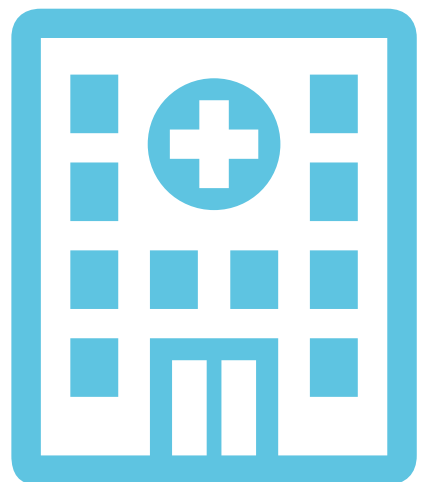


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V

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.....	6
3.6. Beauftragte Stelle nach § 135d Absatz 2 Satz 1 SGB V	6
3.7. Krankenhäuser	6
4. Bereitstellung personen- und einrichtungsbezogener Daten	7
5. Zugriffsmatrix.....	8

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
- die Nutzung der Daten im Rahmen seines Berichtswesens

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
- die Information über die Aufhebung des Bescheides durch den Medizinischen Dienst (§ 275a Absatz 6 Satz 6 SGB V)

3.5. Verband der Privaten Krankenversicherung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung erhält lesenden Zugriff auf:

- 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)
- 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 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
- bei Erfüllung der Strukturmerkmale die Bescheinigung nach § 275a Absatz 6 Satz 3 SGB V
- die Information über die Aufhebung des Bescheides durch den Medizinischen Dienst (§ 275a Absatz 6 Satz 6 SGB V)

3.6. Beauftragte Stelle nach § 135d Absatz 2 Satz 1 SGB V

Die nach § 135d Absatz 2 Satz 1 SGB V beauftragte Stelle nutzt die Ergebnisdatenbank zur Generierung von Daten für das Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung nach § 135d Absatz 1 Satz 1 SGB V 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

Mit Bereitstellung einer Weboberfläche können Krankenhäuser Einsicht in die zu ihren Standorten übermittelten Daten nach § 22 Absatz 2 und 3 nehmen.

4. Bereitstellung personen- und einrichtungsbezogener Daten

Die Verarbeitung von personen- und einrichtungsbezogenen Daten, im Folgenden „datenschutzrelevante Informationen“, in der Datenbank ist vorgesehen, sofern die Erforderlichkeit in § 26 Absatz 6 festgestellt wurde.

Bei der Übermittlung der datenschutzrelevanten Informationen durch den Medizinischen Dienst an die Datenbank erfolgt eine Differenzierung zwischen Informationen, die der beauftragenden Stelle und dem Krankenhaus bzw. Informationen, die ausschließlich dem Krankenhaus zugänglich gemacht werden dürfen.

Die Datenbank prüft vor der Bereitstellung von Einzeldatensätzen bei Nutzenden mit den Rollen „Landesbehörden für Krankenhausplanung“ oder „Landesverbände der Krankenkassen“ neben dem regionalen Zuständigkeitsbereich auch, ob es sich um die beauftragende Stelle handelt. In diesen Fällen wird der entsprechende Teil der datenschutzrelevanten Informationen im Datensatz ausgegeben.

5. Zugriffsmatrix

	Rolle	Berechtigung	Zweck	Datenebene
1	MD Bund	Administration, Auslesen, Abfragen	Verwaltung, Berichtswesen	Administration, Prüfergebnisse, Mitteilungen (alle Bereiche)
2	MD der Länder	Übermittlung, Speichern, Auslesen, Abfragen,	Datenübermitt- lung, Analyse eigener Daten	Eigene Prüfergebnisse, Mitteilungen (alle Bereiche)
3	Landesbehörden für Krankenhausplanung	Auslesen, Abfragen	Krankenhaus- planung	Zulässige (regional) aggregierte Prüfergebnisse, Mitteilungen, Feststellungen Leistungsgruppen- prüfungen
4	Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	Auslesen, Abfragen	Versorgungsver- träge, Beneh- mensherstel- lung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 KHG, Kranken- hausabrechnung	Zulässige (regional) aggregierte Prüfergebnisse, Mitteilungen, Feststellungen Leistungsgruppen- prüfungen; Zulässige (regional) aggregierte Prüfergebnisse, Mitteilungen über Nichterfüllung, Information Nichtausstellung Bescheinigung nach Anzeige, Information über Aufhebung Bescheid OPS-Struk- turprüfungen
5	Verband der Privaten Krankenversicherung	Auslesen, Abfragen	Krankenhaus- abrechnung	Aggregierte Feststellungen Leistungsgruppen- prüfungen; Aggregierte Mitteilungen über Nicht- erfüllung, Information Nichtausstellung Beschei- nigung nach Anzeige, Information über Aufhebung Bescheid OPS-Strukturprüfungen
6	Beauftragte Stelle nach §135d Absatz 2 Satz 1 SGB V	Auslesen, Abfragen	Transparenz- verzeichnis zur Krankenhaus- behandlung	Zulässige aggregierte Prüfergebnisse, Mitteilun- gen, Feststellungen Leistungsgruppenprüfungen
7	Krankenhäuser	Auslesen	Information	Mit Bereitstellung der Weboberfläche: Standort- bezogene, eigene Prüfergebnisse, Mitteilungen, Informationen, Feststellungen Leistungsgruppen- prüfungen und OPS-Strukturprüfungen

Begriffserläuterungen:

Auslesen: Es können Daten über vorgefertigte Standardabfragen ausgelesen werden.

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