

**Elektronischer Datenaustausch zwischen den
Kranken-/Pflegekassen und den Medizinischen Diensten
(MD)**

**Verfahrensübergreifende fachliche Verfahrensbeschreibung
(VFVB)
der Verbände der Kranken-/Pflegekassen auf Bundes-
ebene,**

AOK-Bundesverband GbR

BKK Dachverband e. V.

IKK e. V.

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gar-
tenbau (SVLFG)**

**Verband der Ersatzkassen e. V. – vdek
unter Beteiligung des GKV-Spitzenverband
und
den Medizinischen Diensten (MD)**

Version 2.2

Stand: 18.12.2023

gültig ab 01.04.2024

Inhalt

1. Änderungshistorie	3
2. Einleitung.....	3
3. Arbeitskreise.....	4
4. Umsetzung von verfahrensübergreifenden Änderungen	6
5. Kommunikation	6
6. Pilot- und Testverfahren	8
6.1 Pilotverfahren (Erprobung).....	8
6.2 Testverfahren	9
7. Vorschlags- und Änderungsmanagement	10
8. Versionsmanagement der fachlichen und technischen Dokumente.....	12
9. Dokumente.....	14
10. Zuständigkeit MD.....	15
10.1 Persönliche Fallberatung	15
10.2 Schriftliche Fallberatung (inkl. Fallberatung per Video und Telefon).....	16
10.3 Begutachtung (ohne Krankenhaus und Reha-Verlängerung)	17
10.4 Begutachtung von Krankenhausfällen.....	17
10.5 Begutachtung von Verlängerungsanträgen bei medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	18
11. Datenschutz und Informationssicherheit	19

1. Änderungshistorie

Die Fachliche Verfahrensbeschreibung sowie alle ihr untergeordneten Dokumente und Daten wurden ursprünglich für jedes Datenaustauschverfahren mit dem Medizinischen Diensten (DA MD) eigenständig erstellt und gepflegt. Die erste Grundlage bildete der DA MD im Bereich Krankenhausfallbegutachtung.

Die Verbände der Kranken-/Pflegekassen auf Bundesebene haben sich nach Einführung des DA MD Hilfsmittel zunehmend dafür ausgesprochen, Stammdaten und inhaltsgleiche Dokumente zu vereinheitlichen. Der Umbau von verfahrensspezifischen zu verfahrensübergreifenden Dokumenten fand sukzessive statt und findet mit der Verfahrensübergreifenden fachlichen Verfahrensbeschreibung (VFVB) seinen Abschluss.

Version	Beschreibung	Autor/in	Datum
1.1	Erste abgestimmte Version im Datenaustausch zwischen Krankenkassen und MD (Bereich Krankenhausfallbegutachtung)	vdek	02.04.2007
2.0	Abgestimmte Version der Verfahrensübergreifenden fachlichen Verfahrensbeschreibung (VFVB)	vdek	04.10.2018
2.1	Neuer Absatz 4 - Umsetzung von verfahrensübergreifenden Änderungen eingefügt.	vdek	07.06.2019
2.2	Redaktionelle Anpassungen, Anpassungen Testverfahren	vdek	15.12.2023

2. Einleitung

Dieses Dokument soll einen Überblick über den Datenaustausch zwischen den Kranken-/Pflegekassen (GKV/SPV) und den MD geben.

Die Verbände der Krankenkassen und die MD berieten Ende 2004, die Arbeitseffektivität in der Einzelfallbegutachtung gemäß § 275 SGB V durch die Entwicklung und Implementierung eines elektronischen Datenaustauschverfahrens zu verbessern. Die Verbesserung der Arbeitseffektivität und die damit verbundene Reduzierung der Bearbeitungszeit bei den Kranken-/Pflegekassen und den MD ist nicht zuletzt durch

die gesetzlich festgelegten Fristen, insbesondere im Rahmen des Patientenrechtegesetz¹, zwingend erforderlich. Darüber hinaus besteht auf Seiten der Kranken-/Pflegekassen und der MD-Gemeinschaft in Zeiten der Digitalisierung ein großes Interesse an der Weiterentwicklung des Datenaustauschverfahrens. Die Funktionalität des bundesweit einheitlichen Datenaustauschverfahrens ist wesentlicher Bestandteil bei der Konzeption von IT-Systemen. Insbesondere im Hinblick auf die MD-Branchensoftware, die bundesweit einheitliche Geschäftsprozesse voraussetzt.

Das Datenaustauschverfahren soll ermöglichen, dass die Fallbearbeitung zwischen dem Sachbearbeiter der Kranken-/Pflegekasse und dem MD-Gutachter ohne Systembrüche elektronisch erfolgt. Um dieses Ziel zu erreichen wird die Übermittlung von Begutachtungsauftrag und Gutachten von bisher manuellen durch automatisierte Arbeitsschritte ersetzt. Darüber hinaus kann der Datenaustausch auch zum Austausch von Mitteilungen an einen MD bei der Anforderung von für die Begutachtung relevanten Befundunterlagen durch die Krankenkasse (Mitteilungsmanagement) eingesetzt werden.

Die fachlichen und technischen Dokumente bzw. Standards werden von den Arbeitskreisen gemeinsam erstellt und abgestimmt. Die Federführung liegt beim Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

Die Kranken- und Pflegekassen legen in Abstimmung mit dem MD fest, zu welchem Zeitpunkt sie in den einzelnen Begutachtungsbereichen dem Datenaustausch beitreten (Ausnahme Mitteilungsmanagement²). Die einberufenen Arbeitskreise haben sich von vornherein darauf verständigt, dass sich die Datenaustauschverfahren in den einzelnen Begutachtungsbereichen an Standards bereits bestehender Datenaustauschverfahren im Gesundheitswesen, insbesondere derer mit den Leistungserbringern, orientieren und diese nutzen.

3. Arbeitskreise

Die Organisation der Gremien des Datenaustausches zwischen den Kranken-/Pflegekassen und den MD erfolgte bisher ausschließlich separat nach den einzelnen Begutachtungsbereichen. Aufgrund der Vielzahl der Verfahren und der Vielzahl der

¹ § 13 Abs. 3a SGB V

² Der Bereich Mitteilungsmanagement entstand durch die gesetzliche Änderung des § 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V zum sogenannten Umschlagverfahren im Rahmen des KHSG. Es handelt sich daher um ein ab 01.01.2017 für alle Krankenkassen und MD verpflichtendes Verfahren.

Vertreter der beteiligten Institutionen wurde eine Neuordnung der Organisation dahingehend erforderlich, dass alle Gemeinsamkeiten sowohl fachlicher als auch technischer Vorgaben gemeinsam über alle Begutachtungsbereiche im Arbeitskreis Datenaustausch der Kranken-/Pflegekassen mit dem MD (AK DA GKV/SPV MD) beraten und beschlossen werden.

Der Arbeitskreis für verfahrensübergreifende Themen sowie die Arbeitskreise für verfahrensspezifischen Themen bestehen aus fachlichen und technischen Vertretern der Verbände der Kranken-/Pflegekassen auf Bundesebene und der MD.

Bei Bedarf können Vertreter der Kranken-/Pflegekassen oder der Softwaredienstleister hinzugezogen werden. Die Ansprechpartner der beteiligten Institutionen können beim vdek erfragt werden.

Die Organisation der Arbeitskreise obliegt dem vdek. Dieser beruft bei Bedarf Arbeitskreissitzungen ein, führt die Moderation und erstellt die Ergebnisprotokolle der Sitzungen. Darüber hinaus ist der vdek verantwortlich für die Weitergabe der relevanten Unterlagen.

Die Einladung für die Arbeitskreissitzung wird in der Regel vier Wochen vor einer Sitzung digital versandt. Im Zuge der Einladung wird auf eine formulargestützte Abfrage von TOP-Meldungen bei den Mitgliedern des Arbeitskreises durchgeführt. In der Regel gilt eine zweiwöchige Rückmeldefrist für Beratungsthemen und Einreichung von Beratungsunterlagen.

Die Ergebnisse der Sitzungen des Arbeitskreises werden in einer Ergebnisniederschrift protokolliert, in der alle Anwesenden aufgeführt werden. Die Ergebnisse werden spätestens zwei Wochen nach der Sitzung digital zur Verfügung gestellt. Änderungen respektive Ergänzungswünsche können bis zwei Wochen nach Versand des abgestimmten Protokollentwurfes mitgeteilt werden. Nach dieser Frist gilt die Niederschrift als genehmigt.

Die für die verfahrensspezifischen Bereiche Verantwortlichen des vdek übermitteln dem für die verfahrensübergreifenden Themen Verantwortlichen des vdek die Sitzungsniederschriften der verfahrensspezifischen Arbeitskreise zur Kenntnis um Synergien zu nutzen und unnötige Redundanzen zu vermeiden. Werden verfahrensübergreifende Themen innerhalb der verfahrensspezifischen Bereiche angesprochen (z. B. E-Mail-Anfragen) ist der verfahrensübergreifende Ansprechpartner ebenfalls einzubinden.

4. Umsetzung von verfahrensübergreifenden Änderungen

Änderungen an den verfahrensübergreifenden Dokumenten werden für die spezifischen Verfahren grundsätzlich erst mit einer Fortschreibung oder einem Nachtrag des spezifischen Verfahrens gültig.

Das bedeutet, dass auch bei geringfügigen Änderungen an den verfahrensübergreifenden Dokumenten, die Frage ob hierfür eine Fortschreibung oder ein Nachtrag erforderlich ist, verfahrensspezifisch abgestimmt werden muss. Diese Regelung soll helfen, die Programmieraufwände auf das notwendige Maß zu beschränken und Planungssicherheit für die einzelnen Verfahren zu gewährleisten. Daher bezieht sich die Regelung in erster Linie auf die Dokumente, deren Änderung in der Regel Programmieraufwände nach sich ziehen wie z. B.:

- Änderung an der verfahrensübergreifenden Datendefinition – Stammdaten
- Änderung am verfahrensübergreifenden Schlüsselverzeichnis
- Änderung an den verfahrensübergreifenden Befüllungshinweisen
- Änderung an der Technischen Anlage

Eine Besonderheit gilt für die Anhänge zur Technischen Anlage (Übersicht Datenannahmestellen und Postleitzahleuzuordnungstabelle). Diese werden stichtagsbezogen gültig. Dabei setzt die betroffene Kasse für Datenannahmestellen bzw. der betroffene MD-Bund/MD für Postleitzahleuzuordnung und Datenannahmestellen den Stichtag.

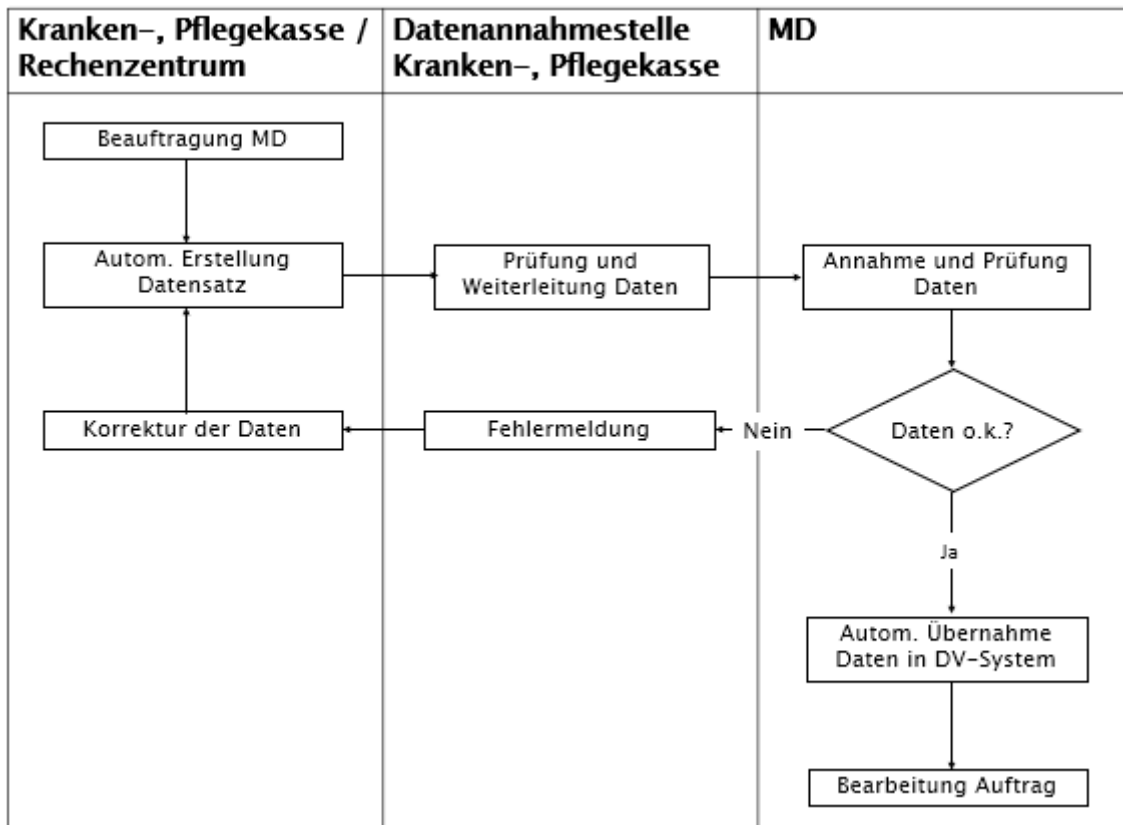
5. Kommunikation

Die Beteiligten einigen sich auf die Kommunikationsart E-Mail. Die E-Mail-Verteiler werden zentral vom vdek gepflegt und den Mitgliedern der Arbeitskreise zur Verfügung gestellt. Die Mitglieder verpflichten sich, dem vdek die aktuellen fachlichen und technischen Ansprechpartner per Namen, und E-Mail-Adresse sowie Änderungen mitzuteilen. Sofern Softwaredienstleister in die E-Mail-Verteiler der Arbeitskreise aufgenommen werden sollen, tragen die jeweiligen Krankenkassen als deren Auftraggeber die Verantwortung für die Benennung gegenüber dem vdek.

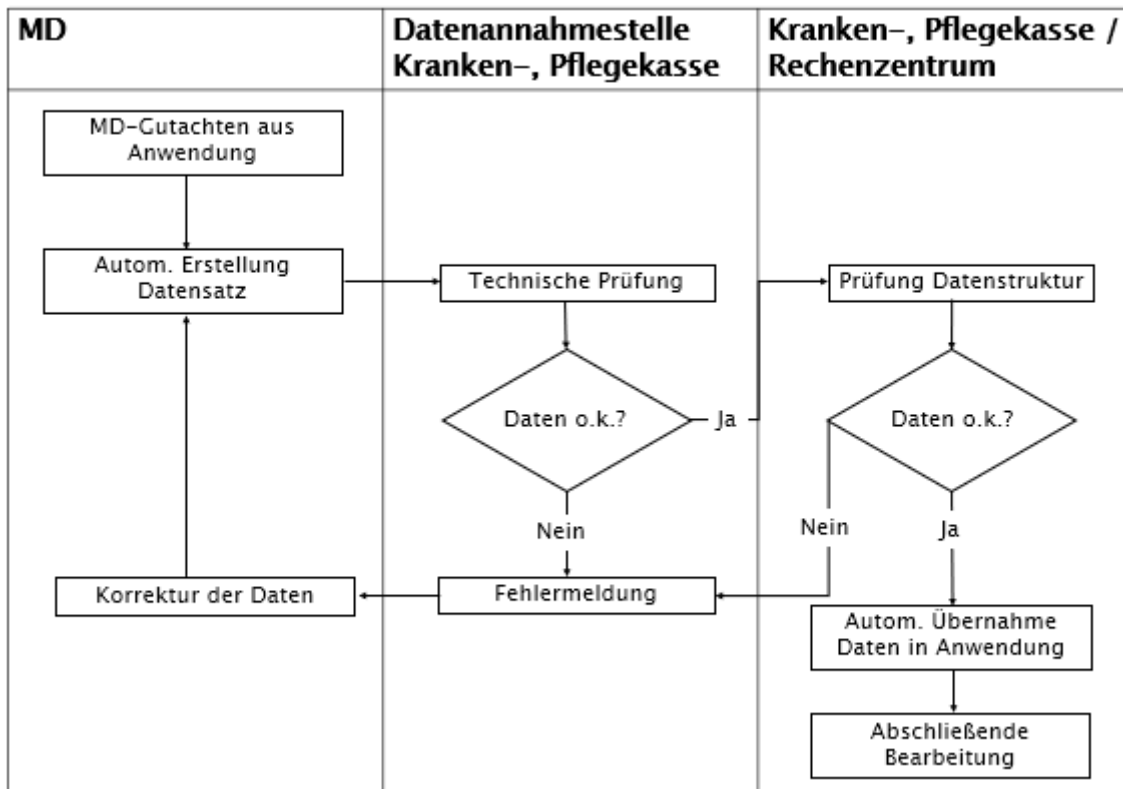
Die abgestimmten Dokumente übermittelt der vdek an den jeweiligen E-Mail-Verteiler des Arbeitskreises und veröffentlicht sie auf der Webseite des vdek (https://www.vdek.com/vertragspartner/Datenaustausch_GKV-SPV_MDK.html).

Der grundsätzliche Geschäftsprozess wird in den folgenden Abbildungen dargestellt:

Datenfluss im Datenaustauschverfahren (von Krankenkasse zum MD)



Datenfluss im Datenaustauschverfahren (vom MD zur Krankenkasse)



Die zu übermittelnden standardisierten Datensätze werden mit Beschreibungen der erforderlichen Inhalte schriftlich in der verfahrensübergreifenden sowie den verfahrensspezifischen Datendefinitionen mit Anhängen definiert (Anlage 1 sowie Anlagen 1.1–1.7 zur VFVB).

6. Pilot- und Testverfahren

Nach Erstkonzeption eines Verfahrensbereiches findet eine **Pilotierung** des neuen Verfahrens durch mindestens eine Krankenkasse und einen MD statt (vgl. Punkt 6.1). Die Pilotierung umfasst auch das Testverfahren (vgl. Punkt 6.2). Unabhängig davon, ist das **Testverfahren** mit Einführung einer neuen Version, bei der die Hauptziffer hochgezählt wird, durchzuführen.

Änderungs- bzw. Anpassungsbedarf, der sich beispielsweise aus Erfahrungswerten während der Durchführung Pilot-/Testphase ergibt, ist von den Beteiligten mit dem Dokument Änderungsmanagement (Anhang 3 zur VFVB) unverzüglich nach Feststellung anzustoßen.

6.1 Pilotverfahren (Erprobung)

Das Pilotverfahren findet nach Einführung eines neuen Fachverfahrens statt. Im Pilotverfahren werden Echtfälle entsprechend den technischen und fachlichen Vereinbarungen ausgetauscht und auftretende Fehler beseitigt. Dies geschieht über einen vereinbarten Zeitraum. Die Teilnahme am Pilotverfahren ist bilateral zwischen Krankenkassen- und MD-Datenannahmestellen zu klären.

Aufgabe der pilotierenden Stellen ist die Feststellung, ob das Verfahren praxistauglich ist.

- Die Einleitung der Pilotphase ist frühzeitig von der Kranken-/Pflegekasse und dem MD im entsprechenden Arbeitskreis anzuzeigen. Die Einzelheiten zur Pilotphase sind im Rahmen der Finalisierung der Verfahrensdokumente im Zuge einer Fortschreibung im jeweiligen Arbeitskreis festzulegen.
- Die Pilotierung ist durch die pilotierenden Kranken-/Pflegekassen und MD sorgfältig zu planen (u. a. Termine, beteiligte Stellen, Umfang der Pilotierung, einzubeziehende Fallkonstellationen). Dies betrifft auch die Festlegung und Veröffentlichung der genauen Start- und Endzeitpunkte der Pilot- und Testphase.

- Die beteiligte(n) Kranken-/Pflegekasse(n) sowie der MD melden den Beginn, das Ende und die Erfahrungen (z. B. Test positiv abgeschlossen) über die Arbeitskreismitglieder ihrer Kassenart an den Arbeitskreis.
- Zum Abschluss der Pilotierung sollte ein kurzer Pilotbericht erstellt werden, aus dem die Fehler/Mängel, die Optimierungsanforderungen und die getroffenen organisatorischen Festlegungen hervorgehen. Dieser ist dem Vorsitzenden des Arbeitskreises zu übermitteln.
- Nach der Pilotierung ist im Arbeitskreis abzuwägen, ob das pilotierte Fachverfahren auf die Bedingungen der anderen Partner angewandt werden kann. Im Arbeitskreis wird gemeinsam der Änderungsbedarf für die Folgeversion festgelegt.

Der vdek unterstützt diesen Prozess indem er die Informationen einfordert und die Weitergabe koordiniert.

6.2 Testverfahren

Das Testverfahren ist Teil der Pilotierung bei Einführung eines neuen Fachverfahrens. Davon abgesehen ist das Testverfahren bei Einführung einer neuen Version, bei der die Hauptziffer hochgezählt wird, durchzuführen. Die Testbeziehungen sowie der Testzeitraum sind mit der Abstimmung der Fortschreibung festzulegen. Dabei sollten möglichst die verschiedenen Softwaresysteme auf beiden Seiten einbezogen werden. Die jeweilige Arbeitsgruppe der Verfahren definiert, ob der Austausch von Testdaten innerhalb der üblicherweise veranschlagten 9-monatigen Programmierzeit stattfinden soll oder im Anschluss. Außerdem legt sie den zeitlichen Umfang der Testphase abhängig vom Umfang der Fortschreibung und der Komplexität des Verfahrens fest. Die so geplante Testphase ist bei der Festlegung des Umsetzungstermins für die Fortschreibung zu berücksichtigen.

Das Testverfahren besteht im Wesentlichen aus zwei Phasen, die aufeinander aufbauen. Daran schließt sich die Produktivphase an. Gegenstand des Testverfahrens sind der Austausch einer überschaubaren Anzahl von in den XML-Instanzdateien eingebetteter Testdaten, die sowohl den Positivtest als auch den Negativtest (sog. „eingebaute Fehlermerkmale“) ermöglichen. Das Testverfahren stellt Mindestanforderungen dar. Zusätzliche individuelle Testverfahren der beteiligten Institutionen sollen dadurch nicht entfallen. Sobald eine neue Version eingesetzt wird, kann das Testverfahren in der neuen Version durchlaufen werden. Nach bilateraler Absprache testen einzelne MD mit einzelnen Krankenkassen.

Testphase 1: Isolierter Test durch die GKV und die MD (ohne Abstimmung).

- Durch die Qualitätssicherung der Krankenkassenanwendung ist sicherzustellen, dass die aus dem System erzeugten Beauftragungsdaten schemakonform sind und korrekt an die Krankenkassen-Kopfstelle weitergegeben werden. Verantwortlich: Krankenkassen
- Durch die Qualitätssicherung der MD-Anwendung ist sicherzustellen, dass die aus dem System erzeugten Beauftragungsdaten schemakonform sind und korrekt an die MD-Kopfstellensoftware übergeben werden. Verantwortlich: MD

Testphase 2: Fachlicher und technischer Test unter Einbeziehung der KK-Kopfstelle bzw. der MD-Kopfstellensoftware

- Voraussetzung: Testphase 1 wurde erfolgreich durchlaufen
- Hier ist zu testen, ob
 - die erzeugten Beauftragungsdaten korrekt in die MD-Anwendung einfließen und
 - die vom MD erzeugten Begutachtungsdaten korrekt in die Krankenkassen-Anwendung einfließen
- Verantwortlich: IT der Kranken-/Pflegekasse und des MD; fachliche Koordinatoren der Krankenkasse und des MD

In der zweiten Phase sollen außerdem die zu übermittelnden Dateien verschlüsselt übermittelt werden. Die Dateien müssen sowohl auf korrekte Verschlüsselung beim Absender als auch auf die korrekte Entschlüsselung beim Empfänger getestet werden. Sobald alle zwei Phasen korrekt durchlaufen wurden, kann der Übergang zum Produktivverfahren vollzogen werden.

Für Testdaten sind gesonderte Verfahrenskennungen zu verwenden (siehe Anlage 4 der Gemeinsamen Grundsätze Technik)

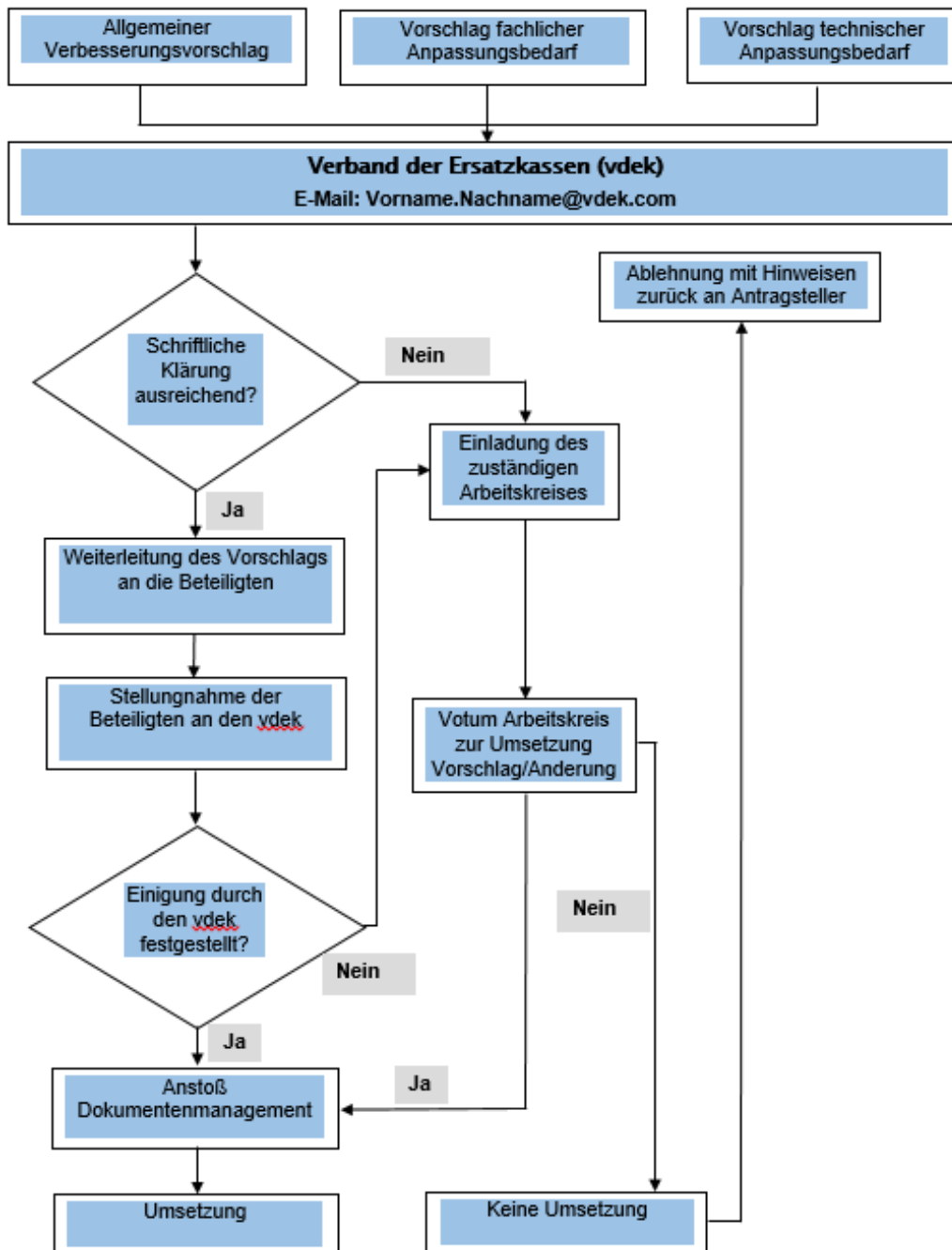
7. Vorschlags- und Änderungsmanagement

Änderungswünsche einzelner Kranken-/Pflegekassen werden dem jeweiligen Bundes- bzw. Dachverband gemeldet und dort bewertet. Änderungswünsche einzelner

MD werden dem MDS gemeldet und dort bewertet. Besteht aus Sicht einer Kassenart oder aus Sicht der MD-Gemeinschaft Änderungsbedarf, wird dieser an den vdek mit entsprechender schriftlicher Begründung weitergegeben. Dafür ist das vereinbarte Formular Änderungsmanagement (Anhang 3 zur VFVB) zu verwenden.

In Abhängigkeit des Änderungsvorschlags entscheidet der 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.

Der Ablauf zum Vorschlags- und Änderungsmanagement ist in der folgenden Übersicht dargestellt:



8. 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 strukturelle Änderungen (Fortschritt in größerem Umfang z. B. rechtliche Änderungen wie Pflegestärkungsgesetz oder Erweiterung der DRG-Rechnungsprüfung um Psych-PEPP).

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, ...“ hochgezählt, bis der finale Bearbeitungsstand erreicht ist. Der finale Bearbeitungsstand ist der vereinbarte Versionsstand (**ohne Build**) der in die produktive Phase überführt wird.

Beispiel 1:

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

Beispiel 2 - Strukturelle Änderung

<i>Produktive Version</i>	<i>1.1 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 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. Durch die am Verfahren beteiligten Stellen ist sicherzustellen, dass die programmtechnische Umsetzung der Änderungen zu den vereinbarten Zeitpunkten erfolgt.

Der Wechsel einer TA Version kann in folgenden Verfahren anhand eines fachlichen Datums sichergestellt werden:

- MD Krankenhaus – FKH01 „Datum Krankenhaus–Aufnahme“
- MD Pflege – APG01 „Antragsdatum des Versicherten“³

In den übrigen Verfahren entscheidet das Erstelldatum im VKZ03 bei der Krankenkasse über die zuliefernde TA–Version.

Ein Begutachtungsfall ist vom MD mit der Version zu Ende zu führen, mit der er bei der Beauftragung durch die Kranken–/Pflegekasse begonnen wurde. Die MD ermöglichen bei einem Versionswechsel für einen Übergangszeitraum von einem Tag die Annahme der vorherigen TA–Version. Die technische Umsetzung ist im Dokument Technische Anlage beschrieben (Anlage 2 zur VFVB).

9. Dokumente

Der Anhang 3 zu diesem Dokument zeigt die „verfahrenübergreifende Dokumentenübersicht“. Diese soll einen Überblick über den strukturellen Aufbau der relevanten Dokumente geben.

Die Dokumente sind sowohl während einer Überarbeitung, als auch bei der finalen Veröffentlichung mit ihrem offiziellen Dateinamen vom vdek zu versenden. Außerdem sind auch bei der Veröffentlichung der finalen Dokumente im Internet die offiziellen Dateinamen zu verwenden.

Die Dateinamen setzen sich wie folgt zusammen:

- Nennung der Anlage und des Anhangs abgekürzt ohne Leerzeichen z. B. An1Anh1
- Nennung des Verfahrens abgekürzt und getrennt durch Unterstriche z. B. DA_GKVSPV_MD_MiMa
- Nennung der Version getrennt durch Unterstriche z. B. V1_0
- Nennung des Build, sofern es sich das Dokument noch nicht in der Finalen Fassung befindet z. B. B1
- Nennung des letzten Bearbeitungsdatums des Dokumentes: JJJJMMTT

³ Ausgenommen sind Wiederholungsbegutachtungen, diese müssen mit dem Erstelldatum (VKZ 03) erfasst werden, damit nicht auf das ursprüngliche Antragsdatum zurückgegriffen wird

Für das abgestimmte verfahrensspezifische Schlüsselverzeichnis im Bereich Hilfsmittel in der Version 1.2 mit Stand 05.01.2018 würde der offizielle Dokumentenname lauten: Anl1_3Anh1_DA_GKV_MD_HM_V1_2_20180105

10.Zuständigkeit MD

Die beteiligten Kranken-/Pflegekassen senden den elektronischen Begutachtungsauftrag an die Annahmestelle des zuständigen MD. Die Zuständigkeit richtet sich in Anlehnung an § 281 Abs. 1 SGB V grundsätzlich nach dem Wohnort des Versicherten. Zu diesem Zweck wird den Kranken-/Pflegekassen durch den MDS eine Tabelle zur Verfügung gestellt, sodass anhand der Postleitzahl des Versicherten die Zuständigkeit hergeleitet werden kann (Anhang 2 zur Anlage 2 der VFVB). Den Kranken-/Pflegekassen ist es jedoch unbenommen, entsprechend getroffener Festlegungen, direkt einen MD zu benennen, insbesondere bei Aufträgen zu sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) und bei Krankenhausbehandlungen, die außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des wohnortbezogenen MD nach dem „Tatortprinzip“ beauftragt werden sollen. Die Weiterleitung des Auftrags an die für die Begutachtung durchführende Stelle erfolgt durch den gewählten MD. Das Nähere, insbesondere zum Bereich MiMa, ist den nachfolgenden Punkten zu entnehmen.

10.1 Persönliche Fallberatung

Die persönliche Fallberatung findet grundsätzlich an dem Ort der Krankenkassengeschäftsstelle statt, in der der Vorgang bearbeitet wird; unabhängig vom Wohnort des Versicherten.

MiMa-Weiterleitungsbogen:

Beispiel 1:

Die Krankenkasse ist zentral organisiert und hat ihren Sitz in Bremen. Hier werden sämtliche Leistungsfälle bearbeitet.

Die Krankenkasse hat grundsätzlich alle MiMa-Weiterleitungsbögen (Muster 86) und alle MiMa-Datensätze an den MD Bremen, der für die persönliche sozialmedizinische Fallberatung in Bremen zuständig ist, zu übermitteln.

Wenn die Krankenkasse auf den MiMa-Weiterleitungsbögen die Anschrift des MD am Wohnort des Versicherten aufbringt, erhält dieser MD die Befundunterlagen und übersendet der Krankenkasse einen MiMa-Rückgabedatensatz. Der MD Bremen, der

für die sozialmedizinische Fallberatung zuständig ist, verfügt in diesem Fall über keine Befundunterlagen, so dass eine persönliche sozialmedizinische Fallberatung nicht möglich ist.

Beispiel 2:

Eine Krankenkasse hat mehrere Geschäftsstellen. Die Bearbeitung von Krankengeldfällen erfolgt dezentral, andere Leistungsfälle werden zentral in München bearbeitet, z.B. Hilfsmittel.

Der Versicherte A. wohnt in Düsseldorf, bezieht Krankengeld und hat ein Hilfsmittel beantragt.

Wird eine Fallberatung zum Krankengeldfall gewünscht, ist der MiMa-Weiterleitungsbogen an den MD Nordrhein zu adressieren, da die SFB am Standort Düsseldorf durchgeführt wird.

Ist eine Fallberatung für das beantragte Hilfsmittel notwendig, ist der Weiterleitungsbogen an den MD Bayern zu adressieren, da die SFB in München durchgeführt wird.

Fazit: Obwohl es sich um denselben Versicherten handelt, können in Abhängigkeit der Organisation der Krankenkasse unterschiedliche MD für die Durchführung der SFB zuständig sein. In Einzelfällen kann es vorkommen, dass von der Krankenkasse von demselben Leistungserbringer für den gleichen Versicherten separat Unterlagen anfordert werden.

10.2 Schriftliche Fallberatung (inkl. Fallberatung per Video und Telefon)

Besonders bei kleineren Krankenkassen wird aufgrund des niedrigen Auftragsaufkommens keine persönliche Fallberatung, sondern eine schriftliche Fallberatung durchgeführt. Die schriftliche Fallberatung erfolgt durch den MD am Wohnort des Versicherten.

MiMa-Weiterleitungsbogen:

In diesen Fällen ist auf dem Weiterleitungsbogen die Anschrift des MD anzugeben, in dessen Zuständigkeitsbereich der Versicherte wohnt. Anhand der im Verfahren zur Verfügung stehenden Postleitzahlezuordnungstabelle kann mittels der PLZ des Versicherten der zuständige MD ermittelt werden. Auf dem MiMa-Weiterleitungsbogen ist die Adresse der Postannahmestelle des MD zu übernehmen,

Die meisten MD haben eine zentrale Postannahmestelle. Die Adresse der Postannahmestelle ist aus der zur Verfügung stehenden Übersicht zu entnehmen (MD-Adressen für die Übersendung der von den Krankenkassen angeforderten medizinischen Unterlagen).

Die MD Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Nord haben die Postannahme dezentral organisiert. Aus den von den MD zur Verfügung gestellten Aufstellungen geht in Abhängigkeit der PLZ des Versicherten hervor, welche Adresse auf den MiMa-Weiterleitungsbogen zu drucken ist.

Die MiMa-Datensätze sind sowohl bei zentraler als auch dezentraler Postannahme immer an die zentrale Datenannahmestelle des MD (s. technische Anlage) weiterzuleiten.

10.3 Begutachtung (ohne Krankenhaus und Reha-Verlängerung)

Die Begutachtung findet grundsätzlich durch den MD statt, in dessen Zuständigkeitsbereich der Versicherte wohnt; unabhängig davon, ob die Begutachtung nach Aktenlage oder nach Befunderhebung erfolgt. Hiervon abweichend getroffene bilaterale Absprachen gelten auch bei dem Verfahren MiMa.

MiMa-Weiterleitungsbogen:

Für die Zuordnung der MiMa-Weiterleitungsbogen gelten die Ausführungen des Punktes 9.2.

Wenn im Vorfeld der Begutachtung eine SFB stattgefunden hat (Regelfall) und aufgrund des Wohnortprinzips für die Begutachtung ein anderer MD zuständig ist, werden die über das MiMa-Verfahren angeforderten und vorliegenden Unterlagen von dem MD, der die SFB durchgeführt hat (MD A), an den MD, der für die Durchführung der Begutachtung zuständig ist (MD B), weitergeleitet. Die Krankenkasse hat in diesen Fällen nicht erneut die Befundunterlagen anzufordern.

Sind für die Begutachtung weitergehende Unterlagen notwendig und werden diese durch die Krankenkasse vom Leistungserbringer angefordert, ist auf dem MiMa-Weiterleitungsbogen die Adresse der Postannahmestelle des für die Begutachtung zuständigen MD zu übernehmen.

10.4 Begutachtung von Krankenhausfällen

Die Begutachtung von DRG- und PEPP-Fällen erfolgt grundsätzlich durch den MD am Sitz des Krankenhauses, da dieser MD die Besonderheiten des Krankenhauses kennt und die Begutachtung in Abhängigkeit der Landesverträge unter Umständen im Krankenhaus erfolgt.

Das MiMa-Verfahren kommt bei der Begutachtung der Krankenhausabrechnungsprüfung (DRG/PEPP) nicht zum Einsatz, da hier die MD die für die Begutachtung notwendigen Unterlagen vom Krankenhaus anfordern.

Dagegen ist MiMa anzuwenden bei leistungsrechtlichen Fragestellungen insbesondere zur Notwendigkeit beantragter oder laufender Krankenhausbehandlungen (z.B. Abgrenzung von Behandlungsfall zu Kosmetik- oder Pflegefall, Verlängerungsantrag während der Behandlung) und u.a. im Zusammenhang mit der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit, sofern von der Krankenkasse die Übermittlung von Unterlagen vom Krankenhaus an den MD angefordert wird.

Hiervon unberührt bleiben bestehende regionale Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und MD.

10.5 Begutachtung von Verlängerungsanträgen bei medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Begutachtung von Reha-Verlängerungsanträgen erfolgt durch den MD am Sitz der Reha-Einrichtung, da dieser MD die Besonderheiten der Reha-Einrichtungen kennt.

Über die Homepage „MD.de“ können die Krankenkassen durch die Eingabe des Ortes oder der PLZ der Reha-Einrichtung die Adresse des zuständigen MD ermitteln.

Bei der Nutzung des Datenaustauschverfahrens ist der Auftrag an die zentrale Datenannahmestelle des MD, der für die Beratung/Begutachtung zuständig ist, weiterzuleiten (s. Technische Anlage).

11. Datenschutz und Informationssicherheit

Das Datenaustauschverfahren zwischen Kranken-/Pflegekassen und MD basiert auf dem GKV-Standard und gewährleistet ein angemessenes Sicherheitsniveau (vgl. Gemeinsame Grundsätze Technik, Security-Schnittstelle für das Gesundheitswesen). Das Verfahren ist so konzipiert, dass die Daten auf dem Transportweg automatisiert verschlüsselt werden und nur der Empfänger die Daten entschlüsseln kann.

Die Beteiligten sind verpflichtet, alle organisatorischen und technischen Vorkehrungen nach dem Stand der Technik zu treffen, um den Datenschutz und die Informationssicherheit entsprechend den geltenden rechtlichen Normen (besonders SGB V, SGB X, SGB XI und DS-GVO) sicherzustellen.