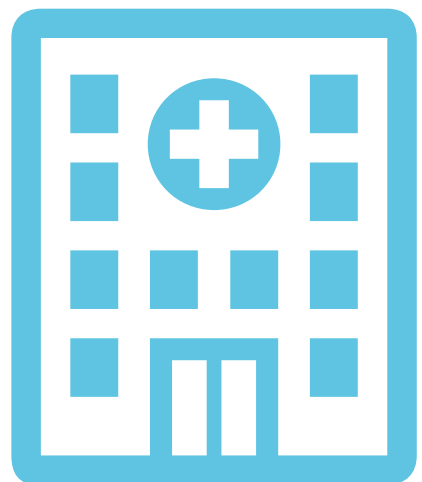


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V

Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen
und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1
Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)

Anlage 14: Zugriffsberechtigungskonzept



Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung und Geltungsbereich	3
2. Zuweisung und Entzug von Berechtigungen sowie deren regelmäßige Überprüfung.....	3
3. Rollenbeschreibung	4
3.1. Medizinischer Dienst Bund	4
3.2. Medizinische Dienste der Länder.....	4
3.3. Landesbehörden für Krankenhausplanung	4
3.4. Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	5
3.5. Verband der Privaten Krankenversicherung und seine Landesausschüsse.....	6
3.6. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).....	6
3.7. Krankenhäuser (<i>in Vorbereitung</i>)	6
4. Zugriffsmatrix.....	7

1. Vorbemerkung und Geltungsbereich

Das vorliegende Berechtigungskonzept soll die Vertraulichkeit und Integrität der verarbeiteten Daten gewährleisten. Dieses Konzept soll sicherstellen, dass lediglich befugte Institutionen Zugriff auf die Daten der Datenbank nach § 283 Absatz 5 SGB V erhalten. Jeder dieser Zugriffe sowie die zu dieser Sicherstellung notwendigen Hilfsmittel werden schriftlich dokumentiert und somit nachweisbar gemacht. Unbefugte Zugriffe werden somit sofort erkannt und nachhaltig verhindert. Dieses Konzept gilt für alle Nutzenden der Datenbank nach § 283 Absatz 5 SGB V.

2. Zuweisung und Entzug von Berechtigungen sowie deren regelmäßige Überprüfung

Es werden Verfahren für die Überprüfung der Identitäten bei Erstzugriff, für die Neuanlage einer Identität und den Umgang mit wegfallenden Identitäten erstellt.

Die Zugriffsliste, die gebildeten Identitäten und ggf. die komplexe Rollenvergabe werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin geprüft.

3. Rollenbeschreibung

3.1. Medizinischer Dienst Bund

Der Medizinische Dienst Bund übernimmt die zentralisierte Verwaltung, Pflege und Bereitstellung der Datenbank und ist für die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben aus § 283 Absatz 5 SGB V verantwortlich.

Der Zugriff auf das System durch den MD Bund umfasst:

- die Verwaltung der Datenbank und der Nutzerrechte (administrative Berechtigungen),
- Sicherstellung der Datenintegrität und Compliance mit gesetzlichen Vorgaben,
- Koordination mit externen Partnern zur Nutzung der Datenbank.

3.2. Medizinische Dienste der Länder

Die 15 Medizinischen Dienste der Länder führen die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V nach Beauftragung durch. Sie stehen in Kontakt mit den beteiligten Akteuren und sind Empfänger der gesetzlich vorgeschriebenen Mitteilungen der Krankenhäuser.

Der Zugriff der Medizinischen Dienste der Länder umfasst:

- Eingabe und Übermittlung von Prüfergebnissen (Gutachten) und den weiteren Inhalten (§ 23 LOPS-RL) an die Ergebnisdatenbank (schreibend)
- Korrektur und Ergänzung bestehender Prüfdaten (schreibend, ändernd)
- die jeweils von ihm übermittelten und selbst erstellten Datensätze (lesend)

3.3. Landesbehörden für Krankenhausplanung

Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können zugelassenen Krankenhäusern für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen (§ 6a Absatz 1 KHG). In diesem Zusammenhang beauftragen sie den jeweils zuständigen Medizinischen Dienst mit der Prüfung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen.

Die Landesbehörden für Krankenhausplanung erhalten lesenden Zugriff auf folgende Inhalte:

- Prüfergebnis (Gutachten) des Medizinischen Dienstes und Information über die Erfüllung oder Nichterfüllung der geprüften Qualitätskriterien von Leistungsgruppen, einschließlich der dazugehörigen Erläuterungen (§ 275a Absatz 4 Satz 1 SGB V)
- Mitteilungen der Krankenhäuser über die Nichterfüllung von Qualitätskriterien von Leistungsgruppen (§ 275a Absatz 4 Satz 2 SGB V)
- Feststellung durch den zuständigen Medizinischen Dienst, dass das Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht, dass es Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe über einen Zeitraum von mehr als einen Monat nicht mehr einhält, nicht rechtzeitig nachgekommen ist (§ 275a Absatz 4 Satz 4 SGB V).

3.4. Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern für einen Krankenhausstandort einen Versorgungsvertrag abschließen (§ 108 Nr. 3 i. V. m. § 109 SGB V). Im Zusammenhang mit dem Abschluss eines solchen Versorgungsvertrages haben Krankenhäuser den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nachzuweisen, wenn in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen. Dafür beauftragen die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen den jeweils zuständigen Medizinischen Dienst mit der Prüfung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen.

Beabsichtigt die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuzuweisen, obwohl das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, so kann sie dies im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen tun (§ 6a Absatz 4 Satz 1 KHG).

Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen erhalten lesenden Zugriff auf folgende Inhalte:

- Prüfergebnis (Gutachten) des Medizinischen Dienstes und Information über die Erfüllung oder Nichterfüllung der geprüften Qualitätskriterien von Leistungsgruppen, einschließlich der dazugehörigen Erläuterungen (§ 275a Absatz 4 Satz 1 SGB V)
- Mitteilungen der Krankenhäuser über die Nichterfüllung von Qualitätskriterien von Leistungsgruppen (§ 275a Absatz 4 Satz 2 SGB V)
- Feststellung durch den zuständigen Medizinischen Dienst, dass das Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht, dass es Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe über einen Zeitraum von mehr als einen Monat nicht mehr einhält, nicht rechtzeitig nachgekommen ist (§ 275a Absatz 4 Satz 4 SGB V)
- bei Erfüllung der Strukturmerkmale die Bescheinigung nach § 275a Absatz 6 Satz 3 SGB V
- die Mitteilung des Krankenhauses über die Nichterfüllung eines Strukturmerkmals, dessen Erfüllung zuvor in einer OPS-Strukturprüfung festgestellt wurde nach § 275a Absatz 6 Satz 5 SGB V
- die Information, dass einem Krankenhaus nach einer Anzeige im Sinne des § 275a Absatz 7 Satz 1 oder 2 SGB V keine Bescheinigung über die Erfüllung der OPS-Strukturmerkmale ausgestellt wurde, wodurch das Krankenhaus von einer entsprechenden Mitteilung nach § 275a Absatz 7 Satz 3 SGB V absehen kann.

3.5. Verband der Privaten Krankenversicherung und seine Landesausschüsse

Der Verband der Privaten Krankenversicherung erhält lesenden Zugriff auf:

- die Information, dass einem Krankenhaus nach einer Anzeige im Sinne des § 275a Absatz 7 Satz 1 oder 2 SGB V keine Bescheinigung über die Erfüllung der OPS-Strukturmerkmale ausgestellt wurde, wodurch das Krankenhaus von einer entsprechenden Mitteilung nach § 275a Absatz 7 Satz 3 SGB V absehen kann.

Die Landesausschüsse des Verbandes der Privaten Krankenversicherung erhalten lesenden Zugriff auf:

- die Mitteilung des Krankenhauses über die Nichterfüllung eines Strukturmerkmals, dessen Erfüllung zuvor in einer OPS-Strukturprüfung festgestellt wurde nach § 275a Absatz 6 Satz 5 SGB V

3.6. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

Das IQTIG nutzt die Ergebnisdatenbank zur Generierung von Daten für den Bundesklinikatlas und hat lesenden Zugriff auf:

- Prüfergebnis und Information zur Erfüllung oder Nichterfüllung der geprüften Qualitätskriterien von Leistungsgruppen, einschließlich der dazugehörigen Erläuterungen
- Mitteilungen der Krankenhäuser über Nichterfüllung von Qualitätskriterien von Leistungsgruppen (§ 275a Absatz 4 Satz 2 SGB V)
- Feststellung durch den zuständigen Medizinischen Dienst, dass das Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht, dass es Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe über einen Zeitraum von mehr als einen Monat nicht mehr einhält, nicht rechtzeitig nachgekommen ist (§ 275a Absatz 4 Satz 4 SGB V).

3.7. Krankenhäuser (*in Vorbereitung*)

Ein Zugriff für Krankenhäuser auf die sie betreffenden Daten ist perspektivisch vorgesehen. Um dies möglichst benutzerfreundlich für alle Krankenhäuser sicherstellen zu können, ist vorher die Implementierung einer Weboberfläche vorgesehen.

4. Zugriffsmatrix

	Rolle	Berechtigung	Zweck	Datenebene
1	MD Bund	Administration	Verwaltung	Administration
2	MD der Länder	Übermittlung, Speichern, Auslesen, Abfragen,	Datenübermittlung, Analyse eigener Daten	Eigene Prüfergebnisse, Mitteilungen (alle Bereiche)
3	Landesbehörden für Krankenhausplanung	Auslesen, Abfragen	Krankenhausplanung	Zulässige (regional) aggregierte Prüfergebnisse, Mitteilungen, Feststellungen Leistungsgruppenprüfungen
4	Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	Auslesen, Abfragen	Versorgungsverträge, Benennungsherstellung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 KHG, Krankenhausabrechnung	Zulässige (regional) aggregierte Prüfergebnisse, Mitteilungen, Feststellungen Leistungsgruppenprüfungen; Zulässige (regional) aggregierte Prüfergebnisse, Mitteilungen über Nichterfüllung, Information Nichtausstellung Bescheinigung nach Anzeige OPS-Strukturprüfungen
5	Verband der Privaten Krankenversicherung	Auslesen, Abfragen	Krankenhausabrechnung	Aggregierte Information Nichtausstellung Bescheinigung nach Anzeige OPS-Strukturprüfungen
6	Landesausschüsse des Verbandes der Privaten Krankenversicherung	Auslesen, Abfragen	Krankenhausabrechnung	Zulässige (regional) aggregierte Mitteilungen über Nichterfüllung OPS-Strukturprüfungen
7	IQTIG	Auslesen, Abfragen	Bundes-Klinik-Atlas	Zulässige aggregierte Prüfergebnisse, Mitteilungen, Feststellungen Leistungsgruppenprüfungen
8	Krankenhäuser	<in Vorbereitung>		

Begriffserläuterungen:

Auslesen: Es können Daten über vorgefertigte Standardabfragen ausgelesen werden.

Abfragen: Es können im Rahmen der Zugriffsrechte individuelle Datenabfragen durchgeführt werden.