

## **Positionspapier**

### **Datenträgeraustausch (DTA) nach § 105 SGB XI und § 302 SGB V**

#### **A. Zusammenfassung**

##### **FINSOZ e.V. fordert Reform des Datenträgeraustauschs**

Der Datenträgeraustausch (DTA) für Leistungen nach SGB V und XI wurde vor fast 20 Jahren gesetzlich verankert, um Bürokratiekosten in der Pflege zu senken. Dieses Ziel wurde bis heute nicht erreicht. Der DTA in seiner bisherigen Form ist hochgradig ineffizient, fehleranfällig und basiert auf einer mittlerweile stark veralteten Technologie. Es existieren zudem keine geeigneten organisatorischen Strukturen, die eine reibungslose und kostengünstige Abwicklung sicherstellen. Sonderregelungen einer Vielzahl von Kranken- und Pflegekassen ohne entsprechende gesetzliche Grundlagen errichten zusätzliche bürokratische Hürden.

In der Summe wird ein immenser Aufwand verursacht, der die Gemeinschaft der Versicherten nach Berechnungen von FINSOZ e.V. jährlich mindestens zweistellige Millionenbeträge kostet. Allein die aus Sicht des Verbandes nicht notwendige Doppelübermittlung von elektronischen Daten und Papierdokumenten verursacht Kosten von über 20 Millionen Euro pro Jahr. Diese Beträge werden der Pflege alter und kranker Menschen entzogen. Zudem trägt der mit diesem Verfahren verbundene Papierverbrauch von ca. 200 Tonnen pro Jahr nicht zur Schonung der natürlichen Ressourcen bei.

Der Fachverband Informationstechnologie in Sozialwirtschaft und Sozialverwaltung FINSOZ e.V. fordert daher eine grundlegende organisatorische und technische Revision dieses Verfahrens und bietet seine Expertise hierzu an. Mitglieder von FINSOZ e.V. sind gleichermaßen Leistungserbringer, Anbieter von Software für Pflegeeinrichtungen, Abrechnungsdienstleister und wissenschaftliche Institute.

## B. Problembeschreibungen und Lösungsvorschläge

### 1. Doppelübermittlung von Informationen auf Papierform und als Daten

#### **Problem**

Die Übermittlung - sowohl gemäß § 105 SGB XI als auch § 302 SGB V - bereits mehrfach vorhandener Informationen von den Pflegeeinrichtungen an die einzelnen Kassen parallel in elektronischer Form und auf Papier verursacht auf beiden Seiten einen enormen Verwaltungsaufwand. Unterschiedliche Anforderungen der einzelnen Kassen, wie etwa verschiedene Inhalte der geforderten Begleitzettel oder die Reihenfolge der Sortierung, erhöhen den Aufwand zusätzlich.

Allein an dieser Stelle entstehen jährlich Kosten von über 20 Millionen Euro, die über die Kassenbeiträge bezahlt werden, ohne dass diese Summe der eigentlichen Patientenversorgung zu Gute kommt. Die Kosten setzen sich zusammen aus den Bürokratieaufwendungen für den DTA nach § 105 SGB XI und § 302 SGB V.

#### **DTA nach § 105 SGB XI:**

- a) Geht man laut Statistischem Bundesamt von gut 555.000<sup>1</sup> Patienten aus, die von Pflegediensten ambulant betreut werden, und legt man durchschnittlich eine Abrechnung inklusive einem Leistungsnachweise pro Pflegebedürftigem und Monat zu Grunde, so entsteht einschließlich der Kopien<sup>2</sup> im Jahr ein Papierberg von 26,64 Mio. A4-Seiten. Die Kosten für diese Abrechnungsproduktion ergeben bei 10 Cent pro Seite insgesamt 2,6 Mio. Euro. Die Papiermenge ergibt bei 5 Gramm pro Blatt 133 Tonnen.
- b) Die geschätzten Porto-Kosten<sup>3</sup> bei 15 Krankenkassen<sup>4</sup>, mit denen ein Pflegedienst mindestens abrechnet, betragen beim Versand in Großkuverts für alle 12.000 Pflegedienste<sup>5</sup> in Deutschland pro Jahr 3,1 Mio. Euro.
- c) Rechnet man eine Arbeitszeit von nur 90 Minuten<sup>6</sup> pro Pflegedienst im Monat für das Handling des Papiers, so entsteht ein Stundenkontingent von 216.000

---

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt, 2009, S.7, (Stichtagsstatistik vom 15.12.2009)

<sup>2</sup> Pro Pflegebedürftigem werden mindestens 4 Blatt benötigt: Abrechnung und Leistungsnachweis plus jeweils eine Kopie

<sup>3</sup> Zu Grunde gelegt wird das Porto für ein Großkuvert: Kosten 1,45 Euro

<sup>4</sup> Exakte statistische Daten liegen hierzu nicht vor. Zugrunde gelegt wurde nach Einschätzung von Pflegeexperten des FINSOZ e.V. ein Durchschnittswert von 40 Patienten pro Pflegedienst, die nach SGB XI abgerechnet werden. Da die Patienten verschiedenen Kassen angehören, muss durchschnittlich mit ca. 15-20 Kassen abgerechnet werden. Bei kleinen Pflegediensten ist die Relation von Patienten zu Kassen ungünstiger als bei großen, da mit einer höheren Patientenanzahl die Wahrscheinlichkeit steigt, dass mehrerer Patienten der gleichen Kasse angehören.

<sup>5</sup> Statistisches Bundesamt, 2009, S.5

Stunden. Dies summiert sich bei einem durchschnittlichen Stundenlohn inkl. Nebenkosten von 18,5 Euro<sup>7</sup> auf einen jährlichen Betrag in Höhe von 3,9 Mio. Euro nur für diese Tätigkeit.

- d) Der personelle Aufwand auf Seiten der Kostenträgerseite dürfte mindestens ebenso hoch liegen, bleibt aber bei unserer Berechnung außer Acht.

Daraus ergibt sich für den SGB XI Bereich ein Gesamtbetrag von 9,8 Mio. Euro.

#### **DTA nach § 302 SGB V:**

- a) Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes geht man bei häuslicher Krankenpflege von 3,174 Mio. Leistungsfällen<sup>8</sup> und einer durchschnittlichen Betreuungszeit von 63 Tagen<sup>9</sup> aus. Somit fallen mindestens drei Monatsrechnungen<sup>10</sup> inklusive Leistungsnachweis pro Patient an. Bei vier Seiten pro Patient entsteht ein Papierberg von 12,7 Mio. A4-Seiten. Die Kosten für die Produktion liegen mit 10 Cent pro Seite bei 3,8 Mio. Euro. Die Papiermenge ergibt bei 5 Gramm pro Blatt 64 Tonnen.
- b) Die geschätzten Porto-Kosten<sup>11</sup> bei 15 Krankenkassen<sup>12</sup>, mit denen ein Pflegedienst mindestens abrechnet, betragen beim Versand in Großkuverts für jeden der 12.000 Pflegedienste in Deutschland betragen bei 3,1 Mio. Euro.
- c) Rechnet man auch hier eine Arbeitszeit von 90 Minuten pro Pflegedienst im Monat für das Handling des Papiers, so entsteht auch hier im Jahr ein Stundenkontingent von 216.000 Stunden. Dies summiert sich bei einem durchschnittlichen Stundenlohn inkl. Nebenkosten von 18,5 Euro<sup>13</sup> auf einen Betrag in Höhe von 5,4 Mio. Euro nur für diese Tätigkeit.
- d) Der personelle Aufwand auf Seiten der Kostenträgerseite dürfte mindestens ebenso hoch liegen, bleibt aber auch hier außer Acht.

---

<sup>6</sup> Zusätzlicher Zeitaufwand, der neben der Rechnungserstellung anfällt für das Ausdrucken und Zusammenstellen der Rechnungen und Leistungsnachweise nach Kassen plus Kuvertieren und Versenden.

<sup>7</sup> Konservativ angesetzter Arbeitgeber-Bruttolohn einer Verwaltungskraft in der Pflege. Die Eingruppierung erfolgt in die Entgeltgruppe E5, Stufe 2 = 2.151 Euro. Zudem fallen 27% Arbeitgeberanteil an = 2.602 Euro. Bei einer 40 Stundenwoche und 20 Arbeitstagen im Monat liegen der Berechnung 160 Arbeitsstunden pro Monat zu Grunde. Abzüglich von 2,5 Tagen Urlaub ergibt das eine Netto-Arbeitszeit von 140 Stunden. Damit liegt der durchschnittliche Lohn inkl. Lohnnebenkosten pro Stunde bei 18,5 Euro. Bei dieser Kalkulation wird kein Verwaltungsoverhead berücksichtigt.

<sup>8</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), Stand: 16.3.2012; Leistungsfall = Verordnung

<sup>9</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), Stand: 16.3.2012

<sup>10</sup> Da in der Praxis davon ausgegangen werden kann, dass die Betreuung in einem laufenden Monat beginnt, fällt bei durchschnittlich 63 Betreuungstagen mindestens eine Abrechnung für den angefangenen Monat plus zwei weitere Monatsrechnungen an.

<sup>11</sup> Zu Grunde gelegt wird das Porto für ein Großkuvert: Kosten 1,45 Euro

<sup>12</sup> Exakte statistische Daten liegen hierzu nicht vor. Zugrundegelegt wurde nach Einschätzung von Pflegeexperten des FINSOZ e.V. ein Durchschnittswert von 40 Patienten pro Pflegedienst, die nach SGB V abgerechnet werden. Da die Patienten verschiedenen Kassen angehören, muss durchschnittlich mit ca. 15-20 Kassen abgerechnet werden.

<sup>13</sup> Berechnungsmodus: s. oben

Daraus ergibt sich für den SGB V Bereich ein jährlicher Gesamtbetrag von mindestens 10,9 Mio. Euro.

### ***Lösungsvorschlag FINSOZ e.V.***

**FINSOZ e.V. fordert im Sinne der Kostensenkung und des Bürokratieabbaus im Gesundheitswesen sowie zur Schonung natürlicher Ressourcen eine bundesweite Abschaffung des Papierversandes von Leistungsnachweisen an die Kassen. Dieser wird künftig durch stichprobenartige bzw. anlassbezogene Kontrollen ersetzt. Ziel muss ein rein elektronisches Verfahren sein. Die 2010 geschlossene Ergänzungsvereinbarung DTA in Baden-Württemberg zur Abschaffung des Papierversandes im Bereich des §105 SGB XI wird als erster sinnvoller Schritt in diese Richtung begrüßt.**

## **2. Mangelnde Standardisierung der DTA-Inhalte**

### ***Problem***

Zwar existieren Technische Anlagen (TA) sowohl für den § 105 SGB XI (TA1 vom 23.11.2005) als auch §302 SGB V (TA Vers. 6 vom 01.01.2009), jedoch werden von den Kassen in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern oder über Sozialgerichtsurteile teilweise eigene Leistungssystematiken generiert, die von den gesetzlichen Vorgaben nicht gedeckt sind und nur über Umwege im technischen Format des DTA abbildbar sind. Bei weit über 150 Kassen in Deutschland und 16 Bundesländern entsteht so ein undurchschaubarer Dschungel an unterschiedlichen Systematiken. Die Übersichtlichkeit geht verloren, es kommt zu Übermittlungsfehlern und in deren Folge teils zur Zurückweisung ganzer Datensätze durch die Kassen, was bei den Pflegediensten wiederum zu nicht kalkulierbaren Verzögerungen beim Ausgleich der Rechnungen sowie in manchen Fällen zu existenzbedrohenden Liquiditätssengpässen führt.

Zwar behelfen sich die Software-Hersteller und Abrechnungsdienstleister mit umfangreichen Plausibilitätsprüfungen vor dem Abrechnungslauf, diese werden aber erheblich erschwert, weil die Regelungen der Kassen und das Verhalten der unterschiedlichen Datenannahmestellen der Kassen sehr unterschiedlich sind. Selbst bei identischer Software der Annahmestellen - etwa bei der AOK - wird sehr unterschiedlich geprüft: Was die eine Kasse problemlos annimmt, wird bei der anderen Kasse beanstandet.

Bei Vorkommnissen dieser Art gibt es keine neutrale Instanz, die über Verstöße gegen die bundeseinheitlichen Leistungskataloge bzw. die TA wacht oder verhindert,

dass Leistungssystematiken entwickelt werden, die nicht mit der Struktur des DTA kompatibel sind.

### ***Lösungsvorschlag FINSOZ e.V.***

Es wird eine neutrale Clearingstelle geschaffen, die bei Fehlern, die nicht ad hoc bilateral zwischen Leistungserbringern und Kassen lösbar sind, angerufen werden kann. Sie analysiert das Problem und erarbeitet eine Lösung, die für die Beteiligten bindende Wirkung entfaltet. Dies erstreckt sich sowohl auf Prüfungen der Struktur des Datensatzes als auch auf die fachlichen Inhalte wie Leistungspositionen und Abrechnungsmodalitäten.

Darüber hinaus werden die eingehenden Problemfälle bei der Clearingstelle systematisch analysiert. Daraus werden grundlegende Lösungen erarbeitet, die zur präventiven Vermeidung der Probleme dienen. In einem ersten Schritt sollten die durch die Annahmestellen durchgeführten Prüfungen offengelegt werden.

Das Pflege Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG, Art. 3 Nr. 18, § 132a SGB V) vom Sommer 2012 eröffnet erstmals auch für den Geltungsbereich des SGB V Verhandlungsmöglichkeiten der Leistungserbringer zu diesem Punkt. Diese sollten entsprechend genutzt werden.

**FINSOZ e.V. fordert die Einrichtung einer neutralen Clearingstelle, die geeignete, bundesweit standardisierte Verfahren wie etwa eine DTA-konforme Zertifizierung entwickelt, um diese Fehler künftig präventiv zu vermeiden. Darüber hinaus analysiert sie die nicht ad hoc lösbaren Fehler im DTA und erarbeitet für Leistungserbringer und Kranken- und Pflegekassen bindende Lösungen.**

### **3. Veraltete Datenformate, redundante Datenübermittlung und ineffiziente Korrekturverfahren**

#### ***Problem***

Die oben genannte Problematik hängt wesentlich auch damit zusammen, dass das im DTA verwendete Datenformat noch dem technologischen Stand der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts entspricht und sehr unflexibel strukturiert ist.

Es handelt sich um ein sequenzielles Einweg-Übermittlungsverfahren, das weder Fehlertoleranzen noch technische Standards und Prozesse zur Fehlerbehebung kennt. Fehlerkorrekturen erfolgen manuell außerhalb des elektronischen Verfahrens, was aufgrund dieser Medienbrüche einen immensen Arbeitsaufwand verursacht. Die geschilderte Problemstellung wird dadurch verdoppelt, als für den DTA nach § 105

SGB XI und nach § 302 SGB V unterschiedliche Formate und technische Anleitungen existieren.

Ebenso ist im Verfahren für den § 302 SGB V, das ursprünglich aus dem Hilfsmittelbereich stammt, die logische Einheit „Hausbesuch“ nicht bekannt. Sie stellt in der ambulanten Pflege jedoch eine wichtige organisatorische Einheit dar, um die sich ein großer Teil der gesamten Leistungslogik gruppiert.

Das Fehler-Rückmeldeverfahren bei Annahmeverweigerung erfolgt teilweise per E-Mail, insbesondere aber bei der AOK per Briefpost, was die Bearbeitung oft um eine Woche und mehr verzögert. Auch arbeiten die Datenannahmestellen der Kassen und die Kassen selbst bei notwendigen Korrekturläufen nicht immer reibungslos zusammen, was zusätzlichen Aufwand verursacht.

Im derzeitigen Verfahren werden ferner mit jeder Abrechnung eine große Menge an Daten übermittelt, die den Kassen längst vorliegen: Stammdaten der Patienten, der Ärzte usw. Jede zusätzliche Information steigert den Entwicklungsaufwand, das Datenvolumen und vor allem die Fehleranfälligkeit und -wahrscheinlichkeit und verstößt eklatant gegen das gesetzliche Gebot der Datensparsamkeit und Datenvermeidung nach § 3a BDSG.

Werden – wie von vielen Kassen gefordert – monatliche Sammelrechnungen übermittelt und enthält einer dieser Datensätze einen kleinen Fehler wie eine Zahlen- oder Buchstabendreher in den Stammdaten, so wird die komplette Sammelrechnung abgewiesen.

### ***Lösungsvorschlag FINSOZ e.V.***

Eine grundlegende Lösung dieses Problems ist nur mit einer vollständigen Modernisierung der technischen Formate erreichbar. Aufgrund der über 15-jährigen Verzögerung der vollständigen DTA-Einführung seitens mancher Kassen ist jedoch zu vermuten, dass deren technische Infrastrukturen für einen zeitnahen Technologiewechsel derzeit nicht gerüstet wären.

Als Interimslösung wäre es daher möglich, vorerst das bisherige Datenformat beizubehalten, aber deutlich zu verschlanken. Dies könnte in einem ersten Schritt auch dadurch realisiert werden, dass die redundant übermittelten Abschnitte des Datensatzes zunächst aus den Prüfverfahren herausgenommen und von Seiten der Pflegedienste mit Leerstellen gefüllt werden. Wenn sich diese Lösung bewährt, können die entsprechenden Abschnitte auch über eine neue Version der Technischen Anleitung aus der Datensatzstruktur entfernt werden. Zudem könnten etwa durch Einführung einer einfachen Prüfziffer bei den langen Genehmigungsnummern über 90% der Erfassungsfehler sofort erkannt und korrigiert werden.

Zur eindeutigen Identifikation eines Pflegedienstes oder Arztes genügt seine IK-Nummer, Patienten können eindeutig über die Versichertennummer identifiziert werden. Ist eine Verifizierung dieser Daten gewünscht, so genügt ein zweites Feld wie

etwa der Familienname oder eine Prüfziffer. Alle anderen Stammdaten können aus dem Datensatz entfernt werden.

Parallel müssen jedoch die Arbeiten für eine Umstellung des DTA auf eine zeitgemäße Technologie begonnen werden, um die Prozesse zwischen Kassen und Leistungserbringern zum Nutzen aller zu verschlanken. Die neuen Techniken dürfen nicht wie bisher proprietärer Natur sein, sondern müssen auf den ausgereiften, weltweit genutzten Standard-Web- und Verschlüsselungstechnologien sowie Datenformaten wie etwa XML basieren. Diese ermöglichen eine deutlich komfortablere Übertragung, als dies bisher der Fall ist. Dabei kann auch eine interaktive Datenprüfung implementiert werden, die eine qualifizierte elektronische Rückmeldung über formale Fehler beinhaltet und direkt innerhalb der jeweils genutzten Software-Systeme bearbeitet werden kann. Technische und inhaltliche Standards hierfür müssten unter Leitung der oben benannten Clearingstelle erarbeitet werden.

In diesem Zuge müssen auch die bislang unterschiedlichen Formate und Technischen Anleitungen des DTA nach § 105 SGB XI und nach § 302 SGB V vereinheitlicht werden. Technische Lösungen für (teil-)automatisierte Fehlerkorrekturverfahren sind in der IT bereits seit den 70er Jahren bekannt. Auch in anderen Bereichen – wie etwa der Übermittlung von Personaldaten an die Krankenkassen – sind funktionierende Verfahren dieser Art längst Standard.

Als Abrechnungseinheit muss künftig die einzelne Patientenrechnung, nicht die Sammelrechnung gelten. Nur die tatsächlich fehlerhaften Patientenrechnungen dürfen zurückgewiesen werden, nicht jedoch die gesamte Sammelrechnung. Eine Neuübermittlung fehlerhafter Rechnungen kann beispielsweise über eine Versionsnummer problemlos gesteuert werden.

**FINSOZ e.V. fordert die Verschlinkung des DTA durch Beendigung der zigtausendfachen Neuübermittlung bereits vorliegender Daten. Das bisherige Verfahren verstößt eklatant gegen die geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes der Datensparsamkeit und Datenvermeidung (§ 3a BDSG). Darüber hinaus wird der Ersatz des technisch stark veralteten Verfahrens durch Datenformate und Verschlüsselungsverfahren auf dem heutigen Stand der Technik gefordert, die die Prozesse deutlich verschlanken, eine intelligente und schnelle Korrekturverfahren ermöglichen und damit die Kosten und Risiken auf Seiten aller Beteiligten erheblich senken.**

#### **4. Kassenspezifische Sonderregelungen für die Einreichung von Daten**

### **Problem**

Es existiert keine einheitliche Regelung, wann und in welchen Mengeneinheiten Rechnungen bei den Kassen eingereicht werden können. Die Folge sind willkürliche Regelungen wie etwa, dass im Monat nur ein Abrechnungslauf möglich ist und bei einem Fehler, der zur Zurückweisung der gesamten Monatsabrechnung führt.

### **Lösungsvorschlag FINSOZ e.V.**

Es ist eine bundeseinheitliche Regelung notwendig, die festschreibt, dass jeder Patient einzeln abgerechnet werden kann, die Patientenrechnung stellt somit im DTA durchgängig die kleinste Kommunikationseinheit dar.

Ferner bedarf es einer Regelung, dass nicht mehr sämtliche korrekt eingereichten Daten zurückgewiesen werden dürfen, wenn sich in einem Datensatz ein Fehler befindet. Hier soll nur die Zurückweisung der betreffenden Einzeldatensätze gestattet sein. Dies ist von der oben genannten Clearingstelle zu überwachen.

**FINSOZ e.V. fordert einen bundesweit einheitlichen, flexiblen Abrechnungsmodus, bei dem Leistungsabrechnungen für jeden Patienten einzeln elektronisch eingereicht werden können. Bei Fehlern in einem Sammeldatensatz dürfen künftig nur die fehlerhaften Einzeldatensätze zurückgewiesen werden, nicht jedoch die Gesamtabrechnung.**

## **5. Verordnungs- und Genehmigungsverfahren nach SGB V**

### **Problem**

Bei der Konstruktion des DTA wurde das Verordnungs- und Genehmigungsverfahren nicht mit einbezogen. Dieses Verfahren, an dem neben Kassen und Leistungserbringern auch die Ärzte und Versicherten beteiligt sind, verursacht einen Zeit- und Kostenaufwand, der noch weit über den Aufwand mit DTA und Leistungsabrechnung hinausreicht. In ein neu zu konzipierendes DTA-Verfahren sollte das Verordnungs- und Genehmigungsverfahren daher dringend mit einbezogen werden.

Im derzeitigen DTA werden die Verordnungsdaten vollständig mit den Leistungsabrechnungen übermittelt, obwohl sie bereits im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bei den Kassen komplett vorliegen. Diese Redundanz erzeugt eine weitere unnötige Fehlerquelle.

### **Lösungsvorschlag FINSOZ e.V.**

Als kurz- bis mittelfristig realisierbare Vereinfachung kann auf die fehleranfällige Übermittlung der bereits bei den Kassen vorhandenen Verordnungsdaten im DTA verzichtet werden (s.o.). Ebenso kann auf das manuelle Übersenden von Verord-



nungen mit den Leistungsnachweisen verzichtet werden. Auch diese liegen den Kassen bereits vor.

Ein auf moderner technologischer Basis und Standardformaten basierender neuer DTA sollte das Verordnungs- und Genehmigungsverfahren inkludieren und damit nahezu sämtliche Medienbrüche und Ineffizienzen bei den Geschäftsprozessen unter den beteiligten Partnern beseitigen.

FINSOZ e.V. ist bereit, über die bereits bestehenden Kontakte mit dem Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) e.V. eine solche Abstimmung vorzunehmen. Dieser Verband vertritt die Mehrzahl der Hersteller von Software-Systemen für niedergelassene Ärzte.

**FINSOZ e.V. fordert, dass bei der Neugestaltung des DTA das zeit- und kostenintensive Verordnungs- und Genehmigungsverfahren konzeptionell einbezogen und ohne Medienbrüche elektronisch abgebildet wird. Dadurch lassen sich weitere Kosten in Millionenhöhe einsparen.**

**Erhebliche Ersparnisse sind kurzfristig durch den Verzicht einer redundanten Übermittlung von Verordnungsdaten sowie Papierbelegen möglich.**

## **6. Information und Kommunikation**

### ***Problem***

Zur reibungslosen Abwicklung des DTA benötigen die Versender der Datensätze eine Reihe grundlegender Informationen über die Kassen und ihrer Datenannahmestellen. Es existiert derzeit jedoch kein verlässlicher bundeseinheitlicher Kassenkatalog, die bereitgestellten Kostenträgerdateien sind veraltet und die Datenqualität lässt deutlich zu wünschen übrig. Es existiert keine Möglichkeit, bekannte Fehler korrigieren zu lassen. Auch bei fehlerhaften Daten der Kostenträgerdateien, die die Kassen ausnahmslos selbst zu verantworten haben, werden den Pflegediensten bei Nichteinsendung elektronischer Rechnungen 5% des Rechnungsbetrages abgezogen. Um eine reibungslose Abrechnung zu gewährleisten müssen Software-Anbieter, Abrechnungsdienstleister und Leistungserbringer oft aufwändig telefonisch die aktuellen Daten recherchieren und manuell in ihre Systeme einpflegen.

### ***Lösungsvorschlag FINSOZ e.V.***

Die oben erwähnte Clearingstelle stellt alle notwendigen Basisdaten wie Institutionskennzeichen der Kassen und ihrer Datenannahmestellen oder Positionsnummernverzeichnisse tagesaktuell und in bester Qualität so bereit, dass sie ähnlich wie beim ELSTER-Verfahren als automatische Updates in die Software der Leistungserbringer übernommen werden können.

Ein derartiges Verzeichnis existiert bereits unter Federführung der ITSG für die Übermittlung von Personaldaten an die Kassen und erleichtert die Arbeit dort erheblich.

## **7. Probe- und Echtdaten-Übermittlung**

### ***Problem***

Vor dem Senden von Echtdaten müssen von jedem Pflegedienst an jede Annahmestelle Erprobungsdaten gesendet werden. Das erfolgt solange, bis eine entsprechende Erlaubnis zur Echtdatensendung erteilt wird. Bis dahin ist zusätzlich zum Leistungsnachweis auch eine Rechnung in Papierform einzureichen, was entsprechende Mehraufwände generiert. Dies wird jedoch zwischen den Kassen sehr unterschiedlich gehandhabt. Die Dauer der Erprobungsphase erstreckt sich in der Praxis zwischen einer Minute und mehreren Jahren.

Diese Vorgehensweise ist nicht sinnvoll, da für jede Kasse einzeln verwaltet werden muss, ob Erprobungs- oder Echtdaten gesendet werden müssen, oder ob die Annahme noch verweigert wird. Es gibt keine Aufstellung über die Kassen, die heute Daten elektronisch annehmen. Der Versuch seitens der Anbieter, eine entsprechende Liste nur für das Bundesland Bayern auf die Website [dta-hilfe.de](http://dta-hilfe.de) zu veröffentlichen, ist an der Meldeunwilligkeit der Kassen gescheitert.

### ***Lösungsvorschlag FINSOZ e.V.***

Das Probeverfahren muss zeitlich eng limitiert werden. Technisch ist der DTA von den Leistungserbringern bzw. deren Softwarelieferanten bereits seit vielen Jahren umgesetzt. Konkrete Schwierigkeiten mit den Dateninhalten werden in der Regel bei der ersten Datenübermittlung entdeckt und schnell behoben. Sie unterscheiden sich in ihrer Art nicht grundlegend von Schwierigkeiten, die auch sonst im laufenden Betrieb entstehen. Sie können durch ein effizientes Fehlerkorrekturverfahren (s.o.) problemlos bearbeitet werden.

Im Personal- und Lohnbereich gibt es ein Verfahren, das hier übernommen werden könnte. Voraussetzung hierfür wäre jedoch eine klare, bundeseinheitliche Struktur des Leistungskataloges.

## **8. Verschlüsselungsverfahren**

### ***Problem***

Zur vorgeschriebenen Verschlüsselung der zu übermittelnden Daten nach §302 SGB V muss ein spezielles softwaretechnisches Verfahren genutzt werden. Hierfür ent-

stehen zusätzliche Lizenz-, Wartungs- sowie Administrationskosten. Zu den Standardformaten, die die meisten E-Mail Programme beherrschen, ist dieses Verfahren nicht kompatibel. Weiterhin ist das Verfahren weder netzwerkfähig noch ist es für gängige Terminal-Servier-Umgebungen geeignet. Somit ist es in eine aktuelle IT-Infrastruktur insbesondere bei größeren Trägern nur mit erheblichem Zusatzaufwand implementierbar.

Darüber hinaus ist das Verfahren nur unter Betriebssystemen der Firma Microsoft einsetzbar. Anwender anderer Betriebssysteme werden daher vom Datenaustausch nach §302 SGB V ausgeschlossen.

Teilnehmer am Datenaustausch nach §302 SGB V sind gezwungen, ein Zertifikat nach X509 beim Trustcenter der ITSG zu erwerben. X509-Zertifikate anderer Trustcenter sind ausgeschlossen weil sie in dem Programm der ITSG nicht benutzbar sind. Umgekehrt sind X509-Zertifikate vom Trustcenter der ITSG in Standard-E-Mail-Programmen nicht verwendbar. Auch hier entstehen unnötige Kosten durch den mehrfachen Erwerb und die Verwaltung technisch sowie rechtlich fast gleicher Zertifikate.

### ***Lösungsvorschlag FINSOZ e.V.***

Das proprietäre, technisch vielfach inkompatible bisherige Verfahren wird künftig durch eine allgemein verfügbare Standard-Verschlüsselungstechnologie ersetzt. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) empfiehlt zur Verschlüsselung von E-Mails den Standard „S/MIME“ anzuwenden. Diesen Verschlüsselungsstandard beherrschen die meisten E-Mail-Programme. Er wird seit geraumer Zeit erfolgreich im E-Mail Verkehr deutscher Behörden untereinander und auch mit den Bürgern eingesetzt.

Hierfür muss keine separate Infrastruktur geschaffen werden, die bereits existierenden Strukturen können genutzt werden. Diese besteht aus diversen Trustcentern zur Zertifizierung der Schlüssel. Zusätzlich kann aus vielen Programmen dasjenige ausgewählt werden, welches am besten in die Individuelle IT-Umgebung der Beteiligten passt. Die Festlegung auf Microsoft Einzelplatzlösungen entfällt.

Neben dem S/MIME-Verfahren wäre auch eine Datenübermittlung mit https und ssl denkbar.

***FINSOZ e.V. fordert die Ersetzung des bisherigen proprietären Verschlüsselungsverfahrens durch ein allgemein verfügbares, vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) empfohlenes Standardverfahren. Bei gleichem Niveau der Datensicherheit können dadurch auf Seiten der Leistungserbringer teils erhebliche Lizenz- und Administrationskosten gespart werden.***

## C. Zeitliche Perspektiven

Aufgrund der Komplexität der rechtlichen, organisatorischen und technischen Aspekte des Datenträgeraustausches können die in diesem Positionspapier genannten Lösungsvorschläge nur mit unterschiedlichen zeitlichen Perspektiven angegangen und umgesetzt werden.

**Folgende Maßnahmen sind relativ kurzfristig binnen etwa 1-2 Jahren realisierbar:**

- Bundesweite Abschaffung des Papierversandes von Leistungsnachweisen an die Kassen im Bereich des SGB XI
- Verzicht auf die manuelle Übersenden von Verordnungen mit den Leistungsnachweisen im Bereich des SGB V
- Beseitigung von Redundanzen und nicht datenschutzkonformen Datenübermittlungen im derzeitigen DTA-Verfahren durch Füllung der entsprechenden Sequenzen mit Leerstellen
- Verzicht auf die Übermittlung der bereits bei den Kassen vorhandenen Verordnungsdaten (SGB V) im DTA
- Regelung, dass nicht mehr sämtliche korrekt eingereichten Daten zurückgewiesen werden dürfen, wenn sich in einem Datensatz ein Fehler befindet
- Enge zeitliche Limitierung des Probetriebes zum DTA

**Folgende Maßnahmen sind in einer mittelfristigen Perspektive (2-3 Jahre) umsetzbar:**

- Einrichtung einer Clearingstelle zum DTA nach SGB V und XI
- Fehleranalyse und Erarbeitung einheitlicher, verbindlicher Lösungsvorschläge
- Verschlinkung des derzeitigen DTA-Verfahrens durch Wegfall der redundanten Sequenzen in einer überarbeiteten Version der technischen Anleitung
- Bereitstellung aller notwendigen Basisdaten wie Institutionskennzeichen der Kassen und ihrer Datenannahmestellen oder Positionsnummernverzeichnisse tagesaktuell und in bester Qualität durch die Clearingstelle
- Ersetzung des proprietären Verschlüsselungsverfahrens durch ein allgemein verfügbares und anerkanntes Verfahren
-

**Für folgende Maßnahmen ist eine längerfristige Planung und Umsetzung erforderlich:**

- Entwicklung bundesweit standardisierter Verfahren wie etwa eine DTA-konforme Zertifizierung zur präventiven Problemvermeidung
- Neuentwicklung der technischen Formate auf Basis aktueller Standard-Technologien mit bidirektionalem Fehlerkorrekturverfahren und der Möglichkeit zur Abrechnung einzelner Patienten
- Einbezug des Verordnungs- und Genehmigungsverfahrens nach SGB V in die Neuentwicklung

**Quellen:**

Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 3.Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste, Wiesbaden 2011

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Häusliche Krankenpflege, abrufbar unter: [https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=6610375&nummer=300&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=15051197](https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=6610375&nummer=300&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=15051197), Stand: 16.3.2012

## **C. Ansprechpartner und Kontakt**

### **FINSOZ e.V.**

Fachverband Informationstechnologie in Sozialwirtschaft und Sozialverwaltung

Albertinenstraße 20

13086 Berlin

Tel.: 030/96249-235

Fax: 030/96249-278

Mail: [info@finsoz.de](mailto:info@finsoz.de)

Web: [www.finsoz.de](http://www.finsoz.de)

Fachlicher Ansprechpartner:

Prof. Helmut Kreidenweis

Mitglied des Vorstandes

Tel. 0812/2620336

Mail: [helmut.kreidenweis@finsoz.de](mailto:helmut.kreidenweis@finsoz.de)