

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

Fachliche Verfahrensbeschreibung (FVB)

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

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

und

der MDK-Gemeinschaft

Version 1.0

Stand: 15. Juni 2015

gültig ab 01.04.2016

Dokument des

Arbeitskreises
DA GKV/MDK

Federführung

vdek e.V.

Inhaltsverzeichnis

1	ÄNDERUNGSHISTORIE	5
2	EINLEITUNG	6
3	ANSTOß	6
4	ZIELSETZUNG	6
5	FORMALE LEGIMITATION	7
6	ORGANISATION	7
6.1	Anhang 1 Zeitziele	7
6.2	Beteiligte Institutionen	8
6.2.1	Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene	8
6.2.2	MDK-Gemeinschaft	8
6.2.3	Datenannahme- und -verteilstellen	8
6.2.4	E-Mail-Verteiler	8
6.3	Fachgremien	8
6.3.1	Arbeitskreis – DA GKV/MDK –	8
6.3.2	Organisation der Arbeitskreise	9
7	SITUATIONSANALYSE	9
7.1	Systemorientierte Betrachtung ohne elektronischen Datenaustausch	9
7.2	Systemorientierte Betrachtung im elektronischen Datenaustausch	11
7.3	Effekte des elektronischen Datenaustauschverfahrens	15
8	FACHLICHE UND TECHNISCHE DOKUMENTATION	16
8.1	Fachliche Anforderungen	16
8.2	Technische Anforderungen	16
8.3	Testverfahren	17
8.4	Veröffentlichung der Dokumente	18
8.5	Vorschlags- und Änderungsmanagement	19
8.6	Versionsmanagement	20
8.6.1	Versionsmanagement der fachlichen und technischen Dokumente	20
8.6.2	Versionsmanagement der technischen Umsetzung	21

9	INFORMATIONSSICHERHEIT	21
9.1	Datenschutz	22
9.2	Datensicherheit	22
9.3	Datensicherung	23

1 Änderungshistorie

Version	Beschreibung	Bearbeiter	Datum
1.0	Erstanlage auf Basis DTA GKV/MDK Krankenhaus	Anika Reichelt (vdek)	29.07.2015

2 Einleitung

Diese Verfahrensbeschreibung soll einen Überblick über den Datenaustausch zwischen den Krankenkassen (GKV) und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Bereich „Hilfsmittel“ verleihen. Dabei soll ein Lösungsweg vom derzeitigen IST-Zustand (Papierverfahren) bis zu einem SOLL-Zustand (elektronischer Datenaustausch) und dessen Wirkungen beschrieben werden. Darüber hinaus werden die dazu erforderlichen organisatorischen Erfordernisse zur Umsetzung und zur Informationssicherheit dargelegt.

Der Verfahrensbeschreibung sind folgende Anhänge untergeordnet:

- Anhang 1: Zeitziele
- Anhang 2: Ansprechpartner der beteiligten Institutionen
- Anhang 3: Formular Änderungsvorschläge
- Anhang 4: Dokumentenversionsmanagement
- Anhang 5: Vorschlags- und Änderungsübersicht

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 „händelbaren“ Landschaft führen würden.

Auch durch das In-Kraft-Treten des Patientenrechtegesetz und der darin vorgesehenen Bearbeitungsfrist ergibt sich die Notwendigkeit eines effektiven elektronischen Datenaustausches.¹

4 Zielsetzung

Die Beteiligten verfolgen das Ziel, die Begutachtung von Hilfsmittelanträgen mit bisher manuellen durch automatisierte Arbeitsschritte zu ersetzen. Die Implementierung dieser automatisierten Arbeitsschritte wird über die Einbettung eines bundeseinheitlichen Datenaustauschverfahrens zwischen der GKV und dem MDK verfolgt. Durch diesen vereinbarten Standard sollen vor allem Inzellösungen 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 Begutachtungsfällen unterstützen.

¹ PatRG 2013: § 13 Abs. 3a SGB V

5 Formale Legimitation

Die Umsetzung des Vorhabens bedarf der Willenserklärungen der Verbände der Krankenkassen und MDK-Gemeinschaft.

Der damalige „Vorstand MDS“, bestehend aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, nahm in seiner Sitzung am 9. Juni 2005 den Sachstand über die damalige Einführung des Projektes „Datenaustausch zwischen Krankenkassen und MDK im Bereich Krankenhaus“ zustimmend zur Kenntnis. Gleichzeitig sprach sich der Vorstand für einen bundeseinheitlichen Datensatz und ein zwischen den Beteiligten abgestimmtes technisches Konzept aus.

Auch in der MDK-Gemeinschaft bestand großes Interesse an der Weiterentwicklung des Datenaustauschverfahrens für weitere Bereiche in der GKV. 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 daher 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.

6 Organisation

6.1 Anhang 1 Zeitziele

Der Anhang Zeitziele 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_HM_V1_0_Anhang_1_JJJJMMTT

6.2 Beteiligte Institutionen

6.2.1 Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene

Die zuständigen Ansprechpartner werden im Anhang 2 festgehalten

⇒ Dateiname: FVB_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_Anhang_2_JJJJMMTT

6.2.2 MDK-Gemeinschaft

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

⇒ Dateiname: FVB_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_Anhang_2_JJJJMMTT

6.2.3 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 Datenannahmen und -verteilstellen verbindlich, die in der Anlage 2 „Technische Anlage“ dokumentiert sind.

6.2.4 E-Mail-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 verständigen 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.

6.3 Fachgremien

6.3.1 Arbeitskreis – DA GKV/MDK –

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

Befasst sich der Arbeitskreis mit fachlichen Anforderungen an den Datenaustausch sollen nach Möglichkeit zwei weitere Vertreter aus dem technischen Bereich teilnehmen (1 Vertreter der Verbände der Krankenkassen und 1 Vertreter der MDK-Gemeinschaft).

Befasst sich der Arbeitskreis mit technischen Anforderungen an den Datenaustausch sollen nach Möglichkeit zwei weitere Vertreter aus dem fachlichen Bereich teilnehmen (1 Vertreter der Verbände der Krankenkassen und 1 Vertreter der MDK-Gemeinschaft).

6.3.2 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.

7 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.

7.1 Systemorientierte Betrachtung ohne elektronischen Datenaustausch

Das Vorhaben konzentriert sich im Bereich „Hilfsmittelbegutachtung“ auf die Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 3 SGB V. Die Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 3 SGB V sieht einen Informationsaustausch zum und vom MDK zur Krankenkasse vor. Im Kalenderjahr 2012 waren das 457.591 Begutachtungsfälle².

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 Begutachtungsfälle

²LKT der MDK-Gemeinschaft, Datenjahr 2012, 457.591 Beauftragungen an den MDK durch die GKV im Bereich Hilfsmittel

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.

Versicherte benötigen bei Bedarf ein Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Das Hilfsmittel ist auf einer Verordnung durch den Arzt auszustellen. Im Fall einer genaueren Prüfung der Erforderlichkeit des Hilfsmittels ist dies durch dem MDK durchzuführen. Neben speziellen Beratungen in den Kassengeschäftsstellen werden bei Bedarf auch Untersuchungen und Beratungen von Patienten in den Beratungs- und Begutachtungszentren des MDK oder im häuslichen Umfeld durchgeführt.

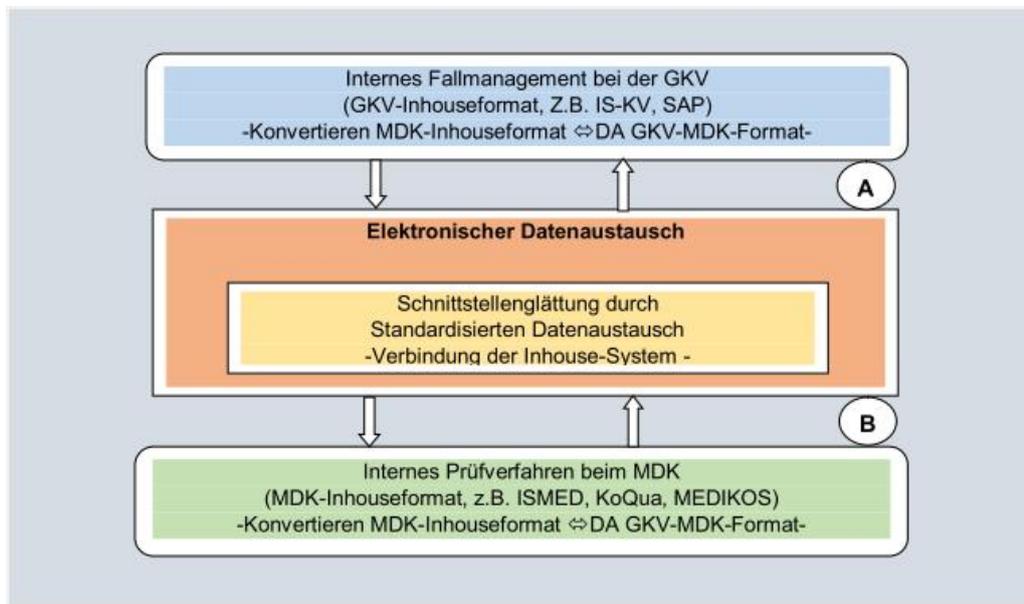
Die Krankenkassen sind nach § 275 Abs. 1 SGB V verpflichtet, die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen dem MDK vorzulegen und Auskünfte über die betroffenen Fälle zu erteilen. Die Daten bzw. Informationen über den Begutachtungsfall werden von der Krankenkasse für den MDK individuell 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. 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. Der Bruch in der maschinellen Verarbeitungskette verursacht einen unnötigen Ressourcenverbrauch.

7.2 Systemorientierte Betrachtung im elektronischen Datenaustausch

Die Hauptursache der Schwachstellen liegt im Bruch des maschinellen Datentransfers zwischen den beteiligten Inhouse-Systemen. Deshalb sollten zukünftig die unter Punkt 7.1 beschriebenen Arbeitsschritte elektronisch geglättet werden, um ein durchgängiges elektronisches Gesamtsystem herbeizuführen.

Hierdurch werden die manuellen Eingaben erheblich reduziert und auf das notwendigste beschränkt. Routinedaten aus den Beständen 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.

Die Schnittstellenglättung erfolgt auf Bundesebene. Anderweitig würde es zu Insellösungen, insbesondere auf der Landesebene, kommen, die unterschiedliche Arbeitsabläufe hervorbringen. Dies wiederum führt zu einer Vielzahl von Datenübermittlungssystemen, 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 ist zu erwarten, dass damit der Ressourcenverbrauch nicht reduziert sondern noch gesteigert würde. Insellösungen sind demnach zwingend zu vermeiden.

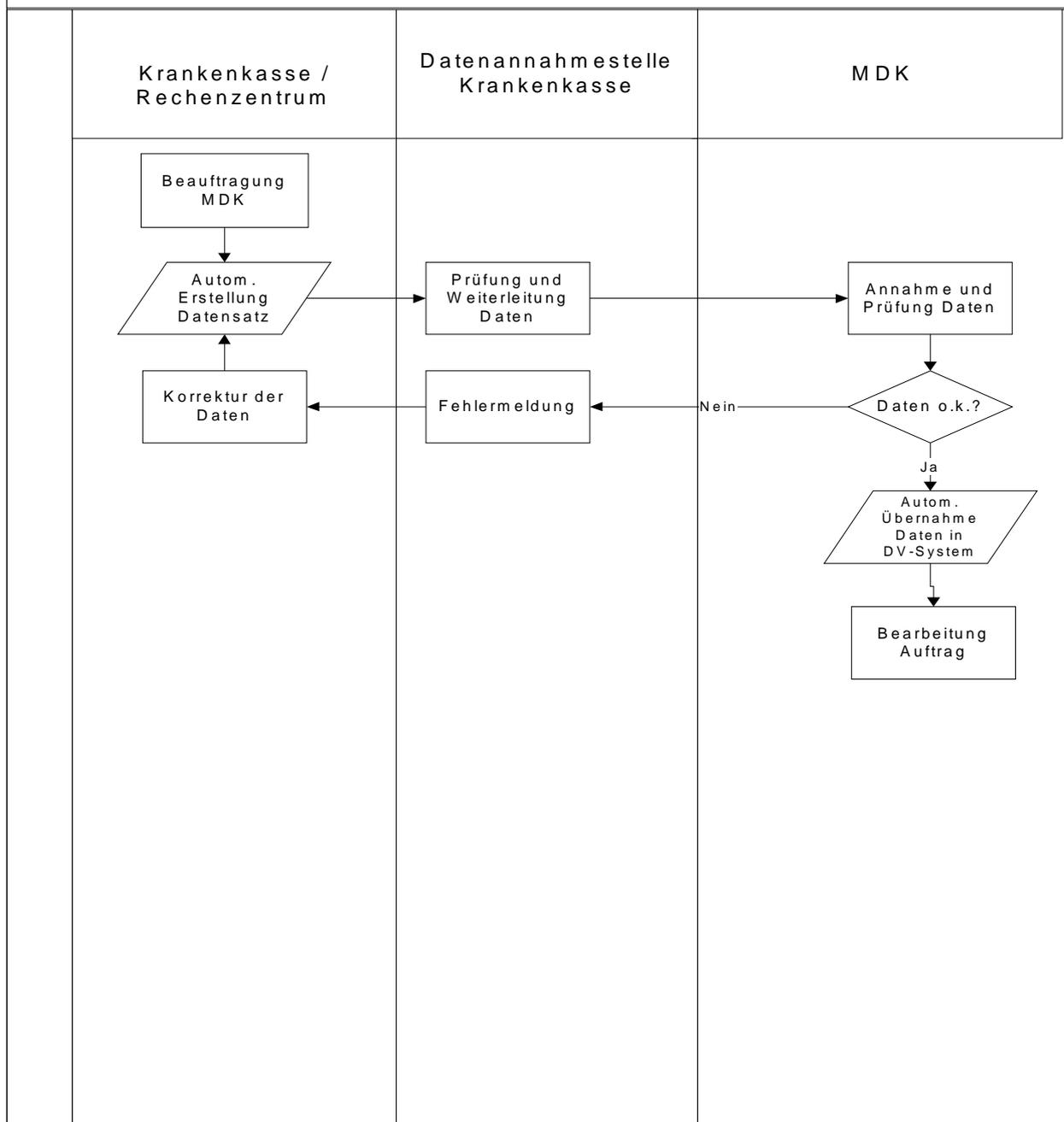
Bei der Findung einer bundeseinheitlichen Lösung dürfen Randgebiete, die Einfluss auf den elektronischen Datenaustausch nehmen könnten, nicht außer acht gelassen werden. Dazu gehört auch die Beachtung der Informationssicherheit, die den Datenschutz beinhaltet.

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). Die Weiterleitung des Auftrags an die für die Begutachtung durchführende Stelle erfolgt durch den gewählten MDK.

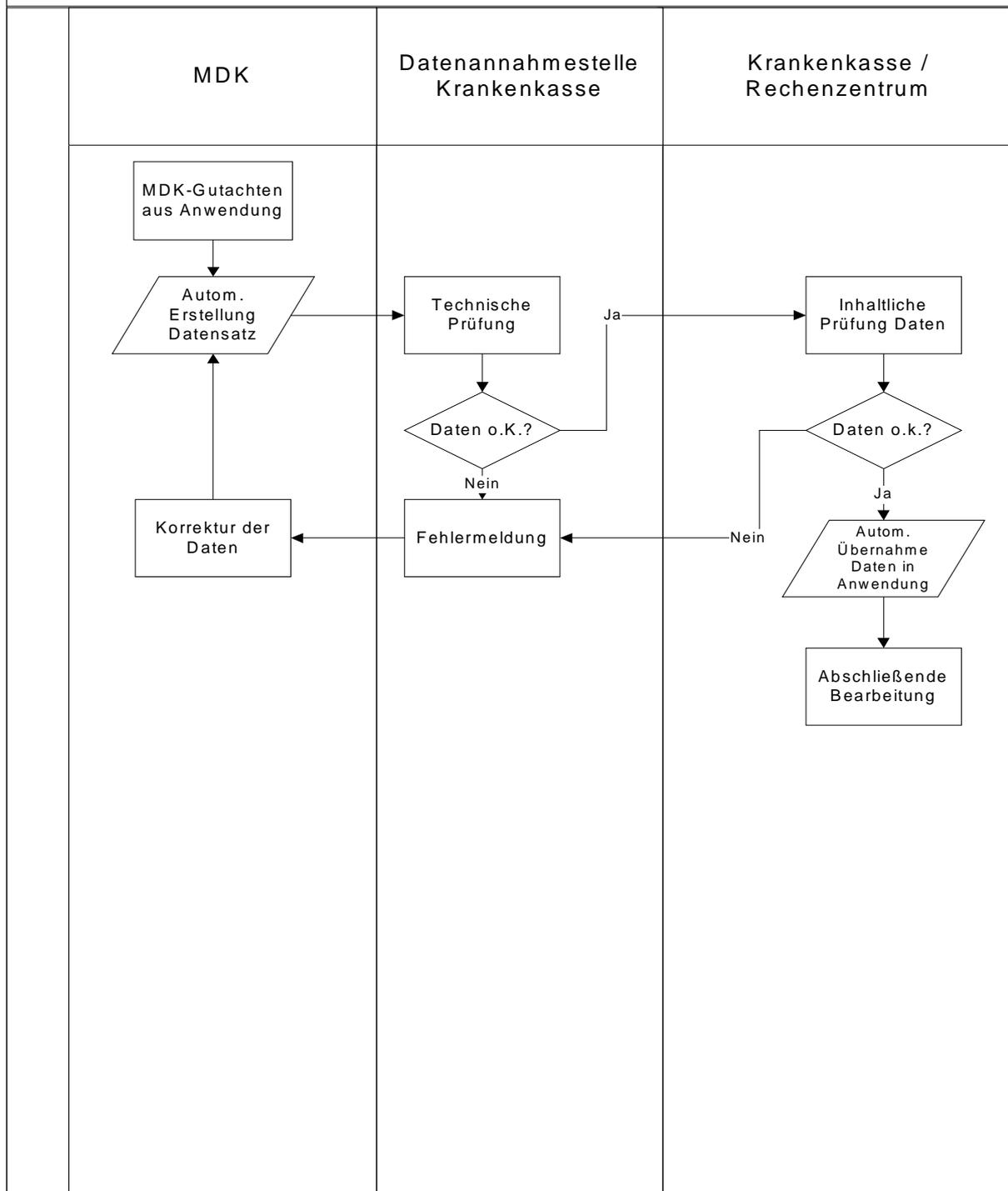
Nach der Auftragserledigung übersendet der MDK den vereinbarten Datensatz (Datensatz Gutachterliche Stellungnahme) an die Annahmestelle der zuständigen Krankenkasse. Dabei wird dem Prinzip gefolgt, dass auf jede elektronische Beauftragung genau eine elektronische Antwort über den Datenaustausch erfolgen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

Der gesamte Geschäftsprozess wird in den folgenden Abbildungen dargestellt.

Datenfluss im Datenaustauschverfahren (von Krankenkasse zum MDK)



Datenfluss im Datenaustauschverfahren (vom MDK zur Krankenkasse)



7.3 Effekte des elektronischen Datenaustauschverfahrens

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. Darüber hinaus ist die durch die Patientenrechtegesetz 2013 eingeführte 3 bzw. 5 Wochenfrist zu beachten. Wird innerhalb dieser Frist der Patient nicht informiert, gilt das beantragte Hilfsmittel als genehmigt. 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 Versorgungsfällen mit Hilfsmitteln 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 Daten nach § 302 SGB V in erheblichem Maße reduziert. Außerdem werden durch die Vereinheitlichung der Daten gemeinsame Formate geschaffen, die keine Unstimmigkeiten bei der Interpretation zulassen.
- Das Streben nach Insellösungen in den Ländern wird durch eine Bundeslösung abnehmen bzw. werden sich Inseln an den Bundesvorgaben orientieren.
- Die Summe aller damit verbundenen Verbesserungen fördert, dass Hilfsmittelversorgungen in Zukunft korrekt gewährt und kostenoptimiert erbracht werden. Das kommt dem Versicherten sowohl als Patient als auch als Beitragszahler zugute.
- Die Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisationen unterstützt den von der Politik und von außen geforderten Entbürokratisierungsprozess.

8 Fachliche und technische Dokumentation

8.1 Fachliche Anforderungen

Die Grundlage der zu übertragenden Hilfsmittelfalldaten 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 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.

8.2 Technische Anforderungen

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:

- ⇒ AnI2_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_JJJJMMTT (Technische Anlage)

8.3 Testverfahren

Der elektronische Datenaustausch zwischen den Krankenkassen (GKV) und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Bereich Hilfsmittel ist ein bundeseinheitliches Verfahren, welches den Beteiligten einen zeitlich unabhängigen Einstieg über ein Testverfahren, frühestens zum 1. April 2016, gewähren soll. Das Testverfahren ist individuell und bilateral zwischen den Kommunikationspartnern zu vereinbaren.

Das Testverfahren kann aus drei Phasen bestehen, die auf einander aufbauen.

In der ersten Phase werden lediglich die Annahmefähigkeit sowie die korrekte Übermittlung dieser Dateien entsprechend getestet. Dazu werden in einem ersten Schritt die individuell vereinbarten Testdaten herangezogen. Sobald diese Testdaten korrekt übermittelt und angenommen wurden, ist die erste Phase des Testverfahrens positiv verlaufen.

In der zweiten Phase wird getestet, ob die beteiligten Softwareprodukte in der Lage sind die Instanzdateien entsprechend dem vorgegebenen XML-Schema sowie die dazugehörigen Transportdateien zu generieren. Diese Testphase muss auch mit einer korrekten Übermittlung einschließlich Annahme bei dem Testpartner positiv abgeschlossen werden.

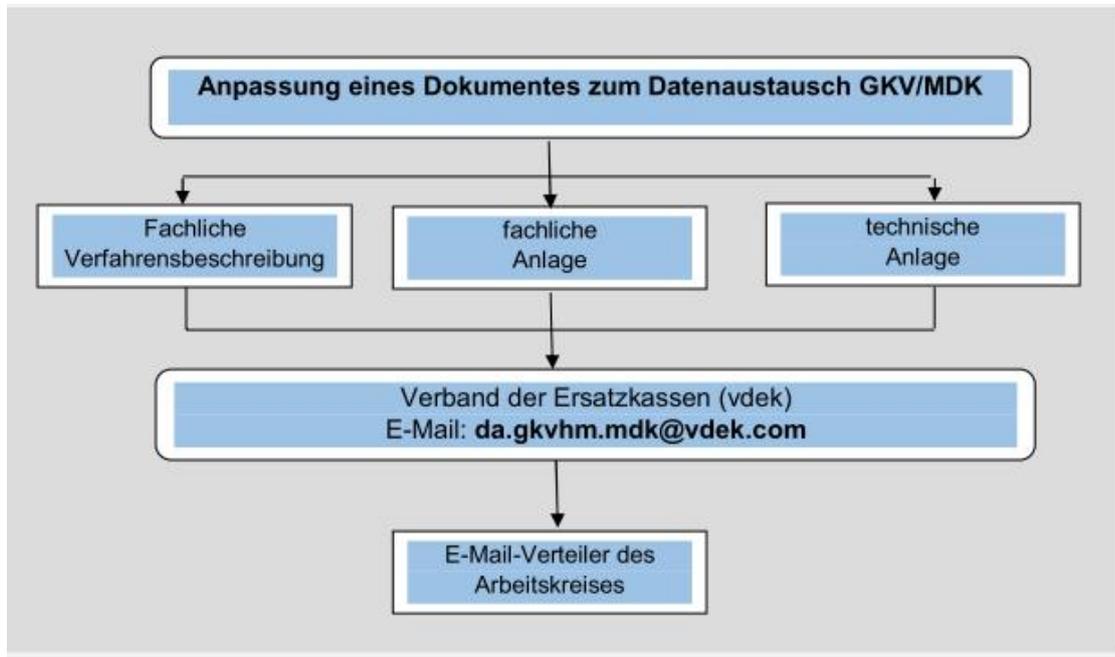
In der dritten Phase sollen die zu übermittelnden Dateien der ersten beiden Phasen verschlüsselt übermittelt werden. Die Dateien müssen sowohl auf korrekte Verschlüsselung beim Absender als auch auf die korrekte Entschlüsselung beim Empfänger getestet werden.

Änderungs- bzw. Anpassungsbedarfe an diesem Verfahren, die sich beispielsweise aus Erfahrungswerten während der Durchführung ergeben, sind von den Beteiligten über das definierte Änderungsmanagement anzustoßen. Bilaterale Abweichungen zum bundeseinheitlichen Verfahren sind unzulässig. Sobald ein neues Release (beispielsweise aufgrund eines neuen XML-Schema) eingesetzt wird, muss das jeweilige Testverfahren in der neuen Version durchlaufen werden.

Es sind die Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen in der jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen.

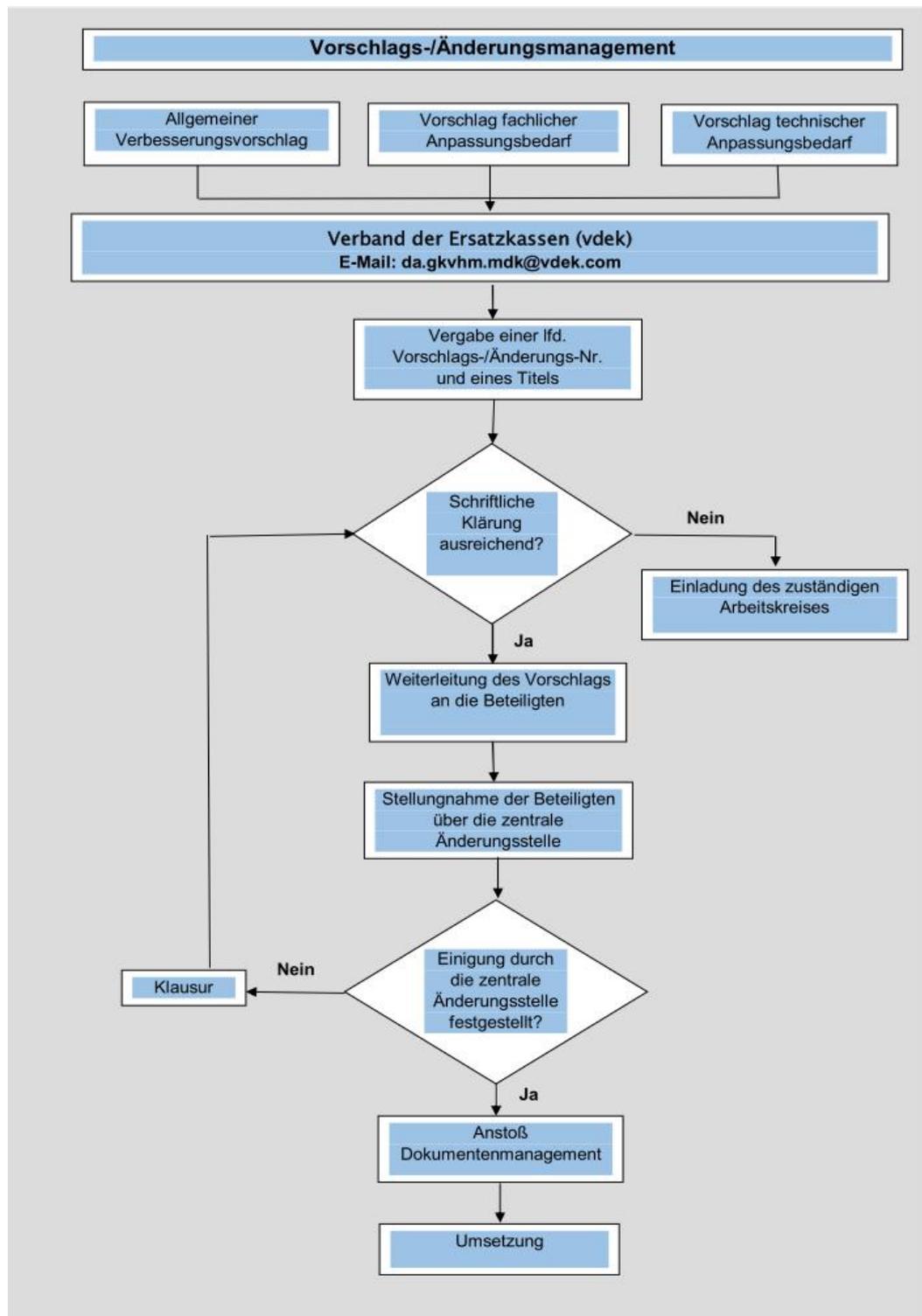
8.4 Veröffentlichung der Dokumente

Die Veröffentlichung der aktuellen Dokumente erfolgt über den federführenden Verband (vdek). Der vdek sendet die aktuellen Dokumente an den E-Mail-Verteiler des 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 Hilfsmittelversorgung nach folgendem Ablaufschema:



Änderungswünsche einzelner Krankenkassen werden dem jeweiligen Bundesverband gemeldet und dort bewertet. Änderungswünsche einzelner MDK werden dem MDS gemeldet und dort 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 Formular (Anhang 3) zu verwenden. Alle Änderungen werden vom Federführer mit Hilfe einer Übersichtstabelle (Anhang 5) überwacht.

⇒ FVB_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_Anhang_5_JJJMMTT (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. 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 betreffenden Dokumente, beispielsweise dem Schlüsselverzeichnis.

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.

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. Bis zur Verabschiedung werden alle Anpassungen eingearbeitet und die einzelnen Bearbeitungsstände im Entwurf mit „Build 1, 2, 3, ...“ hoch gezählt, bis der finale Bearbeitungsstand erreicht ist. Der finale Bearbeitungsstand ist der vereinbarte Versionsstand (ohne Build) der in die produktive Phase überführt wird.

Beispiele:

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

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

<i>Produktive Version</i>	1.1
<i>Einarbeitung neuer gesetzlicher Rahmenbedingungen</i>	2.0 Build 1 Stand: TT.MM.JJJJ
<i>Kommentierung und erneute Anpassung</i>	2.0 Build 2 Stand: TT.MM.JJJJ
<i>Einarbeitung weiterer Vorschläge</i>	2.0 Build 3 Stand: TT.MM.JJJJ

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

Die Beteiligten vereinbaren ein verbindliches Datum, 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

Ein Begutachtungsfall ist stets 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 Falldaten zwischen den jeweiligen Inhouse-Systemen. Das bedeutet, dass diese 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). 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

Inhalt folgt

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_HM_V1_0_Anhang_1_JJJJMMTT (Zeitziele)
- ⇒ FVB_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_Anhang_2_JJJJMMTT (Ansprechpartner der beteiligte Institutionen)
- ⇒ FVB_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_Anhang_3_JJJJMMTT (Formular Änderungsmanagement)
- ⇒ FVB_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_Anhang_4_JJJJMMTT (Dokumentenversionsmanagement)
- ⇒ FVB_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_Anhang_5_JJJJMMTT (Vorschlags- und Änderungsübersicht)

Anlagen zur fachlichen Verfahrensbeschreibung mit Anhängen:

- ⇒ Anl1_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_JJJJMMTT (Datendefinition) einschließlich korrespondierendes XML-Schema
- ⇒ Anl1Anh1_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_JJJJMMTT (Schlüsselverzeichnis zur Anlage 1)
- ⇒ Anl1Anh2_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_JJJJMMTT (Befüllungshinweise zur Anlage 1)
- ⇒ Anl1Anh3_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_JJJJMMTT (Hinweise XML-Schema zur Umsetzung der Anlage 1)
- ⇒ Anl2_DA_GKV_MDK_HM_V1_0_JJJJMMTT (Anlage 2 – Technische Anlage)

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 § 302 SGB V (Abrechnungsverfahren zwischen sonstigen Leistungserbringern und Krankenkassen)