

8. Nachtrag

zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung

gemäß § 73b SGB V

zwischen der

KNAPPSCHAFT, Knappschaftstr. 1, 44799 Bochum

und der

Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

- I. Für die Umsetzung des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V schließen die Vertragspartner diesen Nachtrag.

- (1) § 2 Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Dieser Vertrag gilt für die KNAPPSCHAFT und die Hausärzte, die nach § 12 bzw. Anlage 1 ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben und die Voraussetzungen des § 14 erfüllen (teilnehmende Hausärzte) sowie die Versicherten der KNAPPSCHAFT, die entsprechend der Erklärung gemäß Anlage 2 ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt und in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten (Anlage 12) eingewilligt haben.“

- (2) In § 4 wird Buchstabe g) neu eingefügt:

Der teilnehmende Hausarzt kann für von der KNAPPSCHAFT identifizierte eingeschriebene Patienten, die als private Pflegepersonen Pflegebedürftige nach dem SGB XI betreuen, ein Beratungsgespräch für Pflegepersonen nach Anlage 11 durchführen.

- (3) § 8 Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung wählt der Versicherte einen an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarzt als seinen Hausarzt aus und bestätigt dies schriftlich durch die Teilnahmeerklärung (Anlage 2). Der Versicherte ist an diese Wahl für mindestens zwölf Monate gebunden. Nach Ablauf der Mindestbindungszeit ist eine Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus, wenn:

- der Versicherte die Krankenkasse wechselt,
 - seine Mitgliedschaft bei der KNAPPSCHAFT aus anderen Gründen endet,
 - der Versicherte seine Einwilligung in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten nach Anlage 12 widerruft,
 - der teilnehmende Hausarzt nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt und der teilnehmende Versicherte nicht einen anderen teilnehmenden Hausarzt wählt.
- Des Weiteren endet die Teilnahme unter Beachtung des § 10 Abs. 5 des Vertrages.“

- (4) a) § 9 Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Teilnahme des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die KNAPPSCHAFT, mit dem Tag, an dem die Teilnahmeerklärung nach Anlage 2 sowie die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung nach Anlage 12 vom Versicherten und dem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt abgegeben wurden.“

- b) § 9 Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Sowohl die Information über die Rechte und Pflichten des Versicherten als auch über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die Datenweitergabe finden in der Praxis des teilnehmenden Hausarztes statt. Die KNAPPSCHAFT stellt alle notwendigen Informationen zur Unterstützung des Einschreibeverfahrens zur Verfügung. Diese beinhalten die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für Versicherte (Anlage 12).“

- c) § 9 Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Der teilnehmende Versicherte kann die Teilnahme widerrufen oder nach Ablauf der Mindestteilnahmedauer von zwölf Monaten seine Teilnahme unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende durch schriftliche Information an die KNAPPSCHAFT kündigen. Die KNAPPSCHAFT informiert den teilnehmenden durch den Versicherten gewählten Hausarzt unverzüglich. Darüber hinaus wird die verzeichnisführende Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein im Rahmen des Datenabgleiches nach § 18 informiert.“

- (5) § 13 Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:

„Bei der Einschreibung leitet der teilnehmende Hausarzt die von ihm und vom Versicherten unterschriebene Teilnahmeerklärung an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein weiter. Die unterschriebene datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (Anlage 12) verbleibt in der Patientenakte des einschreibenden Hausarztes. Auf Anforderung der KNAPPSCHAFT ist die Einwilligungserklärung der KNAPPSCHAFT zu übersenden.“

- (6) § 16 Absatz 6 wird wie folgt neu gefasst:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die Teilnahmeerklärungen für Hausärzte (Anlage 1) zur Verfügung. Die Teilnahmeerklärungen für die Versicherten (Anlage 2) sowie die datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärungen (Anlage 12) werden von der KNAPPSCHAFT an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergegeben, die diese dann den teilnehmenden Ärzten zur Verfügung stellen.

- (7) § 18 Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Bei Datenaustausch, -bereitstellung und -pflege im Rahmen dieses Vertrages sind die ärztliche Schweigepflicht sowie die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten. Der Patient muss in die Verwendung seiner Daten zum Zwecke der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage dieses Vertrages zustimmen. Dies geschieht mit der Teilnahmeerklärung des Versicherten (Anlage 2) und der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung (Anlage 12).“

- (8) In § 20 Absatz 2 wird der vorletzte Satz wie folgt ergänzt:
Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen sicher, dass Leistungen nach diesem Vertrag nur für Zeiten der wirksamen Teilnahme und bei Erfüllung der in Anlage 9 genannten Abrechnungsvoraussetzungen vergütet werden.
- (9) § 22 Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:
„Sofern durch Änderungen in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Überschneidungen zwischen den medizinischen Inhalten des DMPs und der hausarztzentrierten Versorgung entstehen, ist das DMP vorrangig und die hausarztzentrierte Versorgung entsprechend von den Vertragspartnern so zu modifizieren, dass Kompatibilität gewährleistet ist.“
- (10) Die Anlage 1 „Teilnahmeerklärung Hausarzt“ wird ersetzt.
- (11) Die Anlage 9 „Vergütung“ wird ersetzt.
- (12) Der Anhang b der Anlage 10 wird ersetzt.
- (13) Die Anlage 11 „Beratungsgespräch für Pflegepersonen“ mit den Anhängen a, b und c wird neu eingefügt.
- (14) Die Anlage 12 „Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung“ wird neu eingefügt.

II. Der Nachtrag tritt zum 01.01.2021 in Kraft.

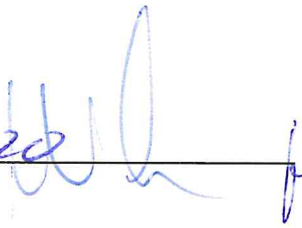
Anlagen:

- Anlage 1 – Teilnahmeerklärung Hausarzt
- Anlage 9 – Vergütung
- Anlage 10 – Anhang b Technische Anlage Medikationscheck
- Anlage 11 – Beratungsgespräch für Pflegepersonen
- Anhang a zur Anlage 11: Musterinformationsschreiben an den Arzt zum Beratungsgespräch für Pflegepersonen
- Anhang b zur Anlage 11: HPS - Häuslichen Pflege-Skala
- Anhang c zur Anlage 11: Technische Anlage – Beratungsgespräch für Pflegepersonen
- Anlage 12 – Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Für die AG Vertragskoordinierung

Berlin, den

24.11.2020



Für die KNAPPSCHAFT

Bochum, den





Teilnahmeerklärung

für den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage des § 73b SGB V zwischen der KNAPPSCHAFT und der AG Vertragskoordination

Name	Vorname
lebenslange Arztnummer (LANR)	Betriebsstättennummer (BSNR)
E-Mail Adresse	
Praxisanschrift	
Telefonnummer	
Fax-Nummer	

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem o. g. Vertrag gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o. g. Vertrages informiert und erfülle alle Teilnahmebedingungen nach § 14 des o. g. Vertrages. Die entsprechenden Nachweise sind dieser Erklärung beigelegt.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- meine Teilnahme freiwillig ist,
- meine Teilnahme mit der schriftlichen Bestätigung dieser Teilnahmeerklärung durch die Kassenärztliche Vereinigung oder AG Vertragskoordination beginnt,
- ich die Beendigung der Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der AG Vertragskoordination erklären kann,
- ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere der Verpflichtungen nach § 4 und nach § 13 von der Teilnahme am o. g. Vertrag ausgeschlossen werden kann,
- ich die Teilnahmebedingungen nach § 14 des o. g. Vertrages während der gesamten Programmteilnahme erfüllen muss,
- ich zum Erhalt der Teilnahmeberechtigung jedes Jahr die notwendigen Fortbildungen nach § 14 Abs. 1 des o. g. Vertrages schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung oder der AG Vertragskoordination darlegen muss,
- ich mich in das Direktmailing nach § 13 Abs. 7 einschreiben muss,
- ich mit Beitritt zum o. g. Vertrag der Veröffentlichung meiner Daten in speziellen Verzeichnissen der KNAPPSCHAFT nach § 13 Abs. 8 des o. g. Vertrages zustimme.

Ich verpflichte mich darüber hinaus,

- bei Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzungen die Kassenärztliche Vereinigung oder die AG Vertragskoordination umgehend darüber zu informieren,
- die Teilnahme von Patienten durch Einschreibung in meiner Praxis umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu melden,
- während meiner Tätigkeit bei allen mir zur Verfügung gestellten Patientendaten größte Sorgfalt bei der Weiterverarbeitung einzuhalten und in jeder Phase der Datenverarbeitung die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 2 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.

Ort, Datum

Unterschrift, Vertragsarztstempel

Allgemeines

Für die Einschreibung leitet der teilnehmende Hausarzt die von ihm unterschriebene Teilnahmeerklärung an die Kassenärztliche Vereinigung weiter.

Die Teilnahme beginnt mit der Bestätigung der Teilnahme durch die Kassenärztliche Vereinigung und endet spätestens mit dem Ende der Laufzeit dieses Vertrages.

Hinweise zur Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Postanschrift: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, 44781 Bochum.

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten wenden Sie sich an Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Beauftragter für den Datenschutz, Verwaltungsgebäude Trimontepark 2/3, Wasserstraße 215, 44799 Bochum
Telefon: 0234 304-0, Telefax: 0234 304-83990, E-Mail: datenschutz@kbs.de.

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der KNAPPSCHAFT ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung als besonderen Versorgungsauftrag nach § 73b SGB V verarbeitet.
- Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.
- Die KNAPPSCHAFT und die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordination erhalten LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende nach Bestätigung der Vertragsteilnahme an dem Vertrag durch das aus den Daten erstellte Teilnehmerverzeichnis.
- Die Daten werden durch die Kassenärztliche Vereinigung an die KNAPPSCHAFT weitergegeben sowie in einem Verzeichnis auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen und auf der Homepage der KNAPPSCHAFT veröffentlicht.
- Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.
- Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X).

Information über Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an die für die KNAPPSCHAFT zuständige Aufsichtsbehörde richten:

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de.

Anlage 9: Vergütung

- (1) Die teilnehmenden Hausärzte rechnen die Behandlung der Versicherten, die an diesem Vertrag teilnehmen, im Rahmen ihrer Quartalsabrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Der teilnehmende Hausarzt erhält als Grundpauschale für die Koordination der Versorgung des Patienten 4 € pro Quartal bei einem Arzt-Patienten-Kontakt für jeden eingeschriebenen Patienten vergütet.

Wird der Medikationscheck für einen von der KNAPPSCHAFT identifizierten Patienten entsprechend der Anlage 10 durchgeführt, wird er wie folgt vergütet:

Medikationscheck: 80,00 €

Sofern die Koordination der Arzneimitteltherapie in Abstimmung mit mindestens einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und/oder mit mindestens einer stationären Einrichtung erfolgt und die Hausärztin/der Hausarzt für den gesamten Medikationscheck einen Zeitaufwand von mehr als 240 Minuten hat:

Medikationscheck mit Konsil: 160,00 €

Der Medikationscheck kann nur im Auftrag entsprechend dem in Anlage 10 beschriebenen Verfahren der KNAPPSCHAFT erbracht werden.

Der teilnehmende Hausarzt erhält für das Beratungsgespräch nach Anlage 11 für eingeschriebene Patienten, die als private Pflegepersonen Pflegebedürftige nach dem SGB XI betreuen, eine Pauschale in der Höhe von 30 €. Das Beratungsgespräch kann nur im Auftrag entsprechend dem in Anlage 11 beschriebenen Verfahren der KNAPPSCHAFT erbracht werden und ist in einem Zeitraum von vier Quartalen höchstens zweimal berechnungsfähig, danach muss eine erneute Evaluation der Situation durch die Pflegeberatung erfolgen.

GOP	Bezeichnung	Vergütung
81110	Grundpauschale	4 €
81112	Medikationscheck	80 €
81113	Medikationscheck mit Konsil	160 €
81114	Beratungsgespräch für Pflegepersonen	30 €

- (2) Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV). Die Rechnungslegung erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 408 auf der Ebene 6.



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

TECHNISCHE ANLAGE

ANHANG C ZUR ANLAGE 10 (MEDIKATIONSCHECK) DES VERTRAGES ZUR HAUSARZT- ZENTRIERTEN VERSORGUNG GEMÄß § 73 B SGB V MIT DER KNAPPSCHAFT

DEZERNAT DIGITALISIERUNG UND IT
ABTEILUNG ENTWICKLUNG

18. NOVEMBER 2020

1.4

ÄNDERUNGSVERZEICHNIS

Version	Datum	Autor	Änderung	Begründung	Seite
1.2	26.08.2020	KBV	Neues Dokument	Änderung des Datenaustauschweges, der Datenstruktur, Verschlüsselung und Informationswege	-
1.3	26.10.2020	KBV	<i>Statuscode</i> und <i>Datum</i> werden durch <i>Teilnahmebeginn</i> und <i>Teilnahmeende</i> ersetzt	Wunsch der KV Sachsen	-

INHALT

1. EINLEITUNG	4
2. DATENTRANSFER	4
2.1 Übertragungsmedium	4
2.2 Transfer von der Knappschaft über die KBV zu den Kassenärztlichen Vereinigungen	4
2.3 Benachrichtigungen	4
2.3.1 Bereitstellung und Eingangsbestätigung	4
2.3.2 Reklamationen	5
2.4 Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen	5
2.4.1 Transfer von der Knappschaft zur KBV als Geschäftsstelle der AG Vertragskoordination	5 5
2.5 Verschlüsselung der Daten	5
2.6 Sicherheit beim Transfer zwischen KVen und der KBV	5
2.7 Sicherheit beim Transfer zwischen der KBV und der Knappschaft	5
3. DATEIEN	6
3.1 Dateiinhalte	6
3.2 Prüfung der Dateien	6
3.3 Allgemeine Formatbeschreibung für CSV-Format	6
3.3.1 Zeichensatz	6
3.3.2 Spaltenkopf	6
3.3.3 Datensatz	6
3.4 Datei: Teilnehmendenliste	7
3.4.1 Benennung der Datei	7
3.5 Beschreibungsdatei	7
3.5.1 Schnittstellendefinition und Prüfungen	8
3.6 Sonderfall unveränderte Daten, Leer-Datei	9

1. EINLEITUNG

Die Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination hat mit der Knappschaft einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V geschlossen.

Nach Anlage 10 Nr. VI. stellt die KNAPPSCHAFT den Kassenärztlichen Vereinigungen eine kumulierte Liste der nach Nr. II für teilnehmende Versicherte am Medikationscheck zur Abrechnungsprüfung zur Verfügung.

Die vorliegende Technische Anlage beschreibt die Datenschnittstelle und den Datenaustausch für den Medikationscheck, Anlage 10, Abs. IV des Vertrages.

2. DATENTRANSFER

Im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung (Anlage 10 des Vertrages) ist ein Lieferweg berücksichtigt:

- von der Knappschaft über die KBV als Geschäftsstelle der AG Vertragskoordination zu den Kassenärztlichen Vereinigungen

2.1 ÜBERTRAGUNGSMEDIUM

Die Knappschaft tauscht die verschlüsselten Daten über einen sftp-Server der KBV aus. Die dazu erforderliche Technologie wird von der KBV vorgegeben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen nutzen die bereits bestehende Infrastruktur im Sicheren Netz der KVen (SNK).

2.2 TRANSFER VON DER KNAPPSCHAFT ÜBER DIE KBV ZU DEN KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Die Knappschaft stellt die aktuelle Teilnehmendenliste verschlüsselt nach Abs. 2.5 bis zum 5. Werktag nach Quartalsende zur Verfügung.

Die Knappschaft erstellt quartalsweise die akkumulierte bundesweite Teilnehmendenliste, entsprechend den Vorgaben aus 3.4. Diese Liste wird entsprechend den Vorgaben aus 2.5 verschlüsselt und in das Verzeichnis **/erv/kbs/kbs/ingang** auf den sftp-Server der KBV bereitgestellt. Die KBV versendet an die Knappschaft eine Mail zur Empfangsbestätigung.

Die Teilnehmendenliste wird von der KBV entschlüsselt und den KVen in dem Verzeichnis **/alle_kven/erv/ausgabe** auf dem sftp-Server im SNK (Sicheres Netz der KVen) zur Verfügung gestellt. Die KBV versendet an die KVen eine Mail zur Bereitstellung.

Die Datenübermittlung zwischen den KVen und der KBV, sowie der KBV und der Knappschaft erfolgt nach dem KV-DTA.

2.3 BENACHRICHTIGUNGEN

2.3.1 Bereitstellung und Eingangsbestätigung

Für die Mails zur Bereitstellung und Eingangsbestätigung werden zwischen KVen und KBV die für den internen Datenaustausch bekannten Verwaltungspostfächer verwendet.

Der Betreff enthält die beiden Wörter **erv** und **medikationscheck**

Eingangsnachrichten im Zusammenhang mit der Teilnehmendenliste gehen an das von der Knappschaft zur Verfügung gestellte Verwaltungspostfach: medicheck-datenaustausch@kbs.de

2.3.2 Reklamationen

Für Reklamationen falscher oder unvollständiger Datenlieferungen stellt die Knappschaft eine Emailadresse zur Verfügung. Bei der Emailadresse handelt es sich um ein Verwaltungspostfach. Es werden keine persönlichen Emailadressen und auch nicht die für den Datenaustausch zwischen KVen und KBV eingerichteten Verwaltungspostfächer verwendet.

Reklamationen an die Knappschaft gehen an das zur Verfügung gestellte Verwaltungspostfach: medicheck-datenaustausch@kbs.de

2.4 FEHLERHAFT E ODER UNVOLLSTÄNDIGE DATENLIEFERUNGEN

Eine Datei ist fehlerhaft, wenn sie nicht die in 3.5.1 angegebenen Vorgaben erfüllt.

2.4.1 Transfer von der Knappschaft zur KBV als Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung

Die Daten werden von der KBV als Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung entschlüsselt und im Fehlerfall sofort, mindestens aber innerhalb von 10 Arbeitstagen, bei der Knappschaft reklamiert.

Im Fall von berechtigten Reklamationen erfolgt eine Neulieferung der Daten innerhalb von 10 Arbeitstagen. Spätere Reklamationen brauchen vom Absender nicht berücksichtigt zu werden. Daten fehlerhafter Dateien werden nicht verarbeitet.

2.5 VERSCHLÜSSELUNG DER DATEN

Die Daten werden von der Knappschaft mit dem auch im Datenträgeraustausch mit den Kassen (DTA) verwendeten Verfahren unter Verwendung des öffentlichen Schlüssels der KBV (4096-bit) verschlüsselt und vom Absender signiert. Dazu stellt die KBV ihren öffentlichen PKCS#7-Schlüssel über das öffentliche Schlüsselverzeichnis des ITSG Trust Center zur Verfügung. Die KBV ist als Datenannahme- und verteilstelle anzusehen.

2.6 SICHERHEIT BEIM TRANSFER ZWISCHEN KVEN UND DER KBV

Der Datentransfer zwischen den KVen der KBV erfolgt über einen sftp-Server im SNK.

2.7 SICHERHEIT BEIM TRANSFER ZWISCHEN DER KBV UND DER KNAPPSCHAFT

Der Zugang der Knappschaft auf den KBV-Server erfolgt mittels eines sftp-Zugangs. Die Daten werden zudem entsprechend 2.5 verschlüsselt geliefert.

3. DATEIEN

3.1 DATEIINHALTE

Die Teilnehmendenliste wird innerhalb der in Abschnitt 2 vereinbarten Fristen verschickt. Dabei enthält die Datei sämtliche zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Daten.

3.2 PRÜFUNG DER DATEIEN

Der Versender prüft seine Daten vor der Verschlüsselung auf Konformität mit den allgemeinen Anforderungen an das Datenformat (Trennzeichen, Zeilenende) und die Schnittstellenbeschreibung. Plausibilitäten ergeben sich aus den Schnittstellenbeschreibungen. Hierzu ist der Einsatz geeigneter Prüfprogramme sinnvoll.

3.3 ALLGEMEINE FORMATBESCHREIBUNG FÜR CSV-FORMAT

Für alle auszutauschenden Dateien gelten die folgenden Anforderungen an Zeichensatz und die einzelnen Datensätze.

3.3.1 Zeichensatz

Als Zeichensatz wird ISO-8859-15 verwendet.

3.3.2 Spaltenkopf

Die Dateien enthalten zur besseren Lesbarkeit in der ersten Zeile einen Spaltenkopf mit den Feldbezeichnungen.

3.3.3 Datensatz

Für den Begriff alphanumerisch (AN) ist keine strenge Auslegung des Begriffs, der z. B. die Verwendung von Schrägstrichen, Bindestrichen, Leerzeichen, Punkten verhindert, notwendig, sondern eher hinderlich, da z. B. Telefonnummern durchaus mit "/" oder Leerzeichen gegliedert werden und der Doctor medicinae gängig als Dr. med. mit Leerzeichen zwischen Dr. und med. abgekürzt wird. Es sind also in der Regel druckbare Zeichen des verwendeten Zeichensatzes erlaubt.

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	variabler Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Feldtyp:	vordefiniert
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Feldlänge:	Angabe im Feld „Anzahl Zeichen“ gibt die maximale Feldlänge an; Leerstellen sind nicht aufzufüllen

Typ Feldlänge	F: Fixe Feldlänge V: Variable Feldlänge
---------------	--

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	AN	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert Texterkennungszeichen: keines
Numerisch	N	n-stellige Zahlen ggf. mit führenden Nullen, mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format TTMMJJJJ angegeben

3.4 DATEI: TEILNEHMENDENLISTE

3.4.1 Benennung der Datei

Die Datenart für die **Teilnehmendenliste** wird gemäß der KV-DTA-Richtlinie [1] für quartalsweise Datenlieferungen benannt.

KVEJJQ01.DA

KV: empfangende KV, in diesem Fall **74 für KBV** (Schlüsseltabelle S_KBV_KV OID: 1.2.276.0.76.5.233 auf http://applications.kbv.de/keytabs/ita/schluesseltabellen.asp?page=S_KBV_KV_V1.06.htm)

E: Fixwert

JJ: Jahr (zweistellig, zugehörig zu dem Jahr auf das sich die gelieferten Daten beziehen)

Q: abgeschlossenes Quartal (1, 2, 3, 4) vor der Datenlieferung

O1: Anzahl enthaltener Datenbereitstellungen/Quartale (fix)

DA: Datenart TLHVM (**T**eilnehmenden **L**iste **H**ausarztzentrierte **V**ersorgung **M**edikationscheck)

Beispiel:

74E21401.TLHVM ist die 1. Datenbereitstellung der nach dem 4. Quartal 2021 erstellten Teilnehmendenliste.

Diese Datei „74E21401.TLHVM“ wird mittels PKCS#7 für den Empfänger KBV verschlüsselt und unter demselben Dateinamen auf den entsprechenden sftp-Server transferiert.

3.5 BESCHREIBUNGSDATEI

Die Übertragung einer Beschreibungsdatei gem. KV-DTA [1] ist nicht erforderlich.

3.5.1 Schnittstellendefinition und Prüfungen

Als „Teilnahmebeginn“ (Feld-Nr. 1) wird angegeben, wann die KNAPPSCHAFT den betreuenden Hausarzt des Versicherten darüber informiert, dass die Leistung „Medikationscheck“ angeboten werden kann.

Der koordinierende Arzt bzw. die koordinierende Ärztin des teilnehmenden Versicherten wird mit der Betriebsstätte und der LANR angegeben.

Teilnehmende Versicherte werden in der Teilnehmendenliste mit Name, Vorname, Versicherungsnummer und Geburtsdatum registriert.

Die Teilnehmendenliste enthält die Spalte KV-Code.

Feld-Nr.	Bezeichnung	Anzahl Zeichen	Typ Feldlänge	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung	Prüfungen
1	Teilnahmebeginn	8	F	N/ Muss	Format TTMMJJJJ	- vorhanden - numerisch - Format TTMMJJJJ
2	Teilnahmeende	8	F	N/ Kann	Format TTMMJJJJ	- vorhanden - numerisch - Format TTMMJJJJ
3	Arzt Titel		V	AN/ Kann	Titel des Arztes / der Ärztin	- alphanumerisch - keine Texterkennungszeichen
4	Arzt Vorname		V	AN/ Muss	Vorname des Arztes / der Ärztin	- vorhanden - alphanumerisch - keine Texterkennungszeichen
5	Arzt Name		V	AN/ Muss	Name des Arztes / der Ärztin	- vorhanden - alphanumerisch - keine Texterkennungszeichen
10	Arzt LANR	9	F	N/ Muss	Lebenslange Arzt Nummer des Arztes / der Ärztin	- vorhanden - numerisch - Länge - keine doppelten Einträge bzgl. der ersten sieben Stellen der LANR - führende Nullen sind zu verwenden, falls Anzahl Zeichen nicht erreicht wird

Feld-Nr.	Bezeichnung	Anzahl Zeichen	Typ Feldlänge	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung	Prüfungen
11	Arzt BSNR	9	F	N/ Muss	Betriebsstättennummer ("Hauptbetriebsstätte") des Arztes / der Ärztin	- vorhanden - numerisch - Länge - führende Nullen sind zu verwenden, falls Anzahl Zeichen nicht erreicht wird
12	Patient Name		V	AN/ Muss	Nachname des Patienten	- vorhanden - alphanumerisch - keine Texterkennungszeichen
13	Patient Vorname		V	AN/ Muss	Vorname des Patienten	- vorhanden - alphanumerisch - keine Texterkennungszeichen
14	Patient eGK	10	F	AN/ Muss	Versichertennummer des Patienten	- alphanumerisch - führender Buchstabe und 9 Ziffern - keine Texterkennungszeichen
16	Patient Geb.-Datum	8	F	AN/ Muss	Geburtsdatum des Patienten im Format TTMMJJJJ	- vorhanden - numerisch - Format TTMMJJJJ
17	KV-Code	2	F	N/ Muss	Zweistelliger KV-Code entsprechend der Schlüsseltable S_KBV_KV (OID: 1.2.276.0.76.5.233)	genau ein Wert aus { 01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, 51, 52, 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98 }

3.6 SONDERFALL UNVERÄNDERTE DATEN, LEER-DATEI

Liegt für ein Quartal keine geänderte Teilnehmendenliste zur Übermittlung an die KVen vor, wird von der Knappschaft eine Leer-Datei zur Verfügung gestellt. In diesem Fall enthält die zu übertragende CSV-Datei nur eine Kopfzeile entsprechend den Vorgaben aus Punkt 3. Die Dateibenennung muss dabei dem aktuellen Quartal entsprechen. Alle weiteren Vorgaben bleiben bestehen.

Literaturverzeichnis

[1] KBV: KV-DTA-Richtlinie, Richtlinie Datenaustausch V2.03

[2] Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit der Knappschaft

Anlage 11: Beratungsgespräch für Pflegepersonen

- (1) Ziel des Beratungsgesprächs ist die Reduktion gesundheitlicher Risiken und/oder Einschränkungen sowie die Verhinderung weiterer gesundheitlicher Einschränkungen bei pflegenden Personen aufgrund der Pflege. Durch eine gezielte Situationsanalyse, Informationen und Beratungs- und Gesprächsangebote soll eine möglichst frühzeitige Unterstützung ermöglicht werden. Pflegenden Personen erhalten ein gezieltes individuelles Unterstützungs- und Präventionsangebot, um ihre Gesundheit, insbesondere Resilienz, und ihr Empowerment zu stärken.
- (2) Die KNAPPSCHAFT identifiziert eingeschriebene Patienten, die als private Pflegepersonen Pflegebedürftige nach dem SGB XI betreuen und für ein Beratungsgespräch in Frage kommen. Mit Einverständnis dieser Patienten informiert sie den teilnehmenden Hausarzt schriftlich über den Beratungsbedarf und –wunsch (Information über Anhang a zur Anlage 11 inklusive ausgefüllter Einverständniserklärung des Patienten). Die Praxis des Hausarztes vereinbart einen Termin mit dem Patienten.
- (3) Das Beratungsgespräch des Hausarztes beinhaltet eine spezifische Anamnese und Situationsbewertung (z.B. über Selbstauskunft des Patienten anhand der Häuslichen Pflege-Skala (HPS) nach der DEGAM-Leitlinie zu pflegenden Angehörigen (Anhang b zur Anlage 11) sowie die Beratung zu körperlichen und psychosozialen Belangen des Patienten. Die Beratung beinhaltet eine Information zu gezielten Unterstützungsangeboten (z.B. Rückenschule, rehabilitative Angebote, psychotherapeutische Angebote) bezogen auf die spezifischen Belastungen durch die jeweilige Indikation der pflegenden Person. Der teilnehmende Hausarzt stellt weitergehende Informationen zu spezifischen regionalen Hilfs- und Entlastungsangeboten (z.B. Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, Alzheimertelefon) bereit.
- (4) Die KNAPPSCHAFT stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Liste der nach Absatz 2 für das Beratungsgespräch für pflegende Personen einwilligenden Patienten zur Abrechnungsprüfung entsprechend dem in der Technischen Anlage nach Anhang c beschriebenen Verfahren zur Verfügung.
- (5) Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass zu einem späteren Zeitpunkt die Implementierung eines Vorschlagsrechts, nach dem der teilnehmende Hausarzt Pflegepersonen mit deren Einwilligung der Knappschaft für ein Beratungsgespräch vorschlägt, geprüft und ggf. im Rahmen eines Nachtrages in den Vertrag aufgenommen wird.

Anhang a zur Anlage 11: Musterinformationsschreiben an den Arzt zum Beratungsgespräch für Pflegepersonen

KNAPPSCHAFT
Care Team / Regionaldirektion
Pflegerberatung

Straße
PLZ Ort

KNAPPSCHAFT • 44781 Bochum

Ihr Zeichen/Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen/Unsere Nachricht vom

[Anrede]
[Titel] [Vorname] [Name]
[Strasse]
[PLZ] [Ort]

Ihr Ansprechpartner

Name Pflegeberater

Tel. XXX

Fax XXX

Bochum

**Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gemäß § 73b SGB V mit der KNAPPSCHAFT
Beratungsgespräch für Pflegeperson [Name, Vorname, KVNR]**

Sehr geehrte/r Anrede,

mit der hausarztzentrierten Versorgung möchten wir gemeinsam die Versorgung der Patienten optimieren. Hierzu sieht der Hausarztvertrag u. a. ein Beratungsgespräch für Pflegepersonen vor.

Im Zuge einer Pflegerberatung der KNAPPSCHAFT habe ich als zuständige/r Pflegerberater/in Ihre/n o. g. HZV-Patienten/in über diese Möglichkeit informiert. Ihr Patient möchte das Beratungsgespräch in Anspruch nehmen. Eine entsprechende Erklärung liegt bei. Bitte vereinbaren Sie mit dem Patienten einen Termin.

Nach Durchführung des Beratungsgesprächs gemäß Anlage 11 des HZV-Vertrages erhalten Sie für Ihre Leistung 30 Euro über die Abrechnung der GOP 81114. Eine Abrechnung ist maximal zweimal in einem Zeitraum von vier Quartalen möglich. Ihre Kassenärztliche Vereinigung ist entsprechend informiert.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie mich gerne an.

Mit freundlichen Grüßen
KNAPPSCHAFT

Name Pflegerberater

Anlage: Einwilligungserklärung zum Beratungsgespräch für Pflegepersonen im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

Einwilligungserklärung zum Beratungsgespräch für Pflegepersonen im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

Als möglichst frühzeitige Unterstützung für Pflegepersonen bietet die KNAPPSCHAFT für pflegende Versicherte, die an der HZV teilnehmen, bis zu 2 Beratungsgespräche innerhalb eines Jahres durch den koordinierenden Hausarzt an. Damit erhalten Pflegepersonen auf Basis einer gezielten Situationsanalyse ein individuelles Unterstützungs- und Präventionsangebot. Ziel des Beratungsgesprächs ist die Reduktion gesundheitlicher Risiken und/oder Einschränkungen sowie die Verhinderung weiterer gesundheitlicher Einschränkungen aufgrund der Pflege.

Erklärung der Pflegeperson

Ich,

<u>Max Mustermann,</u>	<u>31.12.1950</u>	<u>123456789</u>
Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Versichertennummer
<u>Musterstraße 9</u>	<u>12345 Musterstadt</u>	<u>0234/123456</u>
Straße	PLZ und Ort	Telefon

erkläre, dass

ich bei der KNAPPSCHAFT krankenversichert bin.

ich am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (KBV) teilnehme.

Mein koordinierender Hausarzt ist:

<u>Dr. Mustermann</u>	<u>Musterstraße 3</u>	<u>12345 Musterstadt</u>
Name	Straße	PLZ und Ort

Ich möchte das kostenlose Versorgungsangebot „Beratungsgespräch für Pflegepersonen“ gerne wahrnehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass die KNAPPSCHAFT dieses Formular an meinen Hausarzt weiterleitet und diese/r mich kontaktieren kann, um das Beratungsgespräch durchführen und abrechnen zu können.

Ort, Datum

Unterschrift Pflegeperson

Vom Pflegeberater der KNAPPSCHAFT auszufüllen:

<u>Pflegeberater:</u>	<u>Berthold Berater</u>	<u>0234/123456-123</u>
	Vor- und Nachname	Telefon

LANR des o.g. am Hausarztvertrag teilnehmenden Arztes (von der KNAPPSCHAFT auszufüllen):

Anhang b zur Anlage 11: HPS - Häuslichen Pflege-Skala

Anhang b zur Anlage 11: Häusliche Pflege-Skala

HPS – HÄUSLICHE PFLEGE-SKALA

Abfrage am _____

Zu Ihrer Person		
_____	_____	_____
Name, Vorname	Geb. Datum	Geschlecht
Angaben zu der von Ihnen betreuten/gepflegten Person		
_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
(Ursache der Pflegebedürftigkeit (wenn möglich in Form der ärztlichen Diagnose) _____		

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

		stimmt genau	stimmt über- wiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
1	Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	3	2	1	0
2	Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	3	2	1	0
3	Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	3	2	1	0
4	Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	3	2	1	0
5	Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	3	2	1	0
6	Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	3	2	1	0
7	Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	3	2	1	0
8	Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	3	2	1	0
9	Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	3	2	1	0
10	Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	3	2	1	0

Prof. Lichte, Gräbel in S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“; AWMF-Register-Nr. 053 – 006; DEGAM-Leitlinie Nr. 6; www.degam-leitlinien.de; Stand: 31.07.2018; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-006.html> / Gräbel E, Berth H, Lichte T, Grau H. Subjective caregiver burden BMC geriatrics 2014; 14:23

INTERPRETATION DES HPS-K-SUMMENWERTES

Punkte: HPS-k- Summen- wert	Häufigkeit in der Eichstich- probe n (n%)	Interpretation: Die (subjektive) Belastung des/der pflegenden Angehörigen ist ...	Bedeutung: Das Risiko für eine eingeschränkte subjektive Gesundheit des/der pflegenden Angehörigen ist ...	Handlungsempfehlung
0 - 5	44 (10%)	sehr gering bis gering	sehr gering (d.h. in diesem Bereich hat die überwiegende Mehrheit, 86 % ein Ausmaß an körperlichen Beschwerden, der durchschnittlich ist oder unter dem Durchschnitt liegt)	Eventuell den Angehörigen/die Angehörige nach gesundheitlichen Problemen oder Entlastungswunsch fragen Präventives Gespräch mit Hinweis auf Unterstützungsmöglichkeiten und -angebote sowie auf die Notwendigkeit der Selbstpflege (Entspannung, Hobbys, soziale Kontakte...)
6 - 14	140 (32%)	mittel	erhöht (d.h. in diesem Bereich hat die Mehrheit, 64 % ein Ausmaß an körperlichen Beschwerden, der über dem Durchschnitt liegt)	Körperlichen Beschwerden abklären; Beratungsgespräch zur Entlastung durchführen oder vermitteln
15 - 30	251 (58%)	stark bis sehr stark	deutlich erhöht (d.h. in diesem Bereich haben 91% der pflegenden Angehörigen ein Ausmaß an körperlichen Beschwerden, der über dem Durchschnitt liegt)	Dringend körperliche Beschwerden abklären; dringend ein Beratungsgespräch zur Entlastung durchführen oder vermitteln

Hinweis: Die Angaben beruhen auf einer repräsentativen Stichprobe des MDK Bayern bei pflegenden Angehörigen, deren pflegebedürftige Person einen Antrag auf Pflegeinstufung gestellt hat.

Bemerkungen:

1. Der Summenwert der Häuslichen Pflege-Skala stellt ein globales Maß für die wahrgenommene Belastung durch die häusliche Pflege dar.
2. Die Häusliche Pflege-Skala liefert objektive, d. h. vom Anwender bzw. der Anwenderin unabhängige Ergebnisse.

Prof. Lichte, Gräßel in 53-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“; AWMF-Register-Nr. 053 – 006; DEGAM-Leitlinie Nr. 6; www.degam-leitlinien.de; Stand: 31.07.2018; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-006.html> / Gräßel E, Berth H, Lichte T, Grau H. Subjective caregiver burden BMC geriatrics 2014; 14:23



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

TECHNISCHE ANLAGE

ANHANG C ZUR ANLAGE 11 (BERATUNGSGESPRÄCH FÜR PFLEGEPERSONEN) DES VERTRAGES ZUR HAUSARZTZENTRIERTEN VERSORGUNG GEMÄß § 73 B SGB V MIT DER KNAPPSCHAFT

DEZERNAT DIGITALISIERUNG UND IT
ABTEILUNG ENTWICKLUNG

18. NOVEMBER 2020

1.2

ÄNDERUNGSVERZEICHNIS

Version	Datum	Autor	Änderung	Begründung	Seite
1.1	26.10.2020	KBV	<i>Statuscode</i> und <i>Datum</i> werden durch <i>Teilnahmebeginn</i> und <i>Teilnahmeende</i> ersetzt	Wunsch der KV Sachsen	-

INHALT

1. EINLEITUNG	4
<hr/>	
2. DATENTRANSFER	4
2.1 Übertragungsmedium	4
2.2 Transfer von der Knappschaft über die KBV zu den Kassenärztlichen Vereinigungen	4
2.3 Benachrichtigungen	4
2.3.1 Bereitstellung und Eingangsbestätigung	4
2.3.2 Reklamationen	5
2.4 Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen	5
2.4.1 Transfer von der Knappschaft zur KBV als Geschäftsstelle der AG Vertragskoordination	5 5
2.5 Verschlüsselung der Daten	5
2.6 Sicherheit beim Transfer zwischen KVen und der KBV	5
2.7 Sicherheit beim Transfer zwischen der KBV und der Knappschaft	5
<hr/>	
3. DATEIEN	6
3.1 Dateiinhalte	6
3.2 Prüfung der Dateien	6
3.3 Allgemeine Formatbeschreibung für CSV-Format	6
3.3.1 Zeichensatz	6
3.3.2 Spaltenkopf	6
3.3.3 Datensatz	6
3.4 Datei: Teilnehmendenliste	7
3.4.1 Benennung der Datei	7
3.5 Beschreibungsdatei	7
3.5.1 Schnittstellendefinition und Prüfungen	8
3.6 Sonderfall unveränderte Daten, Leer-Datei	9

1. EINLEITUNG

Die Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination hat mit der Knappschaft einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V geschlossen.

Nach Anlage 11 Absatz 4 stellt die KNAPPSCHAFT den Kassenärztlichen Vereinigungen eine kumulierte Liste der nach Absatz 2 für das Beratungsgespräch für pflegende Personen einwilligenden Patienten zur Abrechnungsprüfung zur Verfügung.

Die vorliegende Technische Anlage beschreibt die Datenschnittstelle und den Datenaustausch für die Abrechnung der Leistung „Beratungsgespräch für Pflegepersonen“ (Anlage 11 des Vertrages).

2. DATENTRANSFER

Im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung (Anlage 11 des Vertrages) ist ein Lieferweg berücksichtigt:

- von der Knappschaft über die KBV als Geschäftsstelle der AG Vertragskoordination zu den Kassenärztlichen Vereinigungen

2.1 ÜBERTRAGUNGSMEDIUM

Die Knappschaft tauscht die verschlüsselten Daten über einen sftp-Server der KBV aus. Die dazu erforderliche Technologie wird von der KBV vorgegeben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen nutzen die bereits bestehende Infrastruktur im Sicheren Netz der KVen (SNK).

2.2 TRANSFER VON DER KNAPPSCHAFT ÜBER DIE KBV ZU DEN KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Die Knappschaft stellt die aktuelle Teilnehmendenliste verschlüsselt nach Abs. 2.5 bis zum 5. Werktag nach Quartalsende zur Verfügung.

Die Knappschaft erstellt quartalsweise die akkumulierte bundesweite Teilnehmendenliste, entsprechend den Vorgaben aus 3.4. Diese Liste wird entsprechend den Vorgaben aus 2.5 verschlüsselt und in das Verzeichnis **/erv/kbs/kbs/ingang** auf den sftp-Server der KBV bereitgestellt. Die KBV versendet an die Knappschaft eine Mail zur Empfangsbestätigung.

Die Teilnehmendenliste wird von der KBV entschlüsselt und den KVen in dem Verzeichnis **/alle_kven/erv/ausgabe** auf dem sftp-Server im SNK (Sicheres Netz der KVen) zur Verfügung gestellt. Die KBV versendet an die KVen eine Mail zur Bereitstellung.

Die Datenübermittlung zwischen den KVen und der KBV, sowie der KBV und der Knappschaft erfolgt nach dem KV-DTA.

2.3 BENACHRICHTIGUNGEN

2.3.1 Bereitstellung und Eingangsbestätigung

Für die Mails zur Bereitstellung und Eingangsbestätigung werden zwischen KVen und KBV die für den internen Datenaustausch bekannten Verwaltungspostfächer verwendet.

Der Betreff enthält die beiden Wörter **erv** und **pflegendenberatung**

Eingangsnachrichten im Zusammenhang mit der Teilnehmendenliste gehen an das von der Knappschaft zur Verfügung gestellte Verwaltungspostfach: pflegeberatung-datenaustausch@kbs.de

2.3.2 Reklamationen

Für Reklamationen falscher oder unvollständiger Datenlieferungen stellt die Knappschaft eine Emailadresse zur Verfügung. Bei der Emailadresse handelt es sich um ein Verwaltungspostfach. Es werden keine persönlichen Emailadressen und auch nicht die für den Datenaustausch zwischen KVen und KBV eingerichteten Verwaltungspostfächer verwendet.

Reklamationen an die Knappschaft gehen an das zur Verfügung gestellte Verwaltungspostfach: pflegeberatung-datenaustausch@kbs.de

2.4 FEHLERHAFT E ODER UNVOLLSTÄNDIGE DATENLIEFERUNGEN

Eine Datei ist fehlerhaft, wenn sie nicht die in 3.5.1 angegebenen Vorgaben erfüllt.

2.4.1 Transfer von der Knappschaft zur KBV als Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung

Die Daten werden von der KBV als Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung entschlüsselt und im Fehlerfall sofort, mindestens aber innerhalb von 10 Arbeitstagen, bei der Knappschaft reklamiert.

Im Fall von berechtigten Reklamationen erfolgt eine Neulieferung der Daten innerhalb von 10 Arbeitstagen. Spätere Reklamationen brauchen vom Absender nicht berücksichtigt zu werden. Daten fehlerhafter Dateien werden nicht verarbeitet.

2.5 VERSCHLÜSSELUNG DER DATEN

Die Daten werden von der Knappschaft mit dem auch im Datenträgeraustausch mit den Kassen (DTA) verwendeten Verfahren unter Verwendung des öffentlichen Schlüssels der KBV (4096-bit) verschlüsselt und vom Absender signiert. Dazu stellt die KBV ihren öffentlichen PKCS#7-Schlüssel über das öffentliche Schlüsselverzeichnis des ITSG Trust Center zur Verfügung. Die KBV ist als Datenannahme- und verteilstelle anzusehen.

2.6 SICHERHEIT BEIM TRANSFER ZWISCHEN KVEN UND DER KBV

Der Datentransfer zwischen den KVen der KBV erfolgt über einen sftp-Server im SNK.

2.7 SICHERHEIT BEIM TRANSFER ZWISCHEN DER KBV UND DER KNAPPSCHAFT

Der Zugang der Knappschaft auf den KBV-Server erfolgt mittels eines sftp-Zugangs. Die Daten werden zudem entsprechend 2.5 verschlüsselt geliefert.

3. DATEIEN

3.1 DATEIINHALTE

Die Teilnehmendenliste wird innerhalb der in Abschnitt 2 vereinbarten Fristen verschickt. Dabei enthält die Datei sämtliche zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Daten.

3.2 PRÜFUNG DER DATEIEN

Der Versender prüft seine Daten vor der Verschlüsselung auf Konformität mit den allgemeinen Anforderungen an das Datenformat (Trennzeichen, Zeilenende) und die Schnittstellenbeschreibung. Plausibilitäten ergeben sich aus den Schnittstellenbeschreibungen. Hierzu ist der Einsatz geeigneter Prüfprogramme sinnvoll.

3.3 ALLGEMEINE FORMATBESCHREIBUNG FÜR CSV-FORMAT

Für alle auszutauschenden Dateien gelten die folgenden Anforderungen an Zeichensatz und die einzelnen Datensätze.

3.3.1 Zeichensatz

Als Zeichensatz wird ISO-8859-15 verwendet.

3.3.2 Spaltenkopf

Die Dateien enthalten zur besseren Lesbarkeit in der ersten Zeile einen Spaltenkopf mit den Feldbezeichnungen.

3.3.3 Datensatz

Für den Begriff alphanumerisch (AN) ist keine strenge Auslegung des Begriffs, der z. B. die Verwendung von Schrägstrichen, Bindestrichen, Leerzeichen, Punkten verhindert, notwendig, sondern eher hinderlich, da z. B. Telefonnummern durchaus mit "/" oder Leerzeichen gegliedert werden und der Doctor medicinae gängig als Dr. med. mit Leerzeichen zwischen Dr. und med. abgekürzt wird. Es sind also in der Regel druckbare Zeichen des verwendeten Zeichensatzes erlaubt.

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	variabler Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Feldtyp:	vordefiniert
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Feldlänge:	Angabe im Feld „Anzahl Zeichen“ gibt die maximale Feldlänge an; Leerstellen sind nicht aufzufüllen

Typ Feldlänge	F: Fixe Feldlänge V: Variable Feldlänge
---------------	--

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	AN	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert Texterkennungszeichen: keines
Numerisch	N	n-stellige Zahlen ggf. mit führenden Nullen, mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format TTMMJJJJ angegeben

3.4 DATEI: TEILNEHMENDENLISTE

3.4.1 Benennung der Datei

Die Datenart für die **Teilnehmendenliste** wird gemäß der KV-DTA-Richtlinie [1] für quartalsweise Datenlieferungen benannt.

KVEJJQ01.DA

KV: empfangende KV, in diesem Fall **74 für KBV** (Schlüsseltabelle S_KBV_KV OID: 1.2.276.0.76.5.233 auf http://applications.kbv.de/keytabs/ita/schluesseltabellen.asp?page=S_KBV_KV_V1.06.htm)

E: Fixwert

JJ: Jahr (zweistellig, zugehörig zu dem Jahr auf das sich die gelieferten Daten beziehen)

Q: abgeschlossenes Quartal (1, 2, 3, 4) vor der Datenlieferung

O1: Anzahl enthaltener Datenbereitstellungen/Quartale (fix)

DA: Datenart TLHVP (**T**eilnehmenden **L**iste **H**ausarztzentrierte **V**ersorgung **P**flege)

Beispiel:

74E21401.TLHVP ist die 1. Datenbereitstellung der nach dem 4. Quartal 2021 erstellten Teilnehmendenliste.

Diese Datei „74E21401.TLHVP“ wird mittels PKCS#7 für den Empfänger KBV verschlüsselt und unter demselben Dateinamen auf den entsprechenden sftp-Server transferiert.

3.5 BESCHREIBUNGSDATEI

Die Übertragung einer Beschreibungsdatei gem. KV-DTA [1] ist nicht erforderlich.

3.5.1 Schnittstellendefinition und Prüfungen

Als „Teilnahmebeginn“ (Feld-Nr. 1) wird angegeben, wann die KNAPPSCHAFT den betreuenden Hausarzt des Versicherten darüber informiert, dass die Leistung „Medikationscheck“ angeboten werden kann.

Teilnehmende Ärzte und Ärztinnen werden in der Teilnehmendenliste mit der Betriebsstätte des oder der Niedergelassenen und der LANR registriert.

Teilnehmende Versicherte werden in der Teilnehmendenliste mit Name, Versicherungsnummer und Geburtsdatum registriert.

Die Teilnehmendenliste enthält die Spalte KV-Code.

Feld-Nr.	Bezeichnung	Anzahl Zeichen	Typ Feldlänge	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung	Prüfungen
1	Teilnahmebeginn	8	F	N/ Muss	Format TTMMJJJJ	- vorhanden - numerisch - Format TTMMJJJJ
2	Teilnahmeende	8	F	N/ Kann	Format TTMMJJJJ	- vorhanden - numerisch - Format TTMMJJJJ
3	Arzt Titel		V	AN/ Kann	Titel des Arztes / der Ärztin	- alphanumerisch - keine Texterkennungszeichen
4	Arzt Vorname		V	AN/ Muss	Vorname des Arztes / der Ärztin	- vorhanden - alphanumerisch - keine Texterkennungszeichen
5	Arzt Name		V	AN/ Muss	Name des Arztes / der Ärztin	- vorhanden - alphanumerisch - keine Texterkennungszeichen
10	Arzt LANR	9	F	N/ Muss	Lebenslange Arztnummer des Arztes / der Ärztin	- vorhanden - numerisch - Länge - keine doppelten Einträge bzgl. der ersten sieben Stellen der LANR - führende Nullen sind zu verwenden, falls Anzahl Zeichen nicht erreicht wird

Feld-Nr.	Bezeichnung	Anzahl Zeichen	Typ Feldlänge	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung	Prüfungen
11	Arzt BSNR	9	F	N/ Muss	Betriebsstättennummer ("Hauptbetriebsstätte") des Arztes / der Ärztin	- vorhanden - numerisch - Länge - führende Nullen sind zu verwenden, falls Anzahl Zeichen nicht erreicht wird
12	Patient Name		V	AN/ Muss	Nachname des Patienten	- vorhanden - alphanumerisch - keine Texterkennungszeichen
13	Patient Vorname		V	AN/ Muss	Vorname des Patienten	- vorhanden - alphanumerisch - keine Texterkennungszeichen
14	Patient eGK	10	F	AN/ Muss	Versichertennummer des Patienten	- alphanumerisch - führender Buchstabe und 9 Ziffern - keine Texterkennungszeichen
16	Patient Geb.-Datum	8	F	AN/ Muss	Geburtsdatum des Patienten im Format TTMMJJJJ	- vorhanden - numerisch - Format TTMMJJJJ
17	KV-Code	2	F	N/ Muss	Zweistelliger KV-Code entsprechend der Schlüsseltable S_KBV_KV (OID: 1.2.276.0.76.5.233)	genau ein Wert aus { 01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, 51, 52, 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98 }

3.6 SONDERFALL UNVERÄNDERTE DATEN, LEER-DATEI

Liegt für ein Quartal keine geänderte Teilnehmendenliste zur Übermittlung an die KVen vor, wird von der Knappschaft eine Leer-Datei zur Verfügung gestellt. In diesem Fall enthält die zu übertragende CSV-Datei nur eine Kopfzeile entsprechend den Vorgaben aus Punkt 3. Die Dateibenennung muss dabei dem aktuellen Quartal entsprechen. Alle weiteren Vorgaben bleiben bestehen.

Literaturverzeichnis

- [1] KBV: KV-DTA-Richtlinie, Richtlinie Datenaustausch V2.03
- [2] Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit der Knappschaft

**Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)
im Rahmen der Teilnahme am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung**

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass die im Rahmen des Programms zur hausarztzentrierten Versorgung erhobenen personenbezogenen Daten (Name, Adressdaten, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer, Diagnosen, Behandlungsdaten, Abrechnungspositionen über erbrachte medizinische Leistungen) verarbeitet werden dürfen. Wesentliche Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung sind der Versorgungsvertrag nach § 73b SGB V sowie Art. 6 Abs. 1 und Art. 9 Abs. 2 und 3 DSGVO in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Nr. 13 und §§ 295, 295a SGB V. Für die Teilnahme am Vertrag erfolgt die weitere Verarbeitung durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und für Abrechnungszwecke durch die für die Ärzte zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der KNAPPSCHAFT erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der KNAPPSCHAFT überwacht.

Die KNAPPSCHAFT sichert zu, dass Ihre Daten gegen zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Die für die Datenspeicherung und -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die Daten werden für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§ 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens nach 10 Jahren nach Teilnahmeende. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht den datenschutzrechtlichen und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Widerruf der Einwilligung

Ohne die Erteilung Ihrer Einwilligung können Sie nicht am Versorgungsprogramm zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Ferner können Sie die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an der Versorgung nicht länger möglich ist und ein Ausschluss aus der Versorgung erfolgt.

Ihre Datenschutzrechte nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung

Sie haben das gesetzliche Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Versorgung verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO), auf Berichtigung (Art. 16 Satz 1 DSGVO) und auf Sperrung (Art. 18 DSGVO) falscher Daten.

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist die KNAPPSCHAFT, Dez. VIII 2.3, 44781 Bochum.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.kbs.de/datenschutz

Sie können sich wegen der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an

KNAPPSCHAFT – Datenschutzbeauftragter, 44781 Bochum oder datenschutz@kbs.de wenden.

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht, sich an die Bundesbeauftragte für Datenschutz und die Informationsfreiheit zu wenden:

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des Versicherten