

**Elektronischer Datenaustausch zwischen
Pflegekassen (SPV) und Medizinischen Diensten der
Krankenversicherung (MDK) im Bereich Pflege**

Fachliche Verfahrensbeschreibung (FVB)

**der beteiligten Verbände der Pflegekassen 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 2.0

Stand: 30. Mai 2011

gültig ab 01.01.2012

Dokument des fachlichen Arbeitskreises
Datenaustausch SPV/MDK

Federführung

vdek e.V.

Inhaltsverzeichnis

1	ÄNDERUNGSHISTORIE	5
2	EINLEITUNG	6
3	ANSTOß	6
4	FORMALE LEGIMITATION (AUFTRAG)	6
5	ORGANISATION	7
5.1	Ablaufplan (was/wann?)	7
5.2	Kommunikationspartner/-organisation (Beteiligte)	7
5.2.1	Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene	7
5.2.2	MDK-Gemeinschaft	8
5.2.3	Datenannahme- und -verteilstellen	8
5.2.4	E-Mail-Verteiler	8
5.3	Fachgremien	8
5.3.1	Fachlicher Arbeitskreis – Datenaustausch SPV/MDK –	8
5.3.2	Technischer Arbeitskreis – Datenaustausch SPV/MDK –	8
5.3.3	Organisation der Arbeitskreise	9
6	SITUATIONSANALYSE	9
6.1	Systemorientierte Betrachtung (IST)	9
6.2	Ursachenorientierte Betrachtung (kritische Würdigung)	11
6.3	Lösungsorientierte Betrachtung (SOLL)	12
6.4	Zukunftsorientierte Betrachtung (Wirkung)	16
7	ZIELFORMULIERUNG	17
8	FACHLICHE UND TECHNISCHE DOKUMENTATION (DETAILS)	17
8.1	Fachliche Anforderungen (was?)	17
8.2	Technische Anforderungen (wie?)	18
8.3	Test- und Pilotverfahren	18
8.4	Veröffentlichung der Dokumente	19
8.5	Vorschlags- und Änderungsmanagement	19
8.6	Versionsmanagement	21
8.6.1	Versionsmanagement der fachlichen und technischen Dokumente	21
8.6.2	Versionsmanagement der technischen Umsetzung	22

9	INFORMATIONSSICHERHEIT	22
9.1	Datenschutz	23
9.2	Datensicherheit	23
9.3	Datensicherung	24

1 Änderungshistorie

Version	Beschreibung	Bearbeiter	Datum
1.0	Erstanlage auf Basis DTA GKV/MDK Krankenhaus	André Beier (vdek)	28.07.2010
1.0	Redaktionelle Änderungen	André Beier (vdek)	09.08.2010
2.0	Abgestimmte Version. Redaktionelle Änderungen, Umsetzung von Änderungswünschen	André Beier (vdek)	30.05.2011

2 Einleitung

Diese Verfahrensbeschreibung soll einen Überblick über den angestrebten Datenaustausch zwischen den Pflegekassen (SPV) und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Bereich "Pflege" verleihen. Dabei soll ein Lösungsweg vom derzeitigen IST-Zustand 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

Bereits 1999 wurden im Kreise der Spitzenverbände der Pflegekassen und MDS/MDK-Gemeinschaft Beratungen dazu geführt, wie die Kommunikationsbeziehungen zwischen Pflegekassen und MDK unter Einbeziehung eines elektronischen Datenaustauschverfahrens verbessert werden können. Zunächst wurde sich darauf verständigt, ein Datenaustauschverfahren zwischen Kranken-/Pflegekassen und MDK auf die Bereiche Arbeitsunfähigkeit, häusliche Krankenpflege und Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zu konzipieren. Im Rahmen einer Pilotierung für das Begutachtungsfeld "Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI" wurde zwischen der AOK-Hessen und dem MDK-Hessen von November 2002 bis März 2003 neben der Erprobung der technischen und logistischen Lösungen auch die Auswirkungen des Verfahrens auf die Praxis und die Organisation in den Pflegekassen und den MDK untersucht. Die Bereiche Arbeitsunfähigkeit und häusliche Krankenpflege wurden zurückgestellt. Zwischenzeitlich führen die AOK mit den MDK bundesweit ein Datenaustauschverfahren für die Pflegebegutachtung durch. Die einmal auf Bundesebene zwischen den Spitzenverbänden der Pflegekassen und den MDK abgestimmte Datensatzspezifikation wurde in einigen Bundesländern individualisiert. Nunmehr ist es Ziel, ein bundesweit einheitliches Verfahren unter Berücksichtigung der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches vom 08.06.2009 zu implementieren.

4 Formale Legimitation (Auftrag)

Die Umsetzung des Vorhabens bedarf der Willenserklärungen der Verbände der Pflegekassen 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, hat in seiner Sitzung am 28. November 2002 den Sachstand über das Modellprojekt "Datenaustausch zwischen Pflegekassen und MDK im Bereich "Pflegebegutachtung" (siehe TOP 8 der Niederschrift) zustimmend zur Kenntnis genommen und sich gleichzeitig für einen bundeseinheitlichen Datenkranz und ein zwischen den Beteiligten abgestimmtes technisches Konzept ausgesprochen.

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

Der Auftrag zur Einführung des Datenaustausches zwischen Pflegekassen 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 Kranken-/Pflegekassen in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten bestimmen können, zu welchem Zeitpunkt sie dem Datenaustausch beitreten.

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 Pflegekassen soll so flexibel gestaltet werden, dass eine Pflegekasse dem elektronischen Datenaustausch zu einem selbst gewählten Zeitpunkt beitreten kann.

Der Ablaufplan befindet sich im Anhang 1 dieses Dokumentes.

⇒ Dateiname: [FVB_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_Anhang_1_JJJJMMTT]

5.2 Kommunikationspartner/-organisation (Beteiligte)

5.2.1 Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene

Beteiligte Bundesverbände der Pflegekassen – Mitglieder der Arbeitskreise –	
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin	AOK Bundesverband Rosenthaler Straße 31 10178 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_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_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_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_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 den Kranken-/Pflegekassen 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 Pflegekasse selbst erfolgen. Es sind die Datenannahme und -verteilstellen verbindlich, die in der Anlage 2 „Technische Anlage“ dokumentiert sind.

5.2.4 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 verpflichten sich, dem Federführer die aktuellen Ansprechpartner per Namen, Funktion und E-Mail-Adresse 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 – Datenaustausch SPV/MDK –

Der fachliche Arbeitskreis besteht aus den fachlichen Vertretern der Verbände der Pflegekassen 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
- ⇒ 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 Pflegekassen und 1 Vertreter der MDK-Gemeinschaft).

5.3.2 Technischer Arbeitskreis – Datenaustausch SPV/MDK –

Der technische Arbeitskreis besteht aus den technischen Vertretern der Verbände der Pflegekassen 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 das Papierverfahren aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden. Dabei soll ein Weg von der IST- bis zur SOLL-Situation (bundesweit einheitlicher elektronischer Datenaustausch) dargestellt und die Wirkungen prognostiziert bzw. auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen dargestellt werden.

6.1 Systemorientierte Betrachtung (IST)

Die Pflegekassen haben durch den MDK prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt (§ 18 SGB XI). Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen nach § 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI zu beachten. Im Jahr 2008 haben die MDK insgesamt 1,439 Mio. Pflegebegutachtungen durchgeführt. Hierbei wurden 801.311 Erstantragsteller begutachtet, in 540773 Fällen handelte sich um Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen und in 97.363 Fällen um Widerspruchsbegutachtungen.¹

Zunächst stellt der Versicherte einen Antrag auf ambulante (Geldleistung, Sachleistung oder Kombinationsleistung) oder stationäre Leistungen der Pflegeversicherung. Der Sachbearbeiter bei der Pflegekasse prüft den Antrag (z.B. auf Vollständigkeit, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 33 SGB XI). Danach wird der MDK mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI beauftragt.

Die Pflegekassen legen (§ 18 Abs. 5 SGB XI) hierfür dem MDK alle relevanten Unterlagen für die Begutachtung vor (z.B. Informationen zu den letzten Krankenhausbehandlungen, Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege, Versorgung mit Hilfsmitteln/Pflegehilfsmitteln). Im Weiteren informiert die Pflegekasse den MDK darüber, ob der Versicherte eine Einwilligungserklärung unterzeichnet hat, wonach Auskünfte bei den behandelnden Ärzten eingeholt werden können. Diese Unterlagen stellt die Pflegekasse dem MDK per Papier auf dem Postweg zur Verfügung.

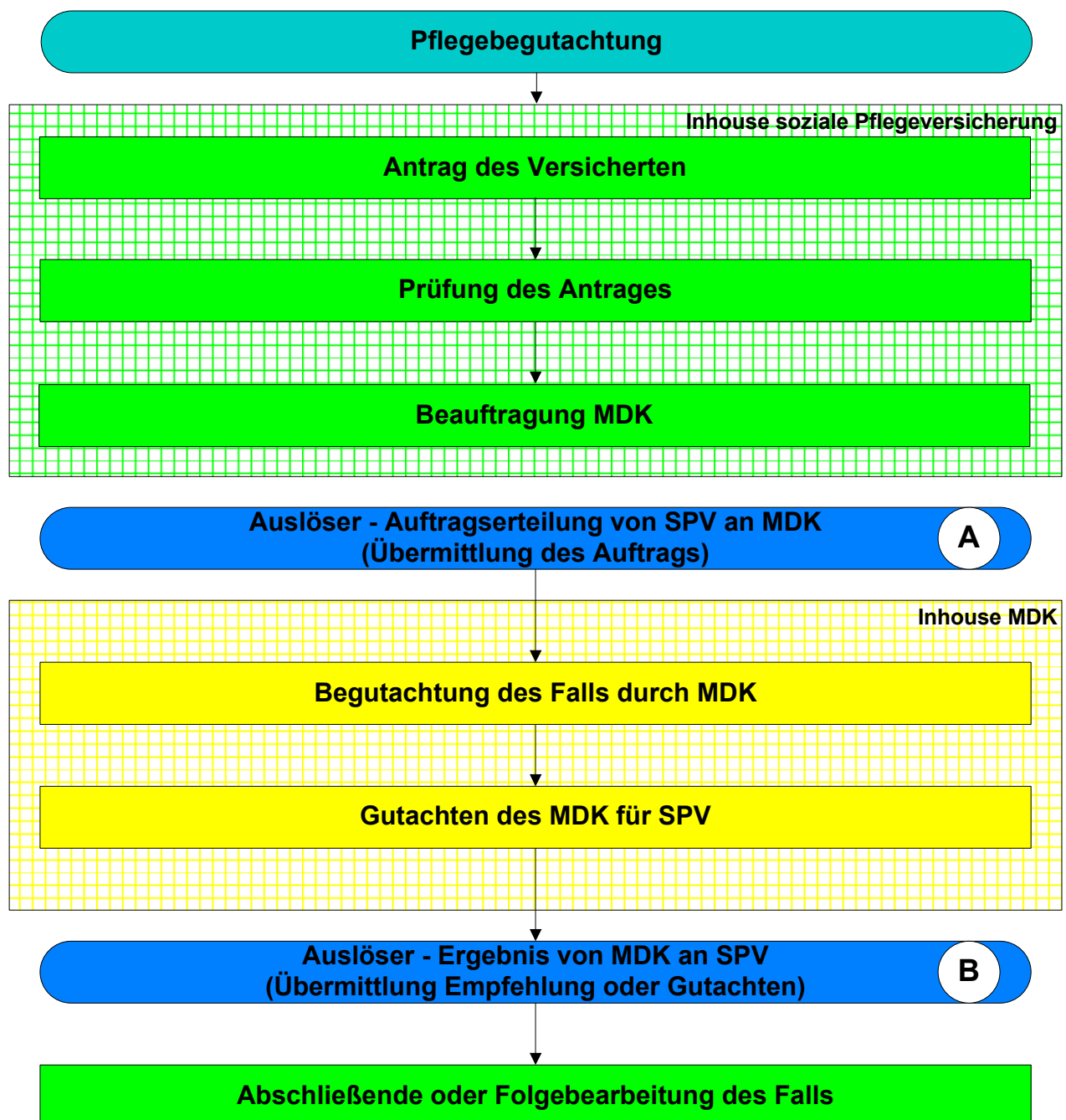
Die beim MDK eingegangenen Unterlagen werden durch diese manuell in ihre elektronischen Systeme (Inhouse-Formate) eingegeben. Im weiteren Verlauf ergänzt der Gutachter diese Daten um die Feststellungen im Rahmen der Begutachtung, in das verbindlich vereinbarte Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI. Nach Abschluss der Begutachtung werden die elektronisch erfassten Daten in Papierform ausgedruckt und den

¹ MDS

Pflegekassen auf dem Postweg übermittelt. Die Ergebnisse der Begutachtung übernimmt die Pflegekasse wiederum in ihre elektronischen Systeme (Inhouse-Formate).

Das vorstehende Verfahren wird grundsätzlich auch bei Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen bzw. bei Widerspruchsbegutachtungen durchgeführt. Der MDK wird auch bei weiteren Fragestellungen eingeschaltet, z.B. Überprüfung der Notwendigkeit einer Pflegehilfsmittelversorgung oder einer wohnumfeldverbessernden Maßnahme, Überprüfung der Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen.

Aufgrund der vorstehend beschriebenen Wege erfassen die Pflegekassen und die MDK manuell Daten in ihre Inhouse-Formate, da die Unterlagen jeweils auf dem Postweg übermittelt werden. Diese Schnittstellen sind in dem unten abgebildeten Ablaufplan mit den Buchstaben A und B gekennzeichnet. Sowohl in der Organisation der Pflegekassen als auch bei den MDK erfolgt die Bearbeitung der Fälle 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 Pflegekassen mit den Inhouse-Systemen der MDK durch folgende manuelle Schritte:

- Die Daten bzw. Informationen für eine Begutachtung 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 Pflegekassen sowie der MDK

Dementsprechend findet ein Wechsel zwischen moderner elektronischer Datenverarbeitung in den Inhouse-Systemen der Pflegekassen 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 müssen händisch erfasst werden
- Belastende blockierende Auswirkungen auf die Ablauforganisationen; Fälle können nicht elektronisch - z.B. geographisch, zeitlich, nach Fahrstrecke - zugeordnet werden
- Zeitliche Verzögerungen durch tagelange traditionelle externe (Briefzustellung) und interne (Postverteilung) Postwege
- 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
- 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 Pflegekassen und die vom MDK eingereichten Gutachten auf Papier

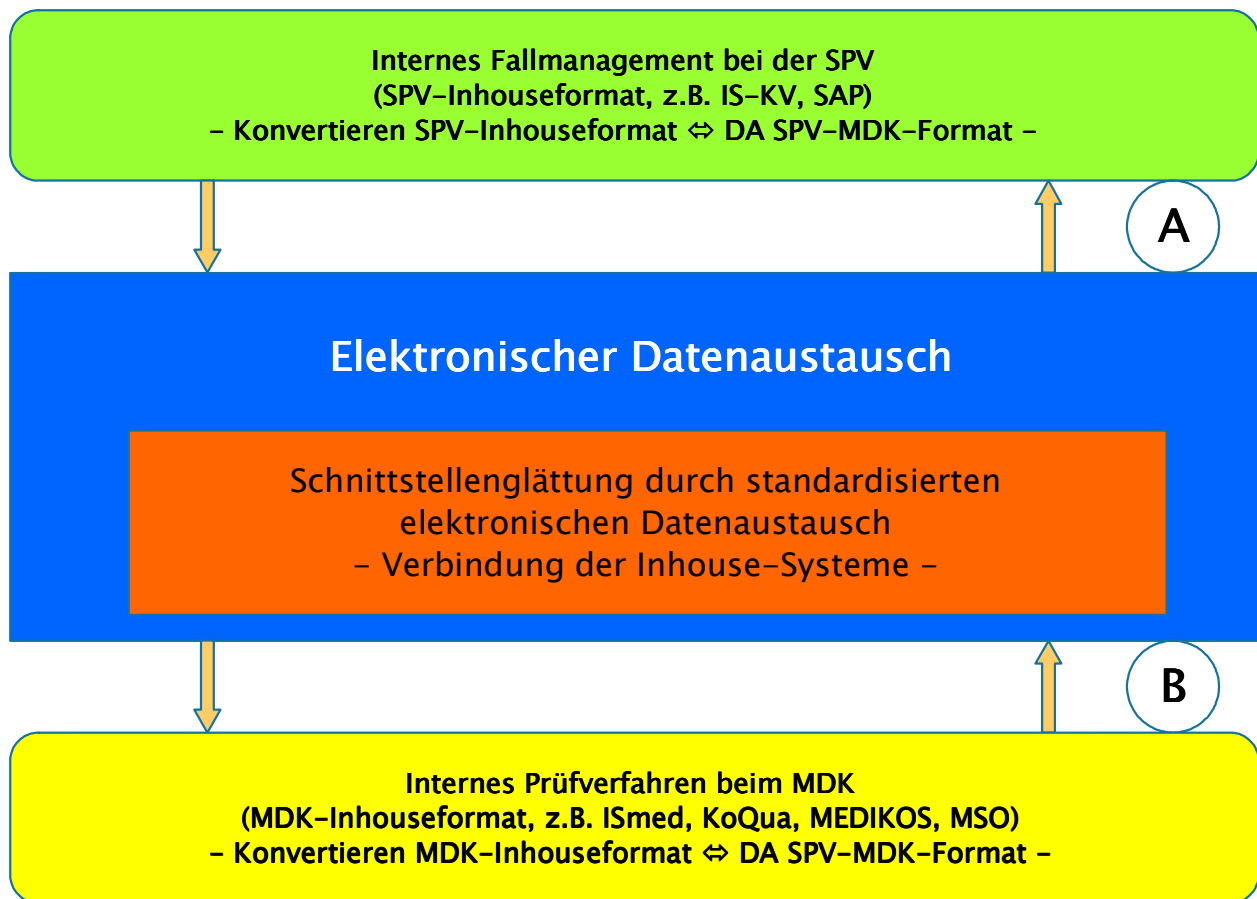
6.3 Lösungsorientierte Betrachtung (SOLL)

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. Versichertendaten) 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 Pflegekassen und MDK führen.

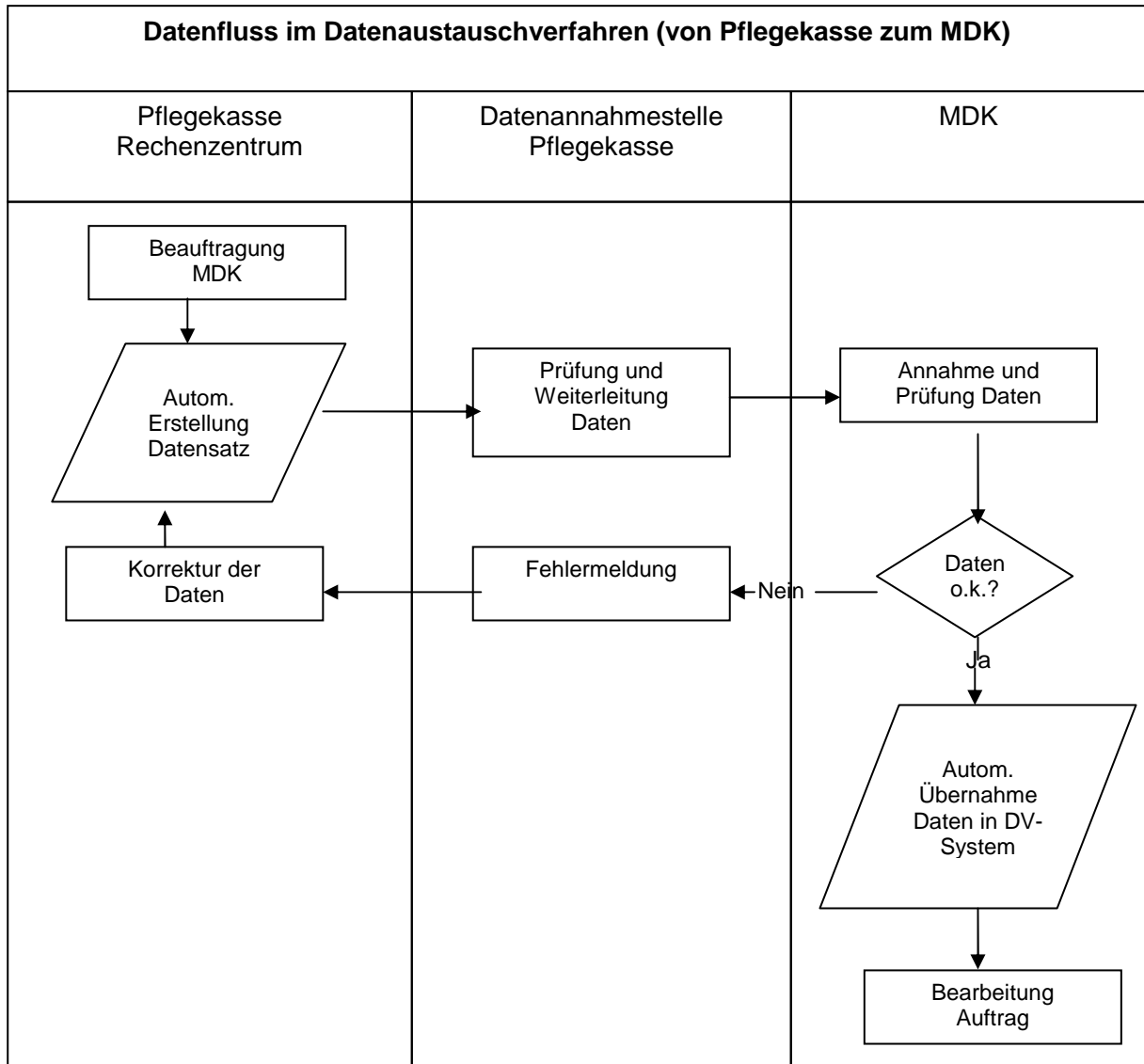


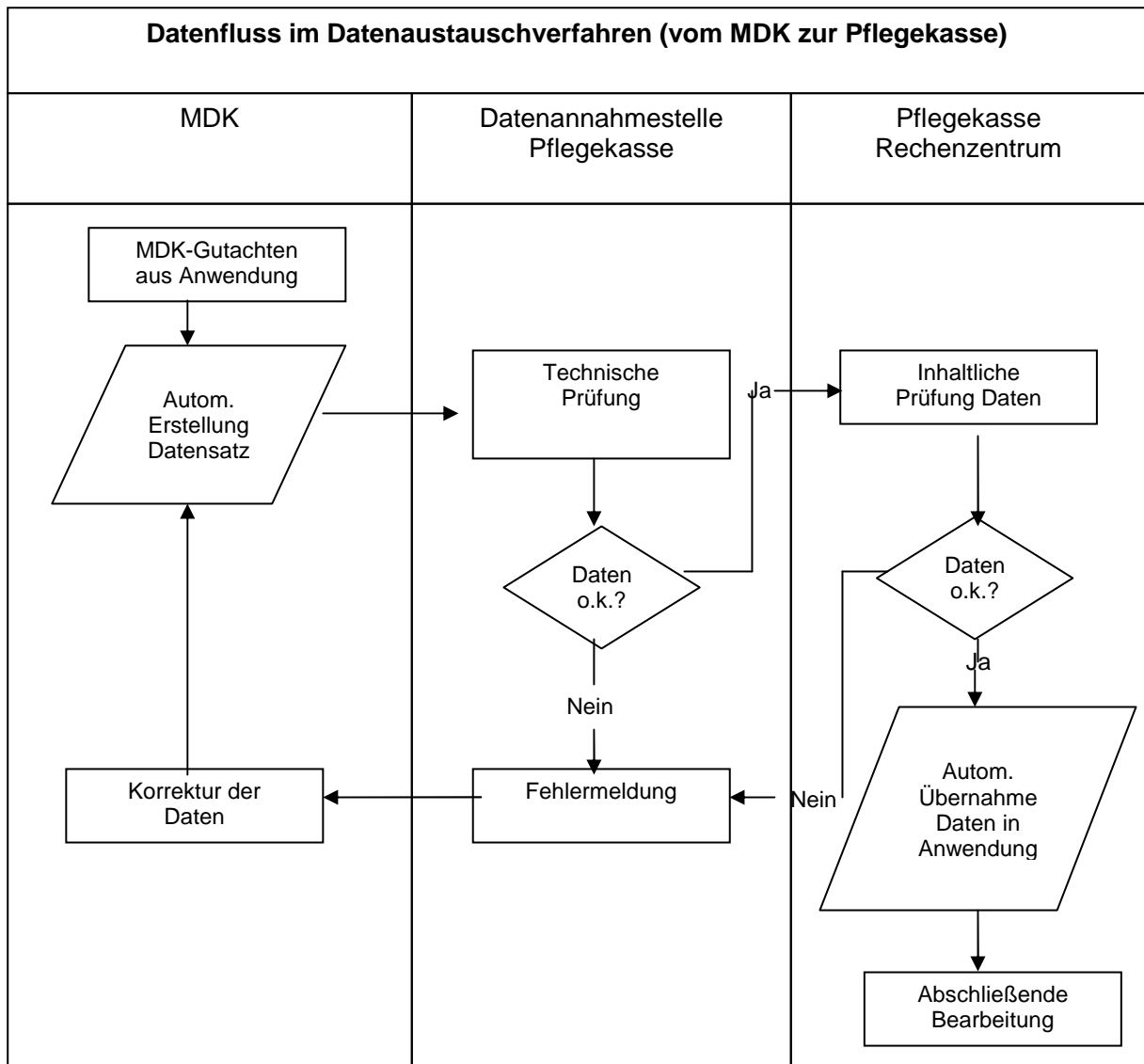
Es wäre zu erwarten, dass dann der Ressourcenverbrauch nicht reduziert sondern noch gesteigert würde. Insellösungen sind demnach zwingend zu vermeiden.

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 Falldaten.

Die beteiligten Pflegekassen (SPV) 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 Pflegekassen 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 Pflegekasse bleibt es jedoch unbenommen, entsprechend getroffener Festlegungen direkt einen MDK zu benennen. Die Weiterleitung des Auftrags an die die Begutachtung durchführende Stelle erfolgt durch den gewählten MDK.

Nach der Auftragserledigung übersendet der MDK den vereinbarten Datensatz (Datensatz Gutachtliche Stellungnahme) an die Annahmestelle der zuständigen Pflegekasse. Dabei wird dem Prinzip gefolgt, dass auf jede elektronische Beauftragung genau eine elektronische Antwort über den Datenaustausch erfolgen muss (1zu1-Beziehung). Der gesamte Geschäftsprozess wird in den folgenden Abbildungen dargestellt.





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 Pflegekassen 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. Wohnort des Versicherten) 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. Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI können hierdurch die Laufzeiten verkürzt werden. Damit würde der durch den Gesetzgeber mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz initiierten Beschleunigung des Antrags- und Begutachtungsverfahrens (Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen gemäß § 18 Abs. 3 SGB XI) Rechnung getragen.
- 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 Pflegekassen als auch bei der Begutachtung der Fälle 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 (z.B. Versichertendaten) 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 Inselösungen 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 die Pflegekassen die Versicherten schneller über das Begutachtungsergebnis informieren und Leistungsentscheidungen treffen können.
- 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 Pflegekassen 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 Pflegekassen überlassen werden.

Das standardisierte Verfahren soll insbesondere das Massengeschäft der Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI unterstützen.

8 Fachliche und technische Dokumentation (Details)

8.1 Fachliche Anforderungen (was?)

Die Grundlage der zu übertragenden Falldaten bzw. Informationen stellen die fachlichen Anforderungen dar. Die fachlichen Anforderungen definieren sich in erster Linie darüber, welche Inhalte mit den Beteiligten ausgetauscht werden müssen. Dabei sind Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches vom 08.06.2009 maßgebend. 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. 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_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Fachliche Verfahrensbeschreibung)
- ⇒ FVB_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_Anhang_1_JJJJMMTT (Zeitziele)
- ⇒ FVB_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_Anhang_2_JJJJMMTT (Beteiligte Institutionen)
- ⇒ FVB_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_Anhang_3_JJJJMMTT (Formular Änderungsmanagement)
- ⇒ FVB_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_Anhang_4_JJJJMMTT (Dokumentenversionsmanagement)

- ⇒ FVB_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_Anhang_5_JJJJMMTT (Vorschlags- und Änderungsübersicht)
- ⇒ Anl1_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Datendefinition)
- ⇒ Anl1Anh1_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Schlüsselverzeichnis zur Anlage⁹¹)
- ⇒ Anl1Anh2_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Befüllungshinweise zur Anlage⁹¹)

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 Pflegekassen 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

Dateiname:

- ⇒ Anl2_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Technische Anlage)
- ⇒ Anl2Anh1_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Postleitzahlezuordnung MDK)

8.3 Test- und Pilotverfahren

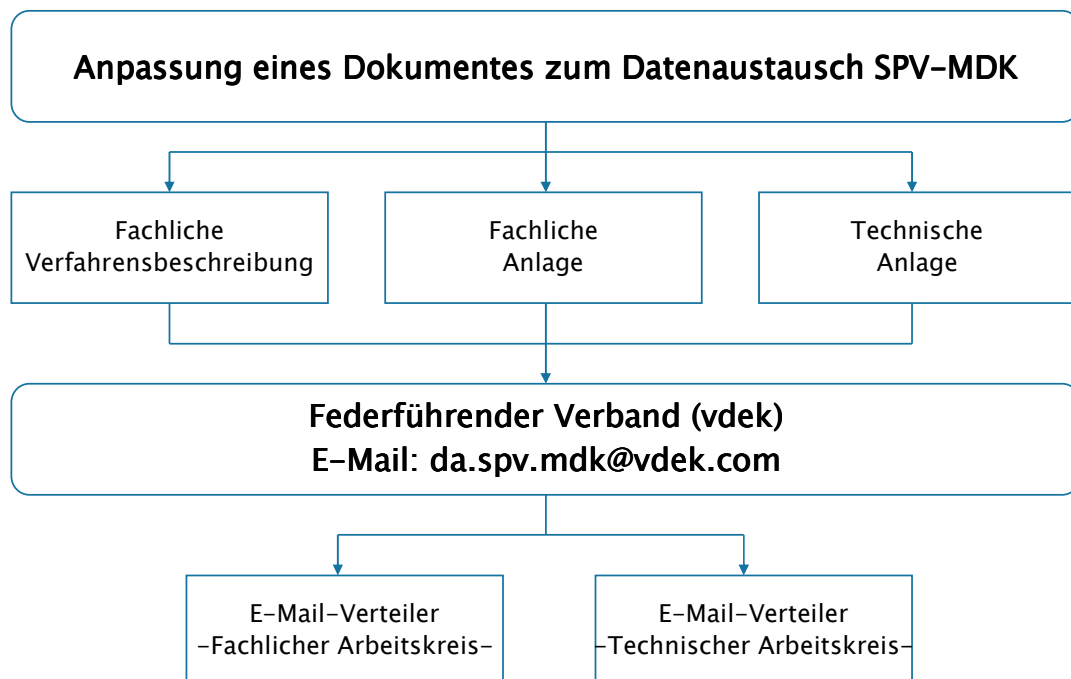
Der elektronische Datenaustausch zwischen den Pflegekassen (SPV) und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Bereich Pflege ist ein bundeseinheitliches Verfahren, welches den beteiligten Pflegekassen und Medizinischen Diensten einen zeitlich unabhängigen Einstieg über ein ebenso bundeseinheitliches 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_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJMMTT (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 E-Mail-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 Pflegekassen (vdek) im Bereich der Pflegebegutachtung nach folgendem Ablaufschema:

Vorschlags-/Änderungsmanagement

Allgemeiner
Verbesserungsvorschlag

Vorschlag Fachlicher
Anpassungsbedarf

Vorschlag Technischer
Anpassungsbedarf

Federführender Verband (vdek)
E-Mail: da.spv.mdk@vdek.com

Vergabe einer lfd.
Vorschlags-/Änderungs-Nr.
und eines Titels

Schriftliche
Klärung
ausreichend?

Nein

Einladung des zuständigen
Arbeitskreises

Ja

Weiterleitung des
Vorschlags an die
Beteiligten

Stellungnahme der
Beteiligten über die zentrale
Änderungsstelle

Einigung durch
die zentrale
Änderungsstelle
festgestellt?

Nein

Klausur

Ja

Anstoß
Dokumentenmanagement

Umsetzung

Änderungswünsche einzelner Pflegekassen werden dem jeweiligen Bundesverband gemeldet und dort bewertet. Änderungswünsche einzelner MDK werden dem MDS gemeldet und dort in Abstimmung mit der SEG 2 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, die Auswirkungen auf dieses Datenaustauschverfahren haben (z.B. Änderung der Begutachtungs-Richtlinien nach § 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI) 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_SPV_MDK_Pflege_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 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.

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>	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 Build 3 als finale Version. Es folgt die technische Überführung der fachlichen Vorgabe.

<i>Produktive Version</i>	1.1 Build 3 Stand: TT.MM.JJJJ
<i>Einarbeitung neue Begutachtungsrichtlinie</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 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 ausschließlich am Tag der Antragstellung. Für alle zu übermittelnden Daten eines Falles (Beauftragung durch die Pflegekasse und Übersendung des Ergebnisses durch den MDK) sind in der am Tag der Antragstellung 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 Pflegekasse 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 Pflegekasse 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 Pflegekassen und den MDK ist ein maschinelles Verfahren zum Austausch von Falldaten 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). 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 Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene 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_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_Anhang_1_JJJJMMTT (Zeitziele)
- ⇒ FVB_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_Anhang_2_JJJJMMTT (Ansprechpartner der beteiligte Institutionen)
- ⇒ FVB_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_Anhang_3_JJJJMMTT (Formular Änderungsmanagement)
- ⇒ FVB_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_Anhang_4_JJJJMMTT (Dokumentenversionsmanagement)
- ⇒ FVB_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_Anhang_5_JJJJMMTT (Vorschlags- und Änderungsübersicht)

Anlagen zur fachlichen Verfahrensbeschreibung mit Anhängen:

- ⇒ Anl1_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Datendefinition) einschließlich korrespondierendes XML-Schema
- ⇒ Anl1Anh1_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Schlüsselverzeichnis zur Anlage 1)
- ⇒ Anl1Anh2_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Befüllungshinweise zur Anlage 1)
- ⇒ Anl1Anh3_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Hinweise XML-Schema zur Umsetzung der Anlage 1)
- ⇒ Anl2_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Anlage 2 – Technische Anlage)
- ⇒ Anl2Anh1_DA_SPV_MDK_Pflege_V[1..]_B[1..]_JJJJMMTT (Postleitzahlezuordnung MDK)
- ⇒ Anl3_DA_SPV_MDK_Pflege_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
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI)