen bereitzustellen.

- Einhaltung der Datenschutzgesetze

Das Gesamtkonzept wird mit den Datenschutzbeauftragten der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Datenschutzbeauftragten der Medizinischen Dienste abgestimmt.

## 9.2 Datensicherheit

### Definition

„Datensicherheit ist ein aus dem Datenschutz stammender Begriff mit dem Ziel, Daten jeglicher Art in ausreichendem Maße vor Verlust, Manipulationen, unberechtigter Kenntnisnahme durch Dritte und anderen Bedrohungen zu schützen.“

Dabei sind auch nicht dem Datenschutz unterliegende Daten eingeschlossen. Hinreichende Datensicherheit ist eine Voraussetzung für effektiven Datenschutz. Nur wenn geeignete Schutzmaßnahmen getroffen werden, kann davon ausgegangen werden, dass vertrauliche bzw. personenbezogene Daten nicht in die Hände von Unbefugten gelangen. Hierbei sind in der Regel technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz gemeint, welche in der Anlage zum § 78a SGB X beschrieben sind.

Die Beteiligten verpflichten sich alle organisatorischen und technischen Maßnahmen einzuleiten, einzuhalten und ggf. anzupassen, die erforderlich sind, um die Ausführung der Vorschriften des BDSG zu gewährleisten.

## 9.3 Datensicherung

### Definition

„Datensicherung umfasst alle technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Verfügbarkeit, Integrität und Konsistenz der Systeme einschließlich der auf diesen Systemen gespeicherten und für Verarbeitungszwecke genutzten Daten, Programme und Prozeduren.“

Die Beteiligten verpflichten sich, den automatisierten Datenaustausch und ihre Inhouse-Systeme so zu gestalten, dass sie den in der Security-Schnittstelle im Gesundheitswesen definierten Anforderungen entsprechen. Die dafür einzuleitenden und vorzuhaltenden technischen und organisatorischen Maßnahmen werden in der technischen Anlage festgeschrieben.

**Anhänge zur fachlichen Verfahrensbeschreibung:**

- ⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B [1..] Anhang\_1\_JJJJMMTT (Zeitziele)
- ⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B [1..] Anhang\_2\_JJJJMMTT (Ansprechpartner der beteiligte Institutionen)
- ⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B [1..] Anhang\_3\_JJJJMMTT (Formular Änderungsmanagement)
- ⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B [1..] Anhang\_4\_JJJJMMTT (Dokumentenversionsmanagement)
- ⇒ FVB\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V [1..]\_ B [1..] Anhang\_5\_JJJJMMTT (Vorschlags- und Änderungsübersicht)

**Anlagen zur fachlichen Verfahrensbeschreibung mit Anhängen:**

- ⇒ Anl1\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B [1..] JJJJMMTT (Datendefinition und Fehlerkatalog) einschließlich korrespondierendes XML-Schema
- ⇒ Anl1Anh1\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B [1..] JJJJMMTT (Schlüsselverzeichnis zur Anlage 1)
- ⇒ Anl1Anh2\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B [1..] JJJJMMTT (Befüllungshinweise zur Anlage 1)
- ⇒ Anl1Anh3\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B [1..] JJJJMMTT (Hinweise XML-Schema zur Umsetzung der Anlage 1)
- ⇒ Anl2\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B [1..] JJJJMMTT (Anlage 2 – Technische Anlage)
- ⇒ Anl2Anh1\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B [1..] JJJJMMTT (Postleitzahleuzuordnung MDK)
- ⇒ Anl3\_DA\_GKV\_MDK\_KH\_V[1..]\_B [1..] JJJJMMTT (Anlage 3 – Test- und Pilotverfahren)

**Verweise:**

- Security Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheitswesen
- Richtlinien für den Datenaustausch mit den gesetzlichen Krankenkassen
- Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Nachrichten mittels Electronic Mail (E-Mail)“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung im Datenaustausch mit Leistungserbringern und Arbeitgebern im Internet
- Dokumente zum Datenaustausch nach § 301 SGB V (Abrechnungsverfahren zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen)