

Einführung der Gesundheitstelematik

eGK-Zielinfrastruktur für den Krankenhaussektor

Start-Szenario für den Basis-Rollout der eGK

Version 1.0 - Stand: 16. Oktober 2009

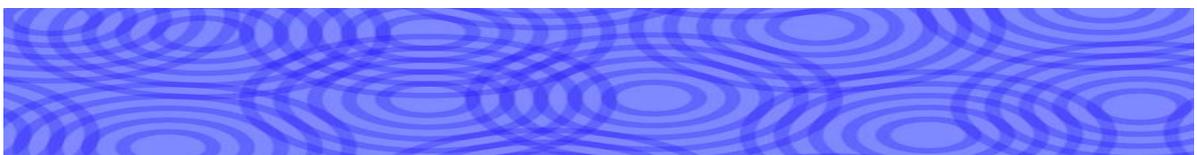
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Wegelystraße 3 10623 Berlin

Ansprechpartner:

Deutsche Krankenhausgesellschaft

IBM Global Business Services



Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	3
1.1	Ergebnisübersicht	3
1.2	Beschreibung des Dokumentenaufbaus	4
2	Fachliche Abläufe und Telematikinfrastruktur	5
2.1	Fachliche Abläufe	5
2.1.1	Stationäre Krankenhausbehandlung (elektive Aufnahme)	6
2.1.2	Stationäre Notfallbehandlung	9
2.1.3	Ambulante Behandlung in Krankenhausambulanzen	9
2.1.4	Ambulante Behandlung durch ermächtigte Ärzte	10
2.2	Migrationspfad der Telematik	10
3	Integrationsanforderungen	12
3.1	Integrationsanforderungen Start-Szenario	12
3.1.1	Organisatorische Integrationsanforderungen	14
3.1.2	Technische Integrationsanforderungen	16
3.1.3	Sicherheits- und Datenschutzerfordernisse	17
4	Architekturoptionen	18
5	Migrationsmaßnahmen im Start-Szenario	20
5.1	Zeitplan, Start der Anpassung	20
5.2	Beginn der Gültigkeit der eGK	20
5.3	Betroffene Komponenten im Start-Szenario	20
5.3.1	Betroffene Primärsysteme	20
5.3.2	Finanzierung der Primärsystemanpassung	21
5.3.3	Betroffene Kartenterminals	21
5.3.4	Finanzierung der eHealth-BCS-Kartenterminals	22
5.3.5	Drucker	22
5.4	Organisatorische Maßnahmen	23
5.4.1	Neue Verantwortlichkeiten	23
5.4.2	Aktualisierte Arbeitsanweisungen	23
5.4.3	Schulungsmaßnahmen	24
6	Ausblick	25
6.1	Zielstellung	25
6.2	Aktueller Stand und Ausblick	25
6.3	Planungsentwurf zur Integration	25
Anhang A Finanzierungsregelungen		29
A1	Finanzierungsvereinbarung vom 27.6.2008	29
A2	Ergänzungsvereinbarung für Notfallambulanzen	30
A3	Ergänzungsvereinbarung zur Höhe der Pauschalen	31
A4	Gemeinsame Empfehlung zur Umsetzung	32
Anhang B Berechnung Telematikzuschlag		33
Anhang C Checkpunkte für das Start-Szenario		35
	Checkpunkte Technik und Finanzierung	35
	Checkpunkte Organisation	36

1 Zusammenfassung

1.1 Ergebnisübersicht

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) wird beginnend mit dem Basis-Rollout der eGK ab Oktober 2009 schrittweise bundesweit an alle Versicherten ausgegeben und bei Inanspruchnahme von Leistungen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens genutzt werden. Mit dem Online Rollout in 2010/2011 folgt die Netzanbindung an die zentralen Komponenten der Telematikinfrastruktur und neben den Pflichtanwendungen (Versichertenstammdaten, Verwaltungsdaten) werden danach künftig auch die freiwilligen Anwendungen mit medizinischen Daten des Versicherten und Mehrwertdienste für die Einrichtungen nutzbar.

Die eGK-Zielinfrastruktur, muss für die Krankenhäuser

- die Nutzung der Anwendungen der Gesundheitskarte entsprechend der Rollout-Planung der gematik ermöglichen,
- die Anwendungsumgebungen der Krankenhäuser unterschiedlichster Größe und Struktur zukunftssicher an die Telematikinfrastruktur anbinden, so dass neue Anwendungen der Telematikinfrastruktur genutzt werden können und
- die Nutzung der vorhandenen IT- und Netzwerkinfrastruktur der Krankenhäuser für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur berücksichtigen.

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass alle Krankenhäuser weitgehend ähnliche Erfordernisse hinsichtlich der wesentlichen Integrationsanforderungen besitzen. Fragestellungen, wie die Berücksichtigung von Belegärzten, verschiedenen Abteilungen, Integration vorhandener Anwendungen und Subsystemen, etc. sind nahezu überall – unabhängig von der Größe der Krankenhäuser - vorhanden und erhöhen die Gesamtkomplexität der Lösung im Vergleich zu den anderen Sektoren. In der Umsetzung muss die Beantwortung der sich daraus ergebenden Fragestellungen individuell an die spezifischen Gegebenheiten angepasst werden.

Dieses Dokument berücksichtigt die stufenweise Einführung der Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur und orientiert sich an der Vorgehensweise, dem aktuellen Stand der Spezifikationen, belastbaren Festlegungen, zugelassener Produkte sowie den relevanten Meilensteinen der gematik. Es sollen jedoch auch - soweit möglich – weitere absehbare Entwicklungen einbezogen werden. Zudem ist unabhängig von den Unsicherheiten der aktuellen Festlegungen eine zukunftssichere, migrationsfähige eGK-Zielinfrastruktur der Krankenhäuser erforderlich.

Dies betrifft die Nutzung der Dienste (Aktualisierung Versichertenstammdaten, Pflichtanwendungen, freiwillige Anwendungen des Versicherten) der Telematikinfrastruktur in den Krankenhäusern in Verbindung mit Heilberufsausweisen (HBA) der Ärzte und Institutionsausweisen (SMC-B). Dabei liegt ein Schwerpunkt in der Identifikation von Lösungsansätzen zur Gewährleistung der arbeitsteiligen Prozessgestaltung in den Krankenhäusern. Die Anbindung der Telematikinfrastruktur darf nicht als rein technisches Vorhaben gesehen werden, vielmehr hat die Umsetzung insbesondere der freiwilligen Anwendungen künftig erhebliche Auswirkungen auf Organisation und Prozessgestaltung in den Krankenhäusern. Dies erfordert eine strategische Steuerung der Aktivitäten durch die Krankenhausleitung und ihre regelmäßige Einbeziehung in die Planung der Migration.

Das vorliegende Dokument soll die Entscheidungs- und Planungsprozesse in den Krankenhäusern unterstützen. Es wendet sich in erster Linie an die Leitung der Krankenhäuser und Verantwortliche für Organisation und Technik.

Die eGK-Zielinfrastruktur kann in 3 Szenarien betrachtet werden:

- Im **Start-Szenario** werden ausgewählte Arbeitsplätze zur Verarbeitung der Versichertenstammdaten der eGK ausgerüstet. Bei der weiteren Verarbeitung von Patientendaten ist die neue, eindeutige und lebenslang gültige Krankenversicherungsnummer verfügbar. Der Zeithorizont des Start-Szenarios reicht im Wesentlichen vom 4. Quartal 2009 bis in das 2. Quartal 2010. Dabei wird unterstellt, dass ein Moratorium im eGK-Projekt für das Start-Szenario, insbesondere die Ausgabe der eGK durch die Krankenkassen, keine Verzögerung bedingen wird.
- Im **Karten-Szenario** erfolgt in einer ersten Stufe (Online-Rollout) der Zugriff auf die Versichertenstammdaten mittels eines Konnektors. Die Netzanbindung der Krankenhäuser ermöglicht die Aktualisierung der Versichertenstammdaten und eine „Mehrwertkommunikation“. In der zweiten Stufe wird die Speicherung von Verordnungen für Arzneimittel in der Telematikinfrastruktur (VODD) und die Nutzung der Notfalldaten (NFD) auf der eGK ermöglicht.
- Im **Telematik-Szenario** erfolgt die Anbindung an weitere Fachdienste für freiwillige Anwendungen der Telematikinfrastruktur und für Mehrwertdienste.

Dieses Dokument beschränkt sich auf das Start-Szenario, das funktionell auf das Lesen der Versichertenstammdaten beschränkt ist. Die weiteren Szenarien werden in der Fortschreibung dieses Dokuments ergänzt.

1.2 Beschreibung des Dokumentenaufbaus

In Kapitel 2 wird der Einfluss der Telematikinfrastruktur auf ein fachliches Szenario im Krankenhaus erläutert. Das ausgewählte Szenario der stationären Aufnahme dient als generisches Fachszenario mit einem hohen Grad an Allgemeingültigkeit, um den Häusern die Adaption auf die eigenen Prozesse zu vereinfachen. Das Kapitel schließt mit einer Darstellung des aktuellen Planungsstandes der gematik.

In Kapitel 3 werden Integrationsanforderungen an die Krankenhäuser abgeleitet. Hier werden u.a. explizit die organisatorischen Integrationsanforderungen adressiert, die von den Häusern, neben den technischen Anforderungen aus der Einführung der eGK-Zielinfrastruktur bewältigt werden müssen.

Im Kapitel 4 werden die, sich aus der Adressierung der Integrationsanforderungen ergebenden Implikationen für die Architektur der eGK-Zielinfrastruktur im Krankenhaus erarbeitet. Dabei erfolgt in dieser Fassung des Dokuments eine Fokussierung auf die erste Rolloutphase (Einführung der elektronischen Gesundheitskarte im Offline-Betrieb, parallel zur auslaufenden Krankenversichertenkarte).

Kapitel 5, beinhaltet Handlungsempfehlungen und Checkpunkte zur Operationalisierung der erforderlichen Schritte.

2 Fachliche Abläufe und Telematikinfrastuktur

Ziel der nachfolgenden Ausführungen ist es, die Auswirkungen einer Integration der Telematikinfrastuktur in die fachlichen Abläufe des Krankenhauses im Rahmen des Rollouts der Telematikinfrastuktur aus fachlicher Sicht aufzuzeigen.

2.1 Fachliche Abläufe

Die fachlichen Abläufe im Krankenhaus weisen je nach Zugang des Versicherten Besonderheiten auf, die sich im Wesentlichen danach unterscheiden lassen, welche Leistungen der Versicherte konkret in Anspruch nimmt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass keine festen Grenzen bestehen, sondern vielfach Übergänge erfolgen, z.B. durch Wechsel von vollstationärer zu teilstationärer Krankenhausbehandlung (und umgekehrt), oder durch Übernahme eines ambulanten Notfalls in die stationäre (Notfall-) Versorgung. Hier sind zu betrachten:

- Inanspruchnahme stationärer Leistungen (vollstationär, teilstationär),
 - zeitlich geplante Inanspruchnahme,
 - ungeplante, durch Notfall veranlasste Inanspruchnahme,
- Inanspruchnahme ambulanter Leistungen des Krankenhauses,
 - Institutsambulanzen des Krankenhauses (insbesondere Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren),
 - ambulante Notfallbehandlung,
- Inanspruchnahme ambulanter Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte.

Grundsätzlich besteht bei diesen Inanspruchnahmen eine hohe Übereinstimmung bei den fachlichen Abläufen und den einzelnen Prozessschritten, wenn man die jeweilige Spezialität der medizinischen Behandlung außer Betracht lässt. Allgemein können zunächst für alle Patienten, die eine Behandlung im Krankenhaus in Anspruch nehmen, die nachfolgenden Prozessschritte betrachtet werden:

1. Veranlassung der Inanspruchnahme,
2. Administrative Aufnahme (Behandlungsvertrag),
3. Annahme medizinischer Daten,
4. Medizinische Aufnahme,
5. Medizinische Untersuchung und Behandlung,
6. Medizinische Entlassung,
7. Bereitstellung medizinischer Daten,
8. Administrative Entlassung,
9. Leistungsabrechnung,
10. Archivierung.

Diese Prozessschritte werden nachfolgend im Sinne eines Musterprozesses allgemein beschrieben und der *Bezug zur Telematik* kenntlich gemacht. Grundsätzlich

wird der Prozessablauf durch die Einführung der Telematik nicht geändert, jedoch werden bisherige organisatorische Abläufe durch elektronische Verfahrensschritte ersetzt oder ergänzt.

Im **Start-Szenario** sind vorrangig

- die administrative Aufnahme (2) mit der Übernahme der Versichertenstammdaten und
- die Leistungsabrechnung (9) mit der Verwendung der Versichertenstammdaten zu betrachten.

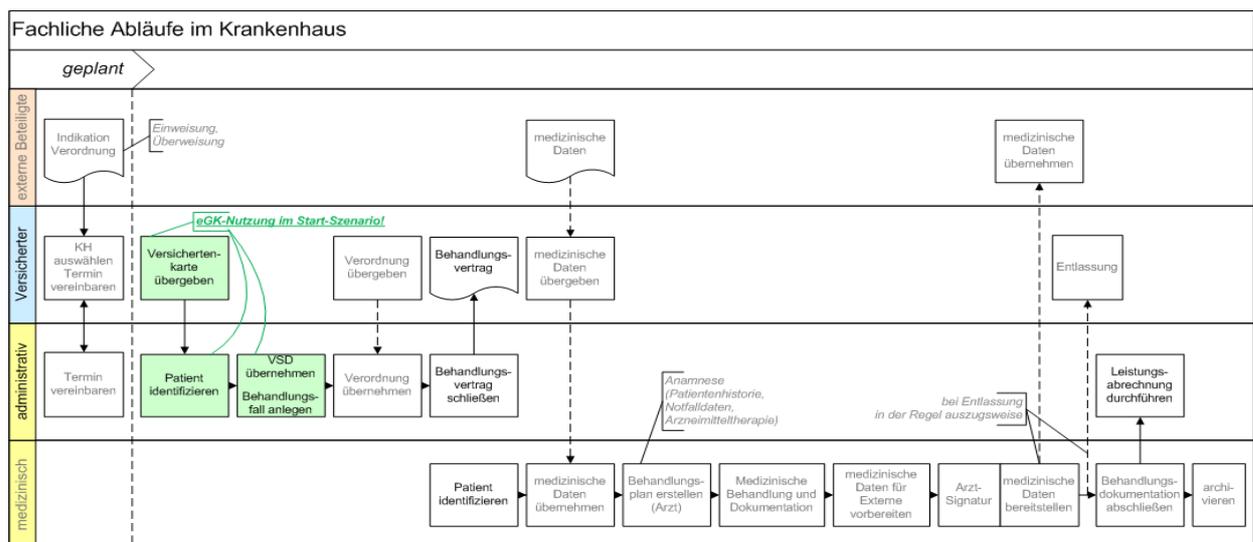


Abbildung 1: Fachliche Abläufe im Krankenhaus (Überblick)

In der grafischen Darstellung werden folgende Rollen/Begriffe verwendet:

Externe Beteiligte: Die Rolle des externen Beteiligten umfasst Teilnehmer außerhalb des Krankenhauses, die am Prozess der elektiven, stationären Aufnahme beteiligt sind. Mögliche Akteure sind der Hausarzt oder Facharzt als einweisender Arzt oder ein Krankenhausarzt bei Verlegungsfällen.

Versicherter: Die Rolle des Versicherten bzw. Patienten.

Administrative Rolle: Die administrative Rolle umfasst Zuständigkeiten, die mit dem Behandlungsvertrag und der Abrechnung verbunden sind. Mögliche Akteure sind insbesondere Verwaltungsangestellte. Administrative Rollen können auch von medizinischem Personal wahrgenommen werden können.

Medizinische Rolle: Die medizinische Rolle umfasst Zuständigkeiten bei der medizinischen Behandlung. Mögliche Akteure sind Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen.

2.1.1 Stationäre Krankenhausbehandlung (elektive Aufnahme)

Bei einer geplanten stationären Krankenhausbehandlung wird die Inanspruchnahme regelhaft durch den einweisenden Vertragsarzt (Hausarzt oder Facharzt) veranlasst.

1) Einweisung durch den Hausarzt oder Facharzt

Ein Hausarzt (oder Facharzt) stellt eine Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung und erläutert sie dem Versicherten, der darin einwilligt.

Der Hausarzt stellt die *Einweisung* (Verordnung von Krankenhausbehandlung) für den Versicherten aus, sie besteht aus zwei Teilen:

- einem für die Krankenkasse bestimmten Teil mit allgemeinen Verordnungsdaten und der Einweisungsdiagnose (Verordnung „Muster 2a“) und
- einem Arztteil mit vertraulichen medizinischen Informationen für den Krankenhausarzt (Verordnung „Muster 2b“), der Untersuchungsergebnisse, bisherige Maßnahmen (z.B. Medikation), Fragestellungen/Hinweise (z.B. Allergie) und einen Vermerk über mitgegebene Befunden enthalten kann.

Der Hausarzt schlägt dem Versicherten ein oder mehrere geeignete Krankenhäuser vor. Der Versicherte entscheidet sich sofort oder später, welches Krankenhaus er mit der für seine Behandlung zutreffenden Fachrichtung/Fachabteilung in Anspruch nehmen will und nimmt eine Terminabsprache mit dem Krankenhaus vor. Gegebenenfalls unterstützt ihn der Hausarzt dabei.

Der Hausarzt lässt geeignete *Befundunterlagen zusammenstellen und dem Versicherten übergeben* oder für ihn zur Abholung bereithalten. In Absprache mit dem Versicherten kann der Hausarzt dem ausgewählten Krankenhaus die *Befundunterlagen vorab übermitteln*.

2) Administrative Aufnahme (Behandlungsvertrag)

Der Versicherte erscheint zum vereinbarten Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus und sucht die Patientenaufnahme auf. Die Aufnahme kann auch dezentral in der Fachabteilung durch dortiges Medizinpersonal durchgeführt werden.

Der Versicherte *weist seine Identität und sein Versicherungsverhältnis gegenüber dem Aufnahmepersonal aus*.

Das Aufnahmepersonal *übernimmt die Versichertenstammdaten* von der Versichertenkarte und legt einen Behandlungsfall an. Das Primärsystem informiert, wenn über den Versicherten eine Dokumentation aus vorherigen Behandlungen vorhanden ist und ermöglicht eine Zuordnung zu dem Versicherten.

Das Aufnahmepersonal *übernimmt die Einweisung (Verordnung von Krankenhausbehandlung)*. Kann der Versicherte keine Einweisung vorlegen, entscheidet das Aufnahmepersonal anhand des vom Krankenhaus festgelegten Regelwerks über das weitere Vorgehen; ggf. wird der Versicherte zur Abklärung einer erforderlichen Aufnahme an die dafür zuständige Stelle (Notfallaufnahme) verwiesen.

Das Aufnahmepersonal übergibt dem Versicherten personalisierte Vertragsunterlagen, die dieser unterschreibt und zurückgibt. Bei dezentraler Aufnahme auf der Station wird der Behandlungsvertrag dem Versicherten in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt zur Unterzeichnung übergeben.

Das Aufnahmepersonal weist bei zentraler Aufnahme den Versicherten in die für ihn zuständige Fachabteilung/Station.

3) Übernahme medizinischer Daten

Medizinische Daten des Versicherten, die z.B. als *Arztteil der Verordnung, Vorbefunde, Notfalldaten oder Arztbrief* vorliegen, werden durch Medizinpersonal anlässlich der medizinischen Aufnahme *übernommen*, gesichtet und der Behandlungsdokumentation zugeordnet. Der Versicherte kann seine *medizinischen Unterlagen* bereits bei der administrativen Aufnahme dem Aufnahmepersonal *zur Weiterleitung* (ohne inhaltliche Kenntnisnahme) an das zuständige Medizinpersonal *übergeben*.

Der Versicherte muss sein *Einverständnis* erklärt haben.

4) Medizinische Aufnahme

Der Versicherte nimmt mit Personal der Station oder ggf. eines gesonderten medizinischen Aufnahmebereichs Kontakt auf und weist sich aus.

Das Medizinpersonal ergänzt die Behandlungsdokumentation um aktuelle Angaben zum Stationsaufenthalt des Versicherten.

Das Medizinpersonal klärt bei dem Versicherten das Vorhandensein *weiterer medizinischer Datenbestände* aus anderen vorausgehenden Behandlungen und die Möglichkeit ihrer Einholung mit *Autorisierung* durch den Versicherten ab.

Das Medizinpersonal informiert den Versicherten über den allgemeinen Stationsablauf und pflegerische Maßnahmen, die bei ihm durchgeführt werden.

Der behandelnde Krankenhausarzt sichtet die über den Patienten vorliegenden medizinischen Informationen, ergänzt sie im Rahmen seiner Anamnese und nimmt eine Behandlungsplanung vor, die er dem Versicherten erläutert. Der Versicherte willigt in den Behandlungsplan ein.

5) Medizinische Untersuchung und Behandlung

Der Versicherte wird medizinisch untersucht und behandelt, ggf. unter Hinzuziehung von medizinischem Personal weiterer Fachabteilungen und Funktionsbereiche. Die Maßnahmen und Befunde werden vom Medizinpersonal in der Behandlungsdokumentation dokumentiert.

6) Medizinische Entlassung

Bei Entlassung werden dem Versicherten Empfehlungen zu seinem weiteren Verhalten gegeben. Sind nach der Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung nachfolgende Behandlungsmaßnahmen angezeigt (nachstationäre Behandlung, Nachsorge), werden diese Maßnahmen mit dem Versicherten besprochen und vorgemerkt.

7) Bereitstellung medizinischer Daten

Das Medizinpersonal stellt die für den einweisenden/weiterbehandelnden Arzt geeigneten Unterlagen mit Angaben zur Krankenhausbehandlung und einer Information zur Fortsetzung der Arzneimitteltherapie als *Arztbrief* und ggf. weitere Unterlagen (z.B. *Notfalldaten*) zusammen. Sie werden dem Arzt nach Unterzeichnung durch den zuständigen Krankenhausarzt *übermittelt*.

8) Administrative Entlassung

Im Zusammenhang mit der administrativen Entlassung führt Verwaltungspersonal mit dem Versicherten das Inkasso über vom Versicherten zu leistende Zuzahlungen und Zahlungen für Wahlleistungen durch. Geleistete Zahlungen werden dem Versicherten quittiert.

Zur Mitnahme bestimmte *medizinische Unterlagen* werden dem Versicherten bei der administrativen Entlassung (ohne Kenntnisnahme des Inhalts) ausgehändigt.

9) Leistungsabrechnung

Die Leistungsabrechnung setzt bei stationären Patienten mit der Feststellung der stationären Behandlungsbedürftigkeit bei der medizinischen Aufnahme durch Übermittlung eines Aufnahmesatzes an die zuständige Krankenkasse ein. Die für die Abrechnung benötigten Daten des Behandlungsfalls (z.B. Aufnahmediagnose, voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung) werden von einem für die Abrechnung zuständigen Mitarbeiter in einem Aufnahmesatz zusammengefasst und zur Übermittlung an die Krankenkasse freigegeben.

Mit Feststellung des Entlassungszeitpunkts und der Entlassungsdiagnose werden die für die Abrechnung gegenüber dem Kostenträger erforderlichen *Abrechnungsinformationen* auf Vollständigkeit und sachliche Richtigkeit (z. B. Medizincontrolling) geprüft und zur Übermittlung an den Kostenträger freigegeben. Das Krankenhauspersonal nimmt dabei eine administrative Rolle (Vertragsabwicklung, Abrechnung) und eine medizinische Rolle (abrechnungsrelevante Behandlungsdokumentation) ein.

10) Archivierung

Die medizinische Behandlungsdokumentation für den Behandlungsfall wird zur Archivierung freigegeben.

2.1.2 Stationäre Notfallbehandlung

Bei der stationären Notfallbehandlung steht die Versorgung des Notfalls im Vordergrund, ggf. unterstützt durch die Übernahme von vorhandenen Notfalldaten. Administrative Prozessschritte, wie die Feststellung der Identität des Versicherten und die administrative Aufnahme und der Behandlungsvertrag stehen dahinter zurück.

Die Inanspruchnahme kann durch externe Stellen (insbesondere Rettungsdienst) oder durch interne Ambulanzbereiche veranlasst sein.

2.1.3 Ambulante Behandlung in Krankenhausambulanzen

Ambulante Behandlung in Krankenhausambulanzen kann, wie die stationäre Behandlung, geplant in Abstimmung mit dem vom Versicherten gewählten Krankenhaus oder ungeplant in Verbindung mit einer Notfallbehandlung erfolgen. Die geplante ambulante Behandlung kann an das Erfordernis einer Überweisung durch einen Vertragsarzt gebunden sein, sie kann auch ohne Überweisung erfolgen, z.B. bei Notfällen oder ambulanter Operation gemäß § 115b SGB V.

Gegenüber stationären Patienten finden geplante Behandlungen vielfach wiederholt nach einem ersten Kontakt mit administrativer Aufnahme und Abschluss des Behandlungsvertrags statt.

Die Leistungsabrechnung erfolgt (im Rahmen der Institutsambulanz quartalsbezogen) ohne eine vorherige Aufnahmeinformation an den zuständigen Kostenträger, bei ambulanten Notfällen an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

2.1.4 Ambulante Behandlung durch ermächtigte Ärzte

Ambulante Behandlungen durch ermächtigte Ärzte des Krankenhauses erfolgen in aller Regel geplant nach entsprechender Termin disposition. Die Inanspruchnahme ermächtigter Ärzte erfordert, abhängig von der Ermächtigung, ggf. eine Überweisung.

Der Behandlungsvertrag, die gesamte Behandlung und ihre Dokumentation wie auch die Leistungsabrechnung liegen in der Zuständigkeit des ermächtigten Arztes. Das Krankenhaus stellt ggf. Infrastrukturleistungen zur Verfügung.

2.2 Migrationspfad der Telematik

Die Einführung der Telematikinfrastruktur erfolgt in einem Stufenkonzept, das die Realisierungsstufen in einen zeitlichen Kontext stellt und sich in Releases und Funktionsabschnitte unterteilt, die aufeinander aufbauen. Der Basis-Rollout der eGK ist Bedingung für alle folgenden Funktionserweiterungen (2009: Basis-Rollout; 2010/11: Online-Rollout; danach: Nutzung freiwilliger Anwendungen).

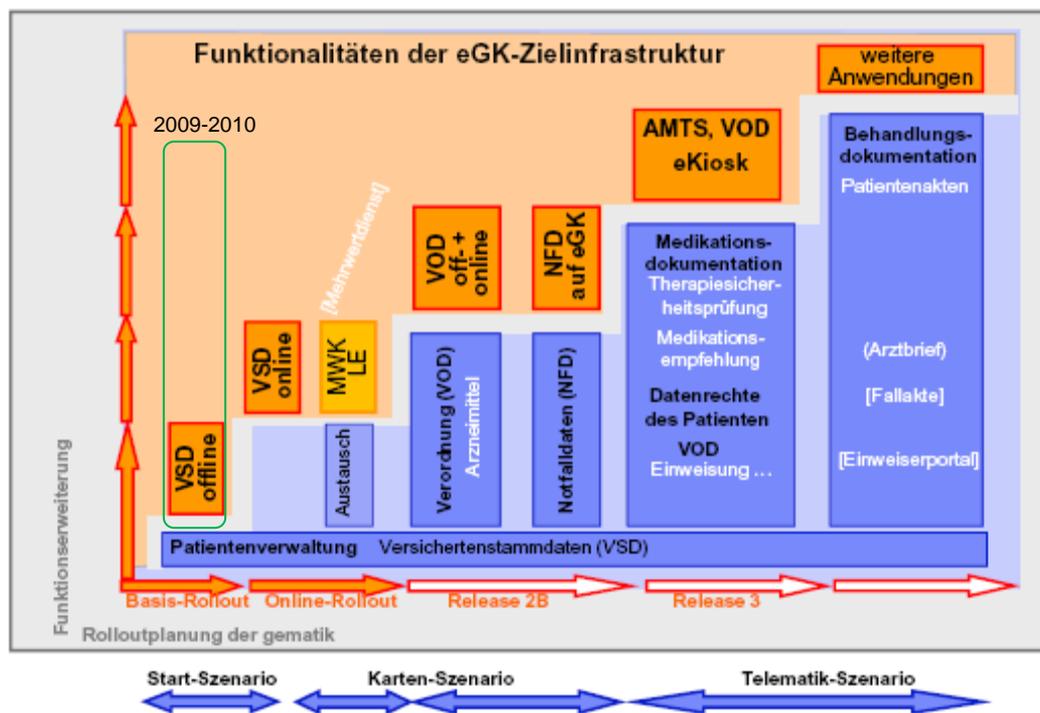


Abbildung 2: Realisierungsstufen und Szenarien für die Gesundheitstelematik

Unabhängig von den Unsicherheiten der aktuellen Festlegungen und Zeitplanungen der gematik wird eine zukunftssichere, migrationsfähige IT-Infrastruktur der Kranken-

häuser benötigt. Dazu wird der Migrationspfad der Telematikinfrastruktur in drei Szenarien gruppiert:

- **Start-Szenario:** Das Start-Szenario (Basis-Rollout) umfasst das Einlesen der Versichertenstammdaten von der elektronischen *Gesundheitskarte* mit dafür geeigneten *Kartenterminals*. Es hat ausschließlich die Versichertenstammdaten der eGK und übergangsweise die Interoperabilität mit der KVK zum Gegenstand.
- **Karten-Szenario:** In diesem Szenario werden Daten der Gesundheitskarte verwendet. Ihre Nutzung erfordert einen Zugriff eines der Institution „Krankenhaus“ (*SMC-B*) zugeordneten berechtigten Mitarbeiters über einen *mandantenfähigen Konnektor*, an den *netzwerkfähige Kartenterminals* angeschlossen sind. Dafür sind die Kartenterminals des Start-Szenarios aufzurüsten.
 - **Stufe 1:** Im Karten-Szenario Stufe 1 erfolgt eine Anbindung der dezentralen Komponenten an die Telematikinfrastruktur. Das Start-Szenario wird um die Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten (*VSD-Online*) erweitert. Für die Aktualisierung wird auf den *Versichertenstammdatendienst (VSDD)* der Krankenkasse zurückgegriffen.
 - **Stufe 2:** In der Stufe 2 wird das Karten-Szenario um medizinische Daten ergänzt: um die elektronische Verordnung von Arzneimitteln (*VOD*) und um die Notfalldaten (*NFD*). Die Speicherung der Arzneimittelverordnung erfolgt wahlweise nach Vorgabe des Versicherten auf der eGK (*VOD offline*) oder auf dem Verordnungsdatendienst (*VOD online, VODD*).
 - Zusätzlich soll im Kartenszenario der Stufe 1 ein Mehrwertdienst **Mehrwertkommunikation-Leistungserbringer (MWK-LE)** eingeführt werden. Sein Ziel ist ein sicherer gerichteter Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern durch Bereitstellung von medizinischen Informationen für Personen oder Institutionen im Gesundheitswesen. Für Krankenhäuser ergibt sich die Möglichkeit eines sicheren elektronischen Kommunikationsaustausches mit Einweisern und Nachbehandlern.
- **Telematik-Szenario:** Das Telematik-Szenario beinhaltet die freiwilligen Anwendungen innerhalb der Telematikinfrastruktur (Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (*AMTS*), elektronischer Arztbrief (*eArztbrief*) und den Austausch einrichtungs- und fallübergreifender Behandlungsdokumentationen mittels elektronischer Patientenakte (*ePA*). Die Funktionen der Fachanwendungen sind bislang noch nicht näher spezifiziert.

Ein Austausch medizinischer Daten wird auch durch **Mehrwertdienste** abgedeckt werden. Eine solche Mehrwertanwendung ist die *elektronische Fallakte (eFA)*, die als spezifischer Lösungsweg des Krankenhausesektors für eine bereichsübergreifende Kommunikation entstanden ist. Für die elektronische Kommunikation mit Einweisern und Nachbehandlern werden teilweise schon Fallakten, auch Einweiserportale, aufgebaut und verwendet.

3 Integrationsanforderungen

Aus dem in Kapitel 2 beschriebenen Einfluss der Telematikinfrastruktur ergeben sich Anforderungen zur Integration von Telematikkomponenten und Infrastrukturdiensten in den Krankenhäusern (eGK-Zielinfrastruktur). Dabei erfolgt die Darstellung der Integrationsanforderungen in der dieser Version nur für das Start-Szenario.

3.1 Integrationsanforderungen Start-Szenario

Das Start-Szenario realisiert nur den fachlichen Ablauf „Administrative Aufnahme (Behandlungsvertrag)“. Es besteht keine Anbindung an die Telematikinfrastruktur.

Komponenten im Basis-Rollout:
(nur Versichertenstammdaten der eGK, ohne Netzanbindung)

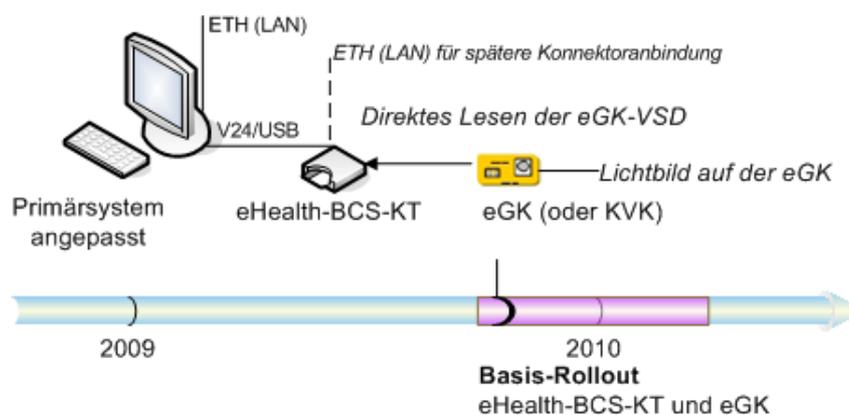


Abbildung 3: Komponenten im Start-Szenario (Basis-Rollout)

Die eGK wird zum Einlesen der Versichertenstammdaten bei der Patientenaufnahme verwendet, eine Aktualisierung der Gesundheitskarte ist noch nicht möglich.

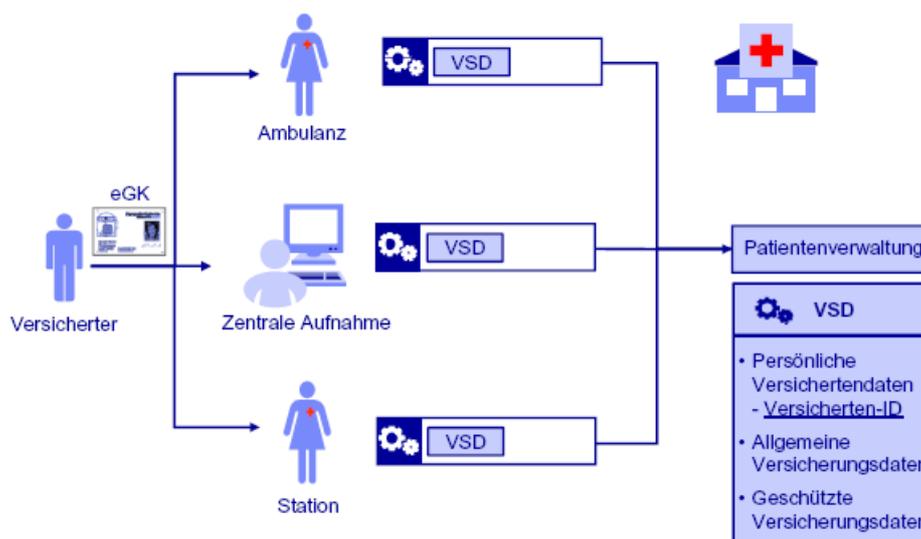


Abbildung 4: Einlesen der Versichertenstammdaten im Start-Szenario

Im **Start-Szenario** muss ein Einlesen der *Versichertenstammdaten* sowohl von der neuen eGK als auch von der bisherigen Krankenversichertenkarte (KVK) möglich sein. Informationssysteme, die Versichertenstammdaten übernehmen und verwalten, müssen beide Karten verarbeiten können.

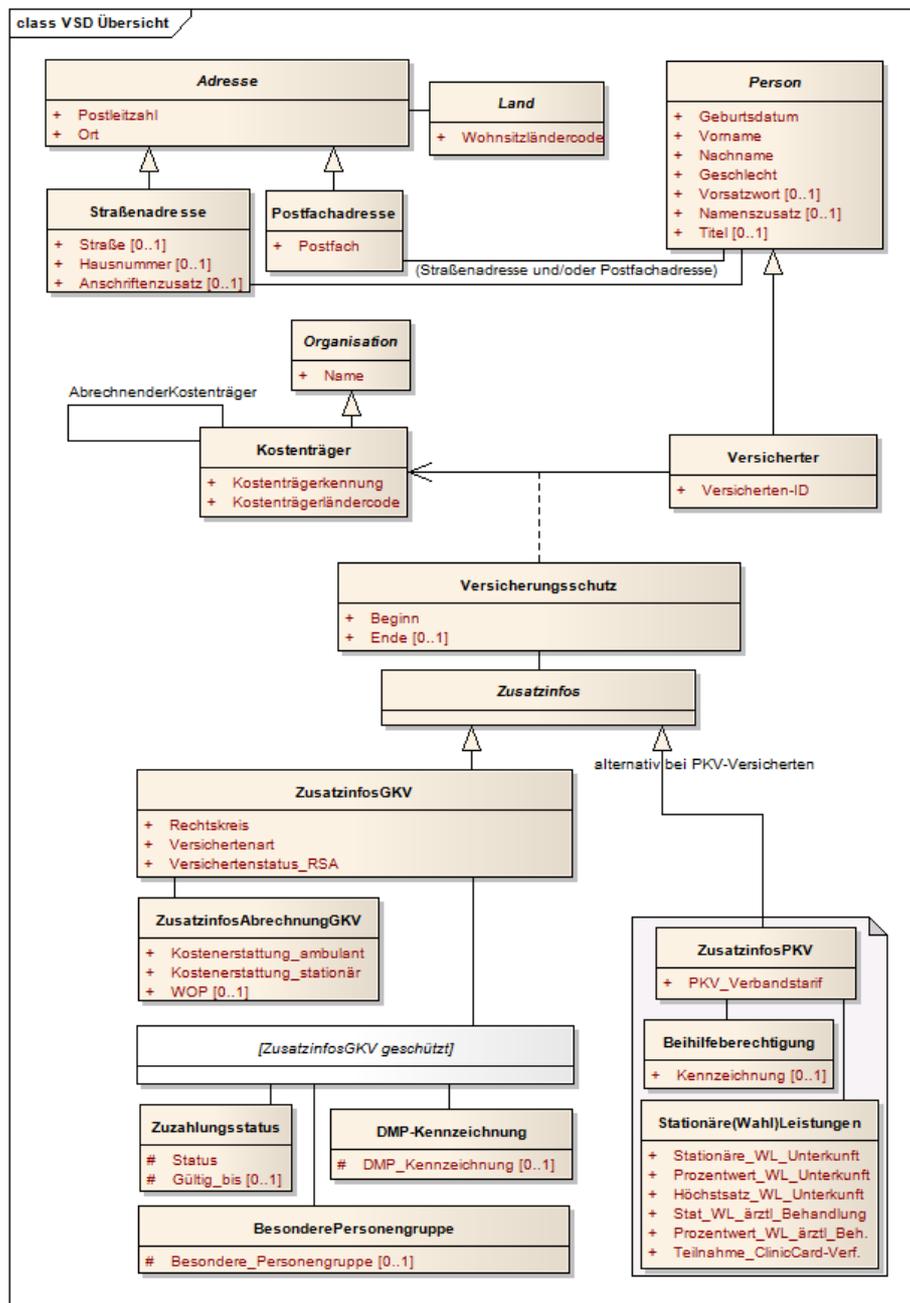


Abbildung 5: Übersicht Versichertenstammdaten (VSD) der eGK im Start-Szenario

Das Start-Szenario hat für die **medizinischen Prozesse** keine Auswirkung. Es werden keine medizinischen Daten (z.B. Verordnungen, Notfalldaten) von der eGK gelesen oder auf der eGK abgelegt. Medizinisches Personal, das im Start-Szenario die eGK eines Versicherten nutzt, handelt dabei in einer „administrativen Rolle“, z.B. eine Pflegekraft auf der Station, die bei dezentraler Patientenaufnahme die Aufnahme des Versicherten vor Ort durchführt.

Die Nutzung der eGK konzentriert sich auf die in der Regel zentralisierten Arbeitsplätze einer administrativen Patientenaufnahme, in den Fachabteilungen, Ambulanzen und Notfallaufnahmen müssen – in Abhängigkeit von der krankenhausernen Organisation und dem Patientenaufkommen – ebenfalls administrative Arbeitsplätze das Einlesen der Versichertenstammdaten ermöglichen.

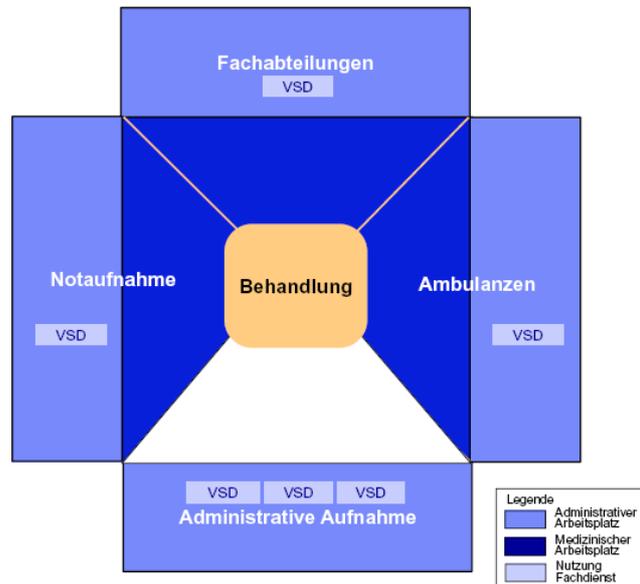


Abbildung 6: Verteilung der VSD-Nutzung im Start-Szenario

3.1.1 Organisatorische Integrationsanforderungen

Das Einlesen der eGK hat keine Auswirkungen auf die medizinischen Abläufe.

Für die administrative Aufnahme wirkt sich die eGK in einem veränderten Verfahren zur **Identitätsfeststellung des Versicherten** anhand des Lichtbilds auf der eGK aus.



Abbildung 7: Elektronische Gesundheitskarte (Vorderseite)

Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist (z.B. Schwerstpflegebedürftige) können eine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild erhalten.

Die Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte ist für die „Europäische Krankenversichertenkarte“ vorgesehen, die im europäischen Ausland bei Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen verwendet werden kann.



Abbildung 8: Elektronische Gesundheitskarte (europäische Rückseite)

Sie enthält weitere Angaben, wie das Geburtsdatum, die „Persönliche Kennnummer“ (Versicherten-ID), die Kennnummer der Karte und das Ablaufdatum der Karte bzw. des Versicherungsschutzes im europäischen Ausland.

Für die **Identitätsfeststellung des Versicherten** sind aktualisierte Verfahrensregeln für das Aufnahmepersonal erforderlich, in denen folgende Festlegungen enthalten sein müssen:

- Vor einer Nutzung der eGK muss geprüft werden, ob das Lichtbild der Person, die die eGK übergeben hat, zugeordnet werden kann.
- Bestehen Zweifel an der Überstimmung des Lichtbildes, muss anhand geeigneter anderer Identitätsnachweise anhand des Namens, Geburtsdatums und der Unterschrift eine Übereinstimmung geprüft werden.
- Lassen sich Zweifel an der Identität nicht ausräumen, ist nach dem vom Krankenhaus festgelegten Verfahren für derartige Fälle (bei Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorläufige Aufnahme als Selbstzahler) zu verfahren. Die eGK kann dann für diese nicht identifizierte Person nicht verwendet werden.

3.1.2 Technische Integrationsanforderungen

Das Einlesen der Versichertenstammdaten eGK erfordert eine technische Umrüstung derjenigen administrativen Arbeitsplätze, bei denen Versichertenstammdaten eingelesen werden müssen.

Für das Einlesen der eGK werden **zugelassene Kartenterminals** benötigt, die im weiteren Ausbau nach Anschluss an einen Konnektor weiter verwendet werden können („migrationsfähige eHealth-BCS-Kartenterminals“).

eHealth-BCS[BasicCommandSet]-Kartenterminals (Stand: 16.10.2009, Quelle: gematik)	
Hersteller	Produkt
Hypercom GmbH	medCompact (Version 2.0)
SCM Microsystems GmbH	eHealth200 BCS (Version 2.0.1u)
Sagem Monétel GmbH	Orga 6000-Serie (Version 6041L Firmware 2.06 oder 2.07)
Omniquey GmbH	OMNIKEY 8751 eHealth LAN (Firmware Version 1.0.29) OMNIKEY 8751 eHealth LAN (Firmware Version 1.0.31)
gemalto GmbH	GCR 5500-D BCS (Version 1.11)
CCV Deutschland GmbH	CARDSTAR /medic2, Modelle 6220-2, 6220-4, 6020-2, 6020-4, 6011-2, 6321-4 (Version M1.50)
Cherry GmbH	ST-1503 (Version 1.1.3.4)
gt German Telematics GmbH	eHealth GT900 BCS (Version 1.0)
3M Medica GmbH	OMNIKEY 8751 eHealth LAN <u>distributed</u> by 3M (Version 1.0.31, GS2.02)

Alle zugelassenen eHealth-BCS-Kartenterminals verfügen über eine LAN-Schnittstelle, die einen späteren LAN-seitigen Anschluss an den Konnektor ermöglicht.

Vorhandene Multifunktionskartenterminals (MKT) können vorläufig weiter genutzt werden, wenn sie eine Zulassung der gematik erhalten haben; sie müssen vor dem Beginn der Netzanbindung („Online-Rollout“) ausgetauscht sein.

zugelassene MKT-Kartenterminals (Stand: 16.10.2009, Quelle: gematik)	
Hersteller	Produkt
CCV Deutschland GmbH	CARDSTAR/medic2 (Version M1.20)
Cherry GmbH	G80-1502 (Version 1.19) ST-2052 (Version 5.13)
Fujitsu Siemens Computers GmbH	KBPC CX (Version 1.04) KB SCR Pro (Version 1.06)
Kobil Systems GmbH	KAAN Advanced /RS232
Sagem Monétel GmbH	Orga 5000-Serie Orga 6000-Serie (Version 1.02) Orga 920M KV2 (Version 1.0)
SCM Microsystems GmbH	eHealth 100 MKT (Version 0.28u)

Für die Übernahme der Versichertenstammdaten ist eine **Anpassung der Informationssysteme** im Krankenhaus erforderlich, die eine reibungslose Verarbeitung in nachgelagerten Verfahren, insbesondere bei der Abrechnung mit den Krankenkassen ermöglichen müssen. Dabei muss insbesondere die neue einheitliche Krankenversicherungsnummer (Versicherten-ID) verarbeitet werden.

Als qualitätssichernde Maßnahme hat die DKG mit dem Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen (VHitG) ein Konformitätsverfahren eingerichtet. Im Rahmen dieses Konformitätsverfahrens beschreibt das „Profil Versichertenstammdaten“ den Anpassungsbedarf für die Informationssysteme, insbesondere auch für die weitere Nutzung der Versichertenstammdaten bei der elektronischen Abrechnung der Krankenhäuser nach § 301 SGB V.

3.1.3 Sicherheits- und Datenschutzanforderungen

Die Versichertenstammdaten der eGK unterliegen im Vergleich zur Nutzung der bisherigen Krankenversicherungskarte (KVK) zunächst (im Start-Szenario) keinen neuen Sicherheits- und Datenschutzanforderungen.

Die eGK ermöglicht allerdings im weiteren Ausbau der Telematikinfrastruktur einen verbesserten Schutz sensibler Daten des Versicherten, die als „geschützte Versichertendaten“ besonders auf der eGK abgelegt sind. Mit dem Übergang in die nächste Ausbaustufe können diese geschützten Versichertendaten nur noch mit Hilfe eines Konnektors gelesen werden.

4 Architekturoptionen

Architekturoptionen beschreiben die Lösungsmöglichkeiten der Krankenhäuser für die Umsetzung der Integrationsanforderungen, aber auch spezifische Ausgangsbedingungen der Krankenhäuser selbst, die bei der Lösung berücksichtigt sein müssen. Aus den Architekturoptionen können sich auch spezifische Anforderungen an die Komponenten ergeben, die erfüllt sein müssen, um eine reibungslose Migration zu ermöglichen.

Besonderheiten, die hier berücksichtigt werden müssen, können in der Mandantenstruktur und der Einbindung von Mandanten, in einer bestehenden Rechenzentrums-Infrastruktur und der Architektur des Krankenhaus-Netzwerks (Client-Server-Architektur) liegen.

Die Architektur der gematik ist eine ausschließlich „verkabelte Architektur“. Mobile Arbeitsplatzsysteme, die über eine drahtlose Verbindung (WLAN) an das Primärsystem angebunden sind, kommen dort (noch) nicht vor. Krankenhäuser, die über eine IT-Infrastruktur mit WLAN-Arbeitsplätzen verfügen, sind zunächst darauf angewiesen, diesen Bedarf und mögliche Lösungsansätze bei der gematik und DKG anzumelden. (Die DKG hat die gematik seit langer Zeit auf die Notwendigkeit derartiger mobiler Arbeitsplatzlösungen hingewiesen.)

Im **Start-Szenario** haben Architekturoptionen noch nicht die Bedeutung, die sie im weiteren Ausbau der Telematikinfrastuktur haben.

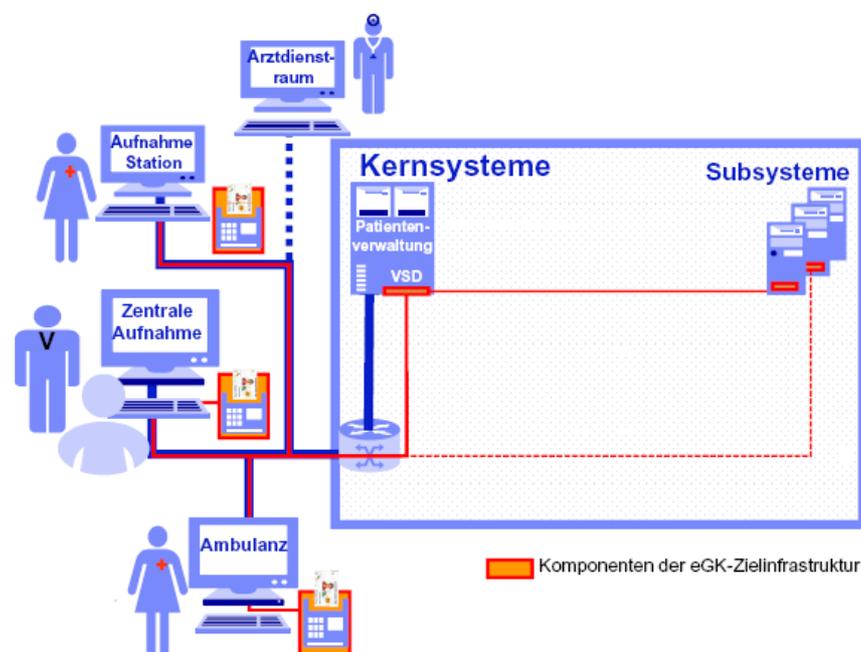


Abbildung 9: Funktionale Komponenten im Start-Szenario

In Krankenhäusern sind vielfach **Terminalserver-Lösungen** mit „thin clients“ im Einsatz, bei denen die im Start-Szenario/Basis-Rollout vorgesehene lokale Anbindung und Einrichtung der Kartenterminals am Arbeitsplatzrechner nicht möglich ist. Der Arbeitsplatz („thin client“) dient im Wesentlichen der Darstellung von serverseitig über das ICA-Protokoll kontrollierten Anwendungsprozessen. Hier ist über eine spezi-

fische Anpassung der Konfigurationsdaten des Terminalservers die Zuordnung und Nutzung der Kartenterminals am jeweiligen Arbeitsplatz zu ermöglichen. Die Verwendungsmöglichkeit des zur Beschaffung vorgesehenen eHealth-BCS-Kartenterminals in einer Terminalserver-Infrastruktur ist vor der Beschaffung abzuklären.

Bei der **Anpassung der Informationssysteme** können sich in Abhängigkeit von der bestehenden IT-Infrastruktur und der Einbindung vorhandener **Subsysteme** erhebliche Unterschiede im Anpassungsbedarf und Anpassungsaufwand ergeben. Subsysteme, die isoliert eine eigene Patientendatenhaltung realisieren, müssen in gleichem Maße angepasst werden, wie das zentrale Patientendatenverwaltungssystem, sie müssen ein eigenständiges Einlesen der Versichertenstammdaten der eGK ermöglichen. In dem Maße, wie Subsysteme integriert sind, kann ein Anpassungsbedarf begrenzter auftreten, z.B. wenn über eine eigene Schnittstelle mit einem von den Versichertenstammdaten unabhängigen Identifikationsmerkmal kommuniziert wird.

Eine Überprüfung des Anpassungsbedarfs der Subsysteme kann dazu führen, dass die **Integration der Informationssysteme** als Architekturoption und konkrete Anpassungsmaßnahme Bedeutung erhält.

Zur Nutzung der Funktionalitäten zum Zeitpunkt der Verfügbarkeit der eGK bestehen folgende Umsetzungsaufgaben:

- Anpassung des Primärsystems und, soweit betroffen, der Schnittstellen weiterer Patientendaten führender Systeme,
- Ermittlung des Bedarfs an migrationsfähigen eHealth-BCS-Kartenterminals und Ausrüstung der betroffenen Arbeitsplätze in den jeweiligen Organisationsbereichen,
- Überprüfung des korrekten Einlesens der Versichertenstammdaten der eGK (wie auch der KVK) und ihrer Verarbeitung,
- Überprüfung des zuverlässigen Austauschs von Versichertenstammdaten mit Subsystemen.

5 Migrationsmaßnahmen im Start-Szenario

Für das Start-Szenario sind folgende Fragestellungen und Maßnahmen für die Migration zu klären und durchzuführen:

5.1 Zeitplan, Start der Anpassung

Die Umstellung für das Start-Szenario muss – abgesehen von der Startregion Nordrhein, bei der die Ausgabe der eGK durch die Krankenkassen ab Anfang Oktober 2009 eingesetzt hat – in der Zeit vom 4. Quartal 2009 bis in das 2. Quartals 2010 durchgeführt sein.

Als Meilenstein kann der Beginn der Anpassungs- und Beschaffungsmaßnahmen bei den Vertragsärzten genommen werden. Der konkrete Zeitpunkt wird insbesondere davon abhängen, wann die noch ausstehenden Finanzierungsvereinbarungen zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen geschlossen sind. Die Rollout-Planung der gematik in von Nordrhein ausgehenden Schalen kann insoweit zur Orientierung dienen.

Der Beginn der Abrechnung ist jeweils auf den Start der Ausstattung in den Regionen (gemäß den Beschlüssen der gematik) gesetzt. Soweit in einzelnen Regionen der Start auch vor einem formalen Beschluss der gematik vereinbart wird, ist das regional vereinbarte Datum für den Abrechnungsbeginn maßgeblich.

5.2 Beginn der Gültigkeit der eGK

Eine von der Krankenkasse neu ausgegebene eGK ist gültig, sofern der auf der eGK enthaltene Beginn des Versicherungsschutzes nicht in der Zukunft liegt, und kann vom Versicherten verwendet werden.

Bei stationärer Krankenhausbehandlung kann die eGK ohne weiteres verwendet werden, insbesondere auch für die Abrechnung.

Bei Behandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung kann die Nutzbarkeit der eGK ggf. erst mit Beginn des Folgequartals gegeben sein, sofern eine entsprechende Regelung zwischen der KBV/den KVen und den Krankenkassen dies festschreibt.

5.3 Betroffene Komponenten im Start-Szenario

5.3.1 Betroffene Primärsysteme

Ausgehend von einer Bestandsübersicht über die im Krankenhaus eingesetzten Systeme, müssen diejenigen Primärsysteme, die unmittelbar Versichertendaten von der Krankenversichertenkarte übernehmen müssen und die ggf. betroffenen Subsystemen identifiziert werden.

Für diese „Migrationssysteme“ müssen mit den dafür zuständigen Herstellern die konkreten Migrationstermine innerhalb des in möglichen Umstellungszeitraums abgestimmt und vereinbart werden.

Die Anpassung der in die Migration einbezogenen Primärsysteme an die Anforderungen des Basis-Rollout muss dem Krankenhaus durch den Hersteller bestätigt

werden. Die Bestätigung sollte zumindest auf der Grundlage des „Konformitätsprofils“ für den Basis-Rollout (das von der DKG und dem VHitG erarbeitet wurde) erfolgen. Hat sich der Hersteller einer Prüfung im Konformitätsverfahren erfolgreich unterzogen, kann er auch eine Konformitätserklärung vorlegen. Im Konformitätsverfahren geprüfte Softwarelösungen werden auf der Webseite der DKG bekannt gegeben.

Die ordnungsgemäße Anpassung sollte vor Aufnahme des Wirkbetriebs anhand von Musterkarten vor Ort getestet werden. Dazu werden die Landeskrankenhausesellschaften einen Satz an Musterkarten zur Verfügung stellen.

Wesentliche Änderungen bei den Versichertenstammdaten der eGK gegenüber denen der KVK sind:

- Veränderte Feldlängen (z.B. Namen, Anschrift),
- Aufteilung von Informationen auf mehrere neue Felder (z.B. Versichertenstatus),

Einzelheiten sind im Konformitätsprofil „Versichertenstammdaten“ ausgewiesen.

Handelt es sich um ein **Praxisverwaltungssystem** (PVS) für die Abrechnung mit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bzw. Notfallversorgung, ist die Zertifizierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Verwendung mit der eGK erforderlich. Zertifizierte PVS werden auf der Webseite der gematik ausgewiesen.

5.3.2 Finanzierung der Primärsystemanpassung

Die Finanzierungsvereinbarung zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband sieht eine Pauschale in Höhe von 1.500,- EUR je Krankenhaus für die Anpassung des (führenden) Primärsystems vor, die über den Telematikzuschlag des Krankenhauses zufließt. Für eine ggf. notwendige Anpassung weiterer (Sub-)Systeme sind keine weiteren Mittel vereinbart.

5.3.3 Betroffene Kartenterminals

Die im Krankenhaus vorhandenen multifunktionalen Kartenterminals (MKT) müssen insgesamt spätestens mit Abschluss der Start-Szenario-Phase ausgetauscht sein. Soweit sie dafür von der gematik zugelassen sind (s.o.), können sie zwar für das Einlesen der Versichertenstammdaten genutzt werden. Sie können aber nicht an den Konnektor angebunden werden, der als nächste Komponente im Kartenszenario ansteht, und müssen dann durch eHealth-Kartenterminals ersetzt sein. Damit ist grundsätzlich ein Austausch aller vorhandenen Kartenterminals erforderlich.

Ausgehend von einer Auflistung aller Arbeitsplätze im Krankenhaus, an denen Versichertenstammdaten von der eGK eingelesen werden, ist der Bedarf an neuen eHealth-BCS-Kartenterminals zu bestimmen. Dabei kann ggf. von einer gestuften Beschaffung und Ausstattung der Arbeitsplätze ausgegangen werden. Zu beachten ist, dass eine Ausstattung von Arztarbeitsplätzen nur dann erforderlich ist, wenn dort regelmäßig die KVK, künftig die eGK, eingelesen wird.

Das von den Krankenkassen über den Telematikzuschlag finanzierte Mengengerüst, ist anhand der Vorgaben der Finanzierungsvereinbarung zu ermitteln. Dabei ist zu unterscheiden zwischen stationären Bereichen, für die die Ermittlung anhand der Bettenzahl erfolgt.

Für jede räumliche getrennte Institutsambulanz im Sinne der §§ 117 bis 119 SGB V und jede räumlich getrennte Notfallambulanz ist zusätzlich je ein eHealth-BCS-Kartenterminal vereinbart.

Für die Ermittlung des Mengengerüsts und des Telematikzuschlags für die gesamte Anpassung und Ausstattung als Grundlage der Budgetverhandlung kann das in Anhang B enthaltene Berechnungsmuster herangezogen werden.

Ambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte und ermächtigte Institutsambulanzen sind durch die Finanzierungsvereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband für den vertragsärztlichen Bereich geregelt.

Das Beschaffungsverfahren für diese Bereiche ist grundsätzlich anders geregelt. Hierfür sind die zwischen der KBV bzw. den Landes-KVen und den jeweiligen Kostenträgern getroffenen Regelungen maßgeblich. Über die dortigen Nachweis-, Auszahlungsmodalitäten und ggf. Antragsfristen geben die KVen Auskunft.

Die für eine Beschaffung in Betracht kommenden eHealth-BCS-Kartenterminals unterscheiden sich in ihren technischen Einzelheiten.



Die Abmessungen der Geräte, die Anordnung der Kartensteckplätze; die Größe der Eingabetasten, die Art und Größe der Anzeige am Kartenterminal können Beschaffungskriterien sein, je nach räumlichen Aufstellungsbedingungen und Anforderungen für eine ergonomisch sinnvolle Nutzung.

Für vorhandene MKT-Geräte, die in letzter Zeit beschafft wurden, kommt ggf. auch eine Aufrüstung zu einem eHealth-BCS-Kartenterminal in Betracht. Dies gilt z.B. für die MKT 6011, 6020 und 6220 von CCV Celectronic und für MKT 6041 L MKT+ der Sagem Monétel GmbH.

Nach aktuellem Stand der Testaktivitäten ist trotz einer gematik-Zulassung eine **Interoperabilität** zwischen Primärsystemen, eGK Generation 1-Karten und eHealth-BCS-Kartenterminals nicht mit absoluter Gewissheit gesichert. Daher sollte bei dem Primärsystemhersteller abgefragt werden, ob derartige Interoperabilitätstests mit dem vorgesehenen eHealth-BCS-Kartenterminal erfolgreich durchgeführt werden konnten.

5.3.4 Finanzierung der eHealth-BCS-Kartenterminals

Die Re-Finanzierung der eHealth-BCS-Kartenterminals, die der Finanzierungsvereinbarung unterliegen, erfolgt über einen Telematikzuschlag in der Abrechnung für jeden voll- und teilstationären Krankenhausfall. In den Telematikzuschlag gehen neben der Pauschale für die Primärsystemanpassung (1.500,- EUR) die Anschaffungskosten (430,- EUR je Gerät) und installationsbedingten Kosten (129,- EUR) der eHealth-BCS-Kartenterminals in der vereinbarten Menge ein.

5.3.5 Drucker

Kartenterminals sind bislang an bestimmten Arbeitsplätzen, z.B. in der Notallaufnahme, mit einem Etiketten- oder Formulardrucker verbunden, der einen Aus-

druck mit den Versichertendaten der KVK ermöglicht („Lesegerät-Drucker-Kombination“).

Für die eHealth-BCS-Kartenterminals, die im Krankenhaus zum Einsatz kommen, muss gezielt geprüft werden, ob diese Funktion (über die serielle Schnittstelle) noch verfügbar ist, oder ggf. ein neuer Drucker beschafft werden muss.

5.4 Organisatorische Maßnahmen

5.4.1 Neue Verantwortlichkeiten

Mit dem Start-Szenario werden im Krankenhaus vorhandene Komponenten der IT-Infrastruktur zunächst nur angepasst (Primärsysteme) oder ausgetauscht (Kartenterminal). Interne Arbeitsabläufe werden, mit Ausnahme einer verbesserten Identitätsfeststellung anhand des eGK-Lichtbilds, nicht geändert. Neue Sicherheits- und Datenschutzanforderungen ergeben sich nicht. Wie bisher ist eine Nutzung von Einrichtungen des Krankenhauses durch Unbefugte mit geeigneten Maßnahmen zu unterbinden, z.B. Schutz des Arbeitsplatzes vor Zugriff durch Fremde.

Das Start-Szenario bildet allerdings die weitere Migration in die Ausbaustufen der Telematikinfrastruktur, die im Krankenhaus zeitnah vorbereitet werden muss (siehe Kapitel 6). Mit der weiteren Entwicklung sind besonders folgende neue Verantwortlichkeiten (Rollen) verbunden:

- Projektverantwortung für die reibungslose eGK-Einführung im Krankenhaus,
- Infrastrukturverantwortung und „eGK-Systemadministrator“,
- Betriebsverantwortung (z.B. Serviceverträge, Help Desk),
- Sicherheits- und Datenschutzverantwortung (z.B. Ausfallverfahren, Zugriffskontrolle).

In der Fortschreibung dieses Dokuments wird hierauf für die folgenden Szenarios genauer eingegangen werden.

5.4.2 Aktualisierte Arbeitsanweisungen

Anhand von aktualisierten Arbeitsanweisungen sind die Maßnahmen zu beschreiben, die bei Problemen unternommen werden müssen:

- Wenn die eGK der Person, die sie als eigene Versicherungskarte übergibt, nicht ohne Weiteres zugeordnet werden kann.

Wenn auch mit Hilfe des Personalausweises keine eindeutige Zuordnung möglich und der Versicherte nicht bekannt ist, aber eine Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen will, ist die Einstufung als Selbstzahler erforderlich, weil eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse, die die eGK herausgegeben hat, aufgrund fehlender Personenübereinstimmung nicht möglich ist. Bei der Krankenkasse sollte eine Klärung des Versicherungsverhältnisses erfolgen. Eine Nachricht über einen Missbrauchsverdacht muss nicht erfolgen.

- Wenn die eGK technisch nicht lesbar ist, oder
- wenn ein Versicherter eine eGK präsentiert und das Krankenhaus seine Anpassungsmaßnahmen noch nicht abgeschlossen hat und der Versicherte nicht mehr über eine „alte“ KVK verfügt,

Die Versichertenstammdaten müssen manuell anhand der eGK erfasst werden. Dafür stehen die von der eGK lesbaren Daten zur Verfügung (Ersatzverfahren).

- Wenn die eGK genutzt werden kann, aber vorhandene Daten aus vorausgehenden Behandlungen dem Versicherten nicht zugeordnet werden.

Durch die neue, eindeutige Krankenversicherungsnummer (Versicherten-Id) können im Primärsystem vorhandene Daten dem Versicherten nicht mehr ohne weiteres zugeordnet werden. Das Primärsystem muss dafür zunächst anhand der eGK-Daten prüfen, ob im Patientendatenbestand ein oder ggf. mehrere Versicherte enthalten sind, die dem „eGK-Versicherten“ zugeordnet werden. (Einzelheiten enthält das „Konformitätsprofil Versichertenstammdaten“, verfügbar auf der DKG-Webseite).

Für Fragen ist ein Ansprechpartner im Krankenhaus (Help Desk) zu benennen, der in Problemfällen kontaktiert werden kann.

5.4.3 Schulungsmaßnahmen

Die Mitarbeiter an Arbeitsplätzen, an denen die Versichertenstammdaten der eGK eingelesen werden, müssen über die wesentlichen Merkmale der eGK und ihre Darstellung in den Bildschirmmasken des Primärsystems informiert und eingewiesen werden.

6 Ausblick

6.1 Zielstellung

Dieses Kapitel soll ein Verständnis der insgesamt mit der Einführung der Telematikinfrastruktur verbundenen Auswirkungen und Aufgaben im Krankensektor ermöglichen. Die Darstellung benennt einzelne Bausteine für die Umsetzung, die in der Fortschreibung dieses Dokuments detailliert erläutert werden.

Zweck der nachfolgenden Ausführungen ist es nicht, eine Detailplanung darzustellen, welche sofort übernommen werden kann. Die spezifische Situation in den einzelnen Krankenhäusern erfordert eine eigenständige organisatorische und technische Planung der Umsetzung.

6.2 Aktueller Stand und Ausblick

In nachfolgender Grafik wird die aktuelle Zeitplanung für den Basis-Rollout und den Online-Rollout dargestellt.

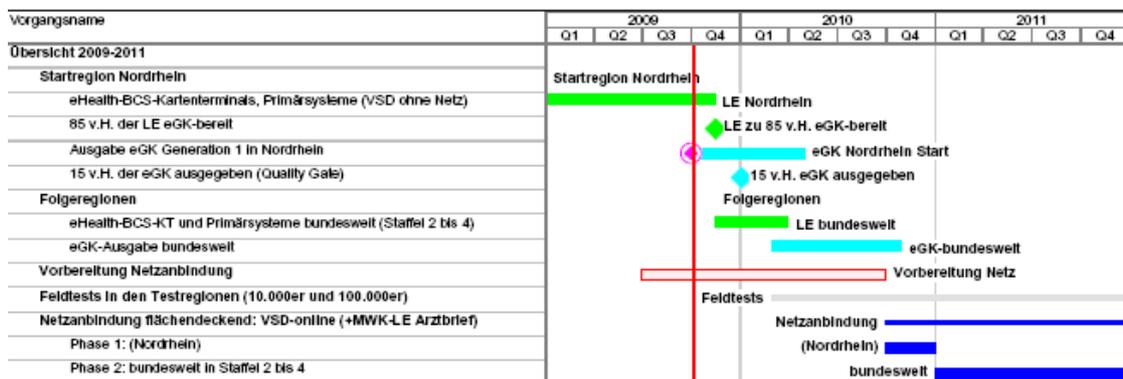


Abbildung 10: Rollout Planung der Telematikinfrastruktur

Begleitend zu dem Basis-Rollout werden in 2010 die Testmaßnahmen in Vorbereitung des Online-Rollout fortgeführt.

Der Beginn einer flächendeckenden Netzanbindung der Leistungserbringer ist frühestens für das IV. Quartal 2010 zu erwarten.

6.3 Planungsentwurf zur Integration

Folgende Phasierung wird bei der Integration der Telematikinfrastruktur empfohlen:

- Umsetzungsphase 1:**
Herstellung der administrativen Grundfunktion „Karte offline“
 Es erfolgt eine Umsetzung des in den vorhergehenden Kapiteln dargestellten **Start-Szenario**. Dabei werden Aufnahme-Arbeitsplätze zur Verarbeitung der Versichertenstammdaten der eGK ausgerüstet. Bei der Verarbeitung der Stammdateninformationen ist die neue, eindeutige und lebenslang gültige einheitliche Krankenversicherungsnummer zu berücksichtigen.

- **Umsetzungsphase 2:**

- **Herstellung der Grundfunktion „Karte offline und online“**

- Es erfolgt eine Umsetzung der Funktionalitäten „Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten“ und (optional) „Mehrwertkommunikation der Leistungserbringer“ im **Kartenszenario**.

- In einer zweiten Stufe kommen (in Abhängigkeit von gematik-Entscheidungen) die Verordnungsdaten für Arzneimittel (offline und online) und die Notfalldaten auf der eGK hinzu.

- Der Zugriff auf die eGK-Daten wird über den Institutionsausweis (SMC-B) durch einen mandantenfähigen Konnektor realisiert. Dabei muss eine sinnvolle Abbildung der Mandantenstruktur im Krankenhaus auf den Konnektor entwickelt werden. Eigenständige Systeme in getrennten Verantwortungsbereichen, z.B. für ermächtigte Ärzte, sind durch einen eigenen Institutionsausweis abzubilden. Für den Einsatz der Heilberufsausweise der Ärzte, insbesondere für Signaturzwecke, ist ein praktikables Regelwerk zu verankern und durch geeignete Komponenten (Komfortsignatur, „HBA-Safe“) zu unterstützen.

- Der Einsatz eines Mehrkomponentenkonnektors sollte wegen der erheblichen erhöhten Komplexität und damit verbundenen Integrations- und Betriebsaufwendungen in dieser Phase vermieden werden.

- Zur Wahrung der Rechte des Versicherten an seinen Daten sind geeignete Verfahren zu etablieren (z.B. Einwilligung zu Notfalldaten). Für die Zugriffe auf die eGK-Daten des Versicherten ist eine Protokollierung und ein Identitäts- und Berechtigungsmanagement vorzusehen.

- **Umsetzungsphase 3:**

- **Herstellung der fachlichen Anbindung und Kommunikation**

- Es erfolgt eine Umsetzung der fachlichen Anbindung aus dem Kartenszenario und **Telematik-Szenario**. Die Kommunikation mit Leistungserbringern könnte schrittweise in einen Kommunikationsserver ausgelagert werden, der eine sichere Verwaltung der Kommunikation mit den externen Mehrwertdiensten (MWK-LE, elektronische Fallakte, etc.) der Gesundheitstelematik ermöglicht. Für die Übernahme externer elektronischer Dokumente in die Behandlungsdokumentation kommt die Einrichtung einer Patientendatenpoststelle in Betracht.

- Für die Wahrnehmung der Rechte des Versicherten ist die Integration eines dafür vorgesehenen Patienten-eKiosk zu klären.

- Aufgrund der Durchdringung der fachlichen Prozesse mit Telematikfunktionen muss insbesondere für größere Krankenhäuser der Einsatz eines Inbox-Konnektors überprüft werden. Spätestens in dieser Phase wird der Einsatz eines Mehrkomponenten-Konnektors eine ernsthafte Architekturoption.

- Die Abhängigkeit der eigenen Geschäftsprozesse von der Funktionsfähigkeit der Telematik-Komponenten erfordert die Verfügbarkeit von Ersatzlösungen bei einem Ausfall der Betriebsbereitschaft dieser Komponenten.

Jede der Umsetzungsphasen lässt sich in gleiche Abschnitte unterteilen, welche zu durchlaufen sind. Dabei ist die Intensität der einzelnen Umsetzungsabschnitte abhän-

gig von den spezifischen Ausgangsbedingungen (Größe, Organisationsstruktur, IT-Infrastruktur). Trotz der Unterschiede in der konkreten Umsetzung sind grundsätzlich folgende Abschnitte zu planen und zu durchlaufen.

Abschnitte in den Umsetzungsphasen:

1. Detailkonzept

für die entsprechende Umsetzungsphase werden die konkreten und detaillierten Konzepte erstellt und Umsetzungsschritte geplant. Mit den einzelnen Umsetzungsphasen erhöht sich bei zunehmender Komplexität der Grad der Abhängigkeiten und Auswirkungen.

2. Initiierung der Umsetzung

Es ist davon auszugehen, dass (gerade mit aufsteigenden Phasen) die Umsetzung explizit zu initiieren ist. Dies kann die Beauftragung/Ausschreibung externer Unterstützung und Komponenten, ebenso wie die Initiierung der Aktivitäten in den internen Org/IT-Abteilungen, bedeuten.

3. Einführung

Diesem Abschnitt sind die konkreten Umsetzungsaktivitäten zuzuordnen. Entsprechend der Komplexität ist hierfür mit zunehmenden Umsetzungsphasen ein abgestuftes Vorgehen vorzusehen.

4. Betrieb und Anpassung

Neben der Initiierung und Umsetzung der operativen Betreuung, sind die betroffenen Mitarbeiter zu schulen. In den weiteren Umsetzungsphasen ergeben sich aus der zunehmenden Integration in die administrativen und Fachprozesse im Betrieb Anpassungserfordernisse, die durch ein internes Änderungsmanagement unterstützt werden müssen.

Nachfolgende Grafik zeigt eine Empfehlung hinsichtlich der Umsetzung der einzelnen Phasen und deren Abschnitte in Abhängigkeit des Fortschrittes der Einführung der Telematikinfrastruktur.

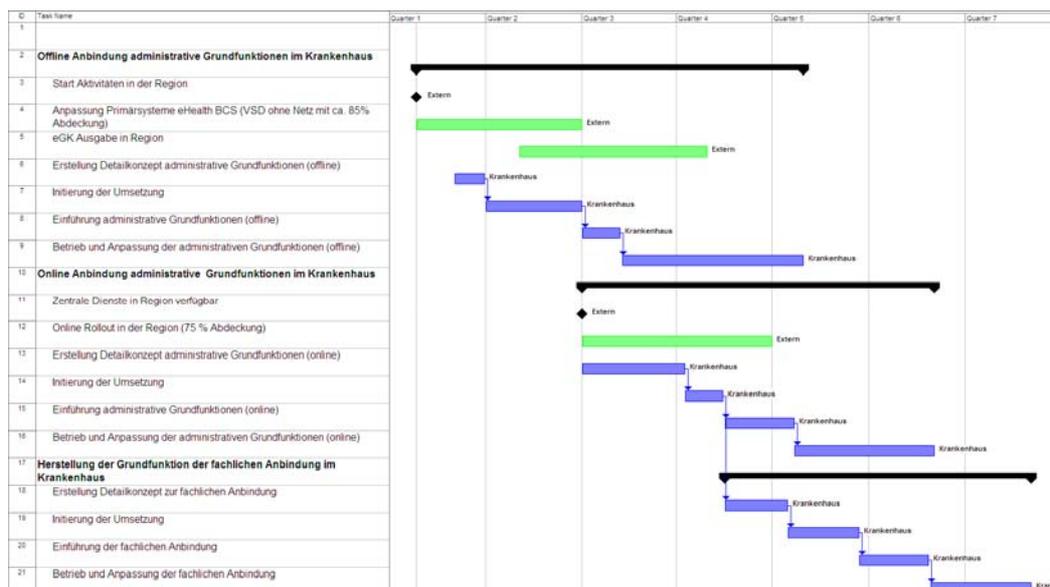


Abbildung 11: Phasen der Einführung der Telematikinfrastruktur bei den Krankenhäusern

Die Einführung der Telematikinfrastuktur hat erhebliche Auswirkungen auf die Prozesse und IT-Infrastruktur der Krankenhäuser. Ein phasenweises Vorgehen macht die Aufgaben überschaubar und handhabbar. Sinnvoll ist die frühzeitige **Erstellung einer eigenen phasenübergreifenden Gesamtkonzeption**. Diese ermöglicht sowohl die einzelnen Aktivitäten vorausschauend zu planen und an der eigenen Strategie auszurichten als auch die langfristige Budgetierung der zur Umsetzung erforderlichen Aktivitäten. In Anbetracht der vielfältigen Diskussionen, Aktivitäten und Entscheidungen, die für die Krankenhäuser anstehen, unterstützt eine Gesamtkonzeption ein zielgerichtetes Vorgehen und eine effiziente und effektive Auslastung begrenzter Ressourcen.

Anhang A Finanzierungsregelungen

Den Krankenhäusern werden nach § 291a Abs. 7, 7a SGB V die bei ihnen entstehenden erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten sowie die im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehenden Kosten durch einen Zuschlag finanziert (*Telematikzuschlag*). Der Zuschlag wird gem. § 291a Abs. 7a SGB V in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen und geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 BPfIV oder das Erlösbudget nach § 4 KHEntgG sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein.

Am 27.6.2008 haben die DKG und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in Umsetzung eines Schiedsspruchs auf Grundlage des § 291a Abs. 7, 7a SGB V eine Vereinbarung zur Ermittlung und Finanzierung eines krankenhausesindividuellen Telematikzuschlags für das Jahr 2009 geschlossen (s. A1), der über die voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses (mit jeweils eigenem Entgeltschlüssel) abgerechnet wird.

Am 30.10.2008 haben die DKG und der nun zuständige GKV-Spitzenverband die Vereinbarung um Regelungen zur Finanzierung von Kartenlesegeräten in Notfallambulanzen an Krankenhäusern ergänzt (s. A2).

Am 19.11.2008 haben die DKG und der GKV-Spitzenverband nach entsprechender Ermittlung durch die gematik die Höhe der je Kartenterminal zu erstattenden Kostenpauschale und die Höhe des Zuschlags zur Finanzierung der installationsbedingten Aufwendungen vereinbart (s. A3).

Am 6.8.2009 haben die DKG und der GKV-Spitzenverband eine gemeinsame Empfehlung zur Umsetzung beschlossen, die auf eine rechtzeitige Vereinbarung des Telematikzuschlags in der Budgetrunde 2009 abzielt (s. A4).

A1 **Finanzierungsvereinbarung vom 27.6.2008**

(Schiedsstellenergebnis)

Präambel:

Diese Vereinbarung dient der einmaligen Finanzierung der bei den Krankenhäusern anfallenden Kosten, die mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sowie den damit einhergehenden Anwendungen entstehen. Zunächst umfasst die Vereinbarung die Finanzierung der mit der Realisierung des Release 0 der Planungen der gematik anfallenden Kosten im Rahmen des Roll-Outs der elektronischen Gesundheitskarte (Anbindung der Lesegeräte). Diese Vereinbarung wird weiterentwickelt, wenn absehbar ist, dass weitere Anwendungen im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte bzw. der Telematikinfrastruktur zur flächendeckenden Anwendung kommen können (Anbindung der Infrastruktur).

§ 1 Finanzierung der stationären Kartenlesegeräte

(1) Jedes Krankenhaus erhält für je angefangene 25 Betten ein eHealth-BCS-Kartenterminal, mindestens aber ein eHealth-BCS-Kartenterminal pro Fachabteilung. Die Zuordnung der Betten zu den Abteilungen und die Abteilungsstrukturen werden primär über den Ausweis im Krankenhausplan durchgeführt. Hilfsweise wird die von den Pflegesatzparteien vor Ort den Budgetverhandlungen zugrunde gelegte Abtei-

lungsstruktur herangezogen. Sollte eine Zuordnung der Bettenzahl nach beiden Alternativen nicht möglich sein, erfolgt eine Division der Bettenzahl des Krankenhauses durch den Faktor 25, um die notwendige Anzahl der Kartenleseterminals zu ermitteln. Jede räumlich getrennte Institutsambulanz im Sinne der §§ 117, 118 und 119 SGB V erhält ein eHealth-BCS-Kartenterminal.

(2) Die Höhe der Pauschale errechnet sich aus dem Durchschnitt der Marktpreise des unteren Preisdrittels der eHealth-BCS-Kartenterminals.

§ 2 Finanzierung der installationsbedingten Aufwendungen

(1) Die Krankenhäuser erhalten als Ausgleich für die Anpassung der Primärsysteme und den installationsbedingten Aufwand der eHealth-BCS-Kartenterminals eine Pauschale in Höhe von 1.500 € pro Krankenhaus und einen Zuschlag in Höhe von 30 v.H. der Pauschale nach § 1 Absatz 2 je eHealth-BCS-Kartenterminal.

(2) Eine Finanzierungsregelung zu den Betriebskosten erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt (s. Präambel).

§ 3 Abwicklung

(1) Die Vertragspartner beauftragen die gematik mit der Berechnung der in § 1 genannten durchschnittlichen Marktpreise bis zum 15. November 2008, damit der Telematikzuschlag für das Jahr 2009 ermittelt und vereinbart werden kann.

(2) Die Kostenträger nach § 18 Abs. 2 KHG vereinbaren mit jedem Krankenhaus einmalig das Finanzierungsvolumen nach §§ 1 und 2, sobald in der Region die Ausstattung der Krankenhäuser mit Kartenterminals beginnt.

(3) Der Nachweis über die benötigten Geräte erfolgt gegenüber den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und bzw. § 17 BPfIV und dient als Grundlage für die entsprechenden Vereinbarungen. Die Finanzierung der vereinbarten Gesamtaufwände erfolgt anteilig, d. h. fallbezogen im nächsten Pflegesatzzeitraum über den Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 2 SGB V. Der Zuschlag ergibt sich aus der Division des Finanzierungsvolumens nach Absatz 2 durch die vereinbarte Fallzahl der stationären Krankenhausesfälle, nach den Formularen E1, E3.1, E3.3 der Anlage zum KHEntgG sowie aus dem LKA-Formular L1 Anlage zur BPfIV.

(4) Jedes Krankenhaus erhält einmalig den Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 2 SGB V, der von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG nach Maßgabe der Vorgaben zu der Anzahl der benötigten Lesegeräte nach § 1 und auf Basis der Preiskomponenten nach § 1 Abs. 2 und § 2 vereinbart wird.

§ 4 Schlussbestimmung

Diese Vereinbarung tritt zum 30. Juni 2008 in Kraft

A2 **Ergänzungsvereinbarung für Notfallambulanzen**

Präambel

Im Einvernehmen der Vertragspartner wird die Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß § 291a Abs. 7a Satz 6 SGB V in der Fassung vom

27.06.2008 auf die Notfallambulanzen des Krankenhauses ausgeweitet. Die Finanzierung der den ermächtigten Krankenhausärzten und ermächtigten Institutsambulanzen entstehenden Kosten wird in der entsprechenden Vereinbarung zwischen dem GKV Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt.

§ 1 Finanzierung der stationären Kartenlesegeräte der Notfallambulanzen an Krankenhäusern

(1) Jedes Krankenhaus, bei dem ein Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 4 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG nicht vereinbart wurde, erhält für jede räumlich getrennte Notfallambulanz ein eHealth BCS Kartenterminal.

(2) Die Notfallambulanzen nach Absatz 1 sind vom Krankenhaus anhand der Quartalsabrechnung der Gebührenordnungspositionen aus Abschnitt II 1.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs 2008 (EBM) mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

(3) Die Höhe der Pauschale, die Finanzierung der installationsbedingten Aufwendungen und die Abwicklung richten sich nach der Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß § 291a Abs. 7a Satz 6 SGB V in der Fassung vom 27.06.2008.

§ 2 Schlussbestimmung

Diese Vereinbarung tritt zum 1.11.2008 in Kraft.

A3 **Ergänzungsvereinbarung zur Höhe der Pauschalen**

Präambel

Im Einvernehmen der Vertragspartner wird die in der Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß §291a Abs. 7a Satz 6 SGB V in der Fassung vom 27.06.2008 vorgesehene Festlegung der Höhe der Pauschale der Kartenlesegeräte gemeinsam festgestellt.

§ 1 Höhe der Pauschale für stationäre Kartenlesegeräte

1. Die Höhe der Pauschale nach § 1 Abs. 2 i.V.m. § 3 Abs. 1 der Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß § 291 a Abs. 7 a Satz 6 SGB V in der Fassung vom 27.06.2008 für ein stationäres Kartenlesegerät beträgt 430,00 Euro.

2. Die Höhe des prozentualen Zuschlags nach § 2 Abs. 1 (Finanzierung der installationsbedingten Aufwendungen) beträgt 129,00 Euro.

§ 2 Schlussbestimmung

Diese Vereinbarung tritt zum 15.11.2008 in Kraft.

A4 Gemeinsame Empfehlung zur Umsetzung

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft verfolgen das gemeinsame Bestreben, den Nutzen der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ohne Verzögerungen zugänglich zu machen.

Hierfür haben sie am 27.6.2008 eine „Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß § 291a Abs. 7a SGB V“ geschlossen, nach der die Finanzierung der mit der Realisierung des Release 0 der Planungen der gematik anfallenden Kosten im Rahmen des Basis-Rollouts der elektronischen Gesundheitskarte refinanziert werden, und diese Vereinbarung im weiteren Verlauf des Jahres 2008 durch zwei Folgevereinbarungen im Oktober und November 2008 weiter konkretisiert.

Hierbei war es das gemeinsame Verständnis beider Partner, zeitlich gleichlaufend zu den Planungen der gematik und der tatsächlichen Durchführung des Basis-Rollouts die hierfür erforderliche Ausstattung der Krankenhäuser mit eGK-fähiger Infrastruktur und deren Refinanzierung sicherzustellen, um den Rollout-Prozess nicht durch ungeklärte Finanzierungsfragen zu belasten.

Aufgrund der für den Krankenhausbereich maßgeblichen budgetrechtlichen Regulationsmechanismen und Genehmigungserfordernisse erfordert dies eine grundsätzliche Vereinbarung des Telematikzuschlags in den Budgetvereinbarungen für das Jahr 2009, um den Zuschlag entsprechend den gematik-Planungen mit dem jeweiligen Beginn der Ausstattung der Krankenhäuser in den jeweiligen Rollout-Regionen auch tatsächlich erheben zu können. Die Abrechnung des Telematikzuschlags erfolgt dabei in direkter Abhängigkeit vom Beginn der Ausstattung in den Regionen gemäß den Beschlüssen der gematik.

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfehlen den Landeskrankenhausgesellschaften, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regelmäßig über den Stand der Ausstattung der Krankenhäuser in den einzelnen Bundesländern mit Kartenlesegeräten („e-GK ready“) zu informieren.

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft appellieren an die Verantwortlichen vor Ort, sowohl in den Pflegesatzverhandlungen als auch den Genehmigungsverfahren im Sinne dieses gemeinsamen Verständnisses der Finanzierungsvereinbarungen zu handeln.

Schon abgeschlossene Budgetvereinbarungen genießen Bestandsschutz.

Anhang B Berechnung Telematikzuschlag

Das folgende Muster kann zur Ermittlung des Telematikzuschlags verwendet werden.

Krankenhaus:					
1	eHealth-BCS-Kartenterminals, Gesamtmenge (§1)			14	
	Bettenzahl (lt. Krankenhausplan)	264			
	Fachabteilungen und Fachabteilungsbetten (lt. Krankenhausplan, hilfswise Budgetvereinbarung)				
1.1	Maßgebliche Anzahl für stationären Bereich			[12]	
	1. Chirurgie	86	:25=3,4	4	
	2. Innere Medizin	120	:25=4,8	5	
	3. Frauenheilkunde, Geburtshilfe	39	:25=1,6	2	
	4. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	19	:25=0,8	1	
1.2	Institutsambulanzen, räumlich getrennt			[0]	
	1. § 117 SGB V (Hochschulambulanzen)			0	
	2. § 118 SGB V (Psychiatrische Institutsambulanzen)			0	
	3. § 119 SGB V (Sozialpädiatrische Zentren)			0	
1.3	Notfallambulanzen, räumlich getrennt			[2]	
	Chirurgische Notfallambulanz			1	
2	Durchschnittspreis eHealth-BCS-Kartenterminal (inkl. USt.)	[430,- × 14]			6.020,00
3	Installationsbedingte Aufwendungen (§ 2)				
3.1	Pauschale für Anpassung Primärsystem	1.500,- inkl. USt.			1.500,00
3.2	Installation eHealth-BCS-Kartenterminal (30 v.H.)	[129,- × 14]			1.806,00
4	Finanzierungsvolumen (§ 3)				9.326,00
5	Vereinbarte Fallzahl der stationären Krankenhausfälle (E1, E3.1, E3.3, L1)				
6	Telematikzuschlag (Nr. 4 dividiert durch Nr. 5)				

Hinweis:

Ambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte und ermächtigte Institutsambulanzen sind durch die Finanzierungsvereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband für den vertragsärztlichen Bereich geregelt, die für persönlich ermächtigte Ärzte und ermächtigte Institutsambulanzen entsprechend gilt. Hierfür sind die zwischen der KBV bzw. den Landes-KVen und den jeweiligen Kostenträgern getroffenen Regelungen maßgeblich.

Über die dortigen Nachweis-, Auszahlungsmodalitäten und ggf. Antragsfristen geben die KVen Auskunft.

Anhang C Checkpunkte für das Start-Szenario

Die folgenden Tabellen mit Checkpunkten listen die im Start-Szenario erforderlichen Maßnahmen auf. Sie sollen als Muster dienen, nach dem jedes Krankenhaus seine eigene Planung ausrichten und verfeinern kann.

Checkpunkte Technik und Finanzierung

(Primärsystemanpassung und eHealth-BCS-Kartenterminals)

Thema	Termin	Verantwortlich	Status
Telematikzuschlag ist (grundsätzlich) vereinbart.			<input type="checkbox"/>
Start der Anpassung und Abrechnungsbeginn des Telematikzuschlags in der Region sind geklärt.			<input type="checkbox"/>
Betroffene Primärsysteme sind identifiziert.			<input type="checkbox"/>
Anpassung der Primärsysteme ist zeitlich festgelegt.			<input type="checkbox"/>
Primärsystem-Hersteller belegt Konformität.			<input type="checkbox"/>
Mengengerüst und Aufstellungsorte für eHealth-BCS-Kartenterminals sind festgelegt.			<input type="checkbox"/>
Interoperabilität von Primärsystem, eHealth-BCS-Kartenterminal und eGK Generation 1-Karten ist geklärt.			<input type="checkbox"/>
Ausdruck von Versichertenstammdaten über das eHealth-BCS-Kartenterminal ist geklärt („Lesegerät-Drucker-Kombination“).			<input type="checkbox"/>
Produktauswahl für eHealth-BCS-Kartenterminals ist abgeschlossen.			<input type="checkbox"/>
Beschaffung und Lieferung von eHealth-BCS-Kartenterminals ist zeitlich festgelegt.			<input type="checkbox"/>
Musterkarten eGK Generation 1 sind verfügbar.			<input type="checkbox"/>
Funktionstest am Arbeitsplatz erfolgreich absolviert.			<input type="checkbox"/>
„eGK-ready“-Zustand ist an die Landeskrankenhausesellschaft gemeldet.			<input type="checkbox"/>

Checkpunkte Organisation

(Verantwortlichkeiten, Arbeitsanweisungen, Schulung)

Thema	Termin	Verantwortlich	Status
Die Projektverantwortung für die eGK-Einführung im Krankenhaus ist festgelegt.			<input type="checkbox"/>
Die Verantwortung für die IT-Infrastruktur und die „eGK-Systemadministration“ ist festgelegt.			<input type="checkbox"/>
Die Betriebsverantwortung ist geklärt und Serviceverträge sind angepasst.			<input type="checkbox"/>
Ein Help Desk ist eingerichtet.			<input type="checkbox"/>
Für Sicherheit und Datenschutz sind Verantwortliche und maßgebliche Regeln geklärt.			<input type="checkbox"/>
Aufnahmepersonal und andere betroffene Mitarbeiter sind in das neue Regelwerk zur Identitätsfeststellung eingewiesen und verfügen über aktualisierte Arbeitsanweisungen.			<input type="checkbox"/>
Das Ersatzverfahren bei Nicht-Verwendbarkeit der eGK ist definiert und getestet.			<input type="checkbox"/>
Die Versichertenstammdaten werden in den Abrechnungsverfahren fehlerfrei verarbeitet			<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiter sind über die Funktionalität des Basis-Rollouts und die neue Gesundheitskarte informiert und zu Änderungen an ihren Arbeitsplätzen eingewiesen.			<input type="checkbox"/>