



Anforderungsprofil Pilot

*"Elektronisches Kostengutspracheverfahren
zwischen Leistungserbringern und den
kantonalen Gesundheitsorganisationen"*
der GDK-Ost Kantone (AI, AR, GL, GR,
SG, SH, TG, ZH) und TI

24. Januar 2007



Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen
Moosbruggstrasse 11
CH-9001 St.Gallen



GDK-Ost Arbeitsgruppe E-Health
Moosbruggstrasse 11
CH-9001 St.Gallen

Document	
Klassifizierung	öffentlich
Status	Freigabe
Autor(en)	Charlotte Rova-Roth (RC) Renato Baumgartner (BG)
Review	GDK-Ost AG E-Health
Erstellte Exemplare	elektronisch
Verteiler	

- History				
Datum	Version	Autor/en	Bemerkung	Seiten
11.11.2006	001	BG	Erster Entwurf	20
12.11.2006	002	RC	Review I	20
20.11.2006	003	BG	Internes Diskussionspapier	25
24.11.2006	004	BG/RC	Ergebnisse	26
03.12.2006	005	BG	Vernehmlassungsfassung AG E-Health GDK-Ost	26
08.01.2007	006	BG/RC	Ergebnisse der Vernehmlassung und Nachträge	29
16.01.2007	007	BG	Nachträge	29
16.01.2007	100	BG	Freigabe	29
24.01.2007	101	BG	Freigabe Internet öffentlich	29

Gleichberechtigung

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung wird die männliche Form gewählt. Wenn im Wortlaut für Personen die männliche Form gebraucht wird, ist im Sinn der Gleichberechtigung auch immer die weibliche Form gemeint.

Haftansprüche

Haftansprüche welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern hier nachweislich kein vorsätzliches oder grobfahrlässiges Verschulden vorliegt.

Copyright © 2006 Gesundheitsdepartement Kanton St.Gallen und GDK-Ost

Diese Dokumentation ist für den alleinigen Gebrauch des Herausgebers und von ihm vorgesehenen Empfängern bestimmt. Kein Teil dieser Dokumentation darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder in einem anderen Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Herausgeber reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme ausserhalb der vorgesehenen Empfängergruppe verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen
Controllerdienst
Moosbruggstrasse 11
9001 St.Gallen

GDK-Ost Arbeitsgruppe E-Health
Moosbruggstrasse 11
9001 St.Gallen

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage.....	4
1.1	Kostengutsprache Leistungserbringer–Kantone.....	4
1.2	Kostengutsprache Spitäler–Krankenversicherer.....	4
1.3	Prozesse in den Gesundheitsorganisationen.....	5
1.4	Infrastruktur bei den Gesundheitsbehörden.....	6
1.5	Weitere Kenndaten.....	6
2	Abgrenzungen und Zusammenarbeit.....	7
2.1	Aufgabenbereich.....	7
2.2	Zeitliche Phasen.....	7
2.3	eGovernment.....	7
2.4	GDK-Ost.....	7
2.5	Weitere Zusammenarbeit.....	7
3	Zielsetzungen.....	8
3.1	Übergeordnete Ziele.....	8
3.2	Entwicklungen E-Health.....	8
3.3	Pilot KOGU.....	8
3.4	Vorgehen.....	8
4	Anforderungen an den Pilot.....	9
4.1	Begriffe und Definitionen.....	9
4.1.1	Medizinische Validierung.....	9
4.1.2	Administrative Validierung.....	9
4.1.3	Administration Rechnungswesen.....	9
4.1.4	Organisation und Prozesse.....	10
4.1.5	Korrelation zum bestehenden Formular.....	10
4.2	Umwelt.....	11
4.3	Stammdaten.....	13
4.4	Prozesse der Kostengutsprache.....	13
4.4.1	Einreichung der Kostengutsprache.....	13
4.4.2	Erteilung der Kostengutsprache.....	15
4.4.3	Wiedererwägung.....	17
4.4.4	Abrechnung der Kostengutsprache.....	17
4.5	Auswertungen und Statistik.....	18
4.5.1	Grundsätzliches.....	18
4.5.2	Anforderungen.....	19
4.6	Umsetzungs-Phasen.....	20
4.6.1	Phase II.....	20
4.6.2	Phase III.....	21
4.7	Projektorganisation.....	22
4.7.1	Projektmanagement Methoden und Verfahren.....	22
4.7.2	Aufbauorganisation.....	22
4.8	Pilotinstallation.....	22
4.9	Termine.....	23
5	Normen, Standards und Datenschutz.....	24
5.1	Normen und Standards.....	24
5.2	Datenschutz.....	24
5.3	Revision.....	24
6	Mögliche zukünftige Entwicklung.....	25
7	Administratives.....	26
7.1	Vertraulichkeit / Copyright.....	26
7.2	Ansprechperson.....	26
7.3	Allgemeine Geschäftsbedingungen.....	26
8	Beilagen.....	27
A.1	– Antragsformular aktuell.....	28
A.2	– Abkürzungen Glossar und Referenzen.....	29

1 Ausgangslage

Die Arbeitsgruppe Tarife der GDK-Ost gelangte am 23. März 2005 mit dem Anliegen der „Kostengutsprache für ausserkantonale Behandlungen nach Artikel 41.3 KVG“ – nachfolgend KOGU-KT genannt – an das Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen. Der Projektauftrag wurde folgendermassen definiert:

„In einem Grobkonzept soll die elektronische Abwicklung des Kostengutspracheverfahrens zwischen Leistungserbringern und den Gesundheitsbehörden der Kantone (SG, TG, AR, AI, SH, ZH, GL und GR) dargestellt werden. Anhand eines Pilots soll die Machbarkeit dargestellt werden.“

In der Folge sind folgende Arbeiten angegangen worden:

- August 2005: Analyse der Abläufe im Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen [2],
- November 2005: Kickoff GDK-Ost Arbeitsgruppe E-Health,
- Juni 2006: Direktorinnen und Direktoren der GDK-Ost erklären die elektronische Unterstützung des Kostengutspracheverfahrens für ausserkantonale Hospitalisationen nach Art. 41.3 KVG als prioritäres Vorhaben,
- Oktober 2006: Erfassung der Abläufe in den Gesundheitsorganisationen der GDK-Ost [6].

1.1 Kostengutsprache Leistungserbringer–Kantone

Das zur Anwendung kommende Formular „Kostengutsprache für ausserkantonale Behandlungen nach Artikel 41.3 KVG“ kann auf der Internet-Seite der GDK¹ abgerufen werden. Das Formular (Anhang A.1) steht als dot- und pdf-Datei zur Verfügung und lässt sich dank der Steuerelemente (Kontrollkästchen, Options- und Textfelder) einfach ausfüllen.

Ernüchternd muss jedoch festgestellt werden, dass grossmehrheitlich die Kostengutsprachen händisch ausgefüllt werden [2,6]. In Spitälern kommen Vorlagen zum Einsatz, die einmal mit den Standarddaten (antragstellendes Spital) ausgefüllt und dann als Kopie für die Aufnahme der variablen Daten (Patient resp. Patientenkleber sowie der Diagnose und Therapie) verwendet werden. Diese Vorgehensweise führt im Weiteren dazu, dass ältere Generationen der Formulare über einen längeren Zeitraum im Umlauf bleiben.

Unter den Hinweisen zum Formular (Seite 2) wird die Zuständigkeit für das Ausfüllen des Antrages festgehalten. Obwohl bei einem geplanten Spitalaufenthalt der behandelnde Arzt den Antrag einreichen müsste – und dies auch zum Teil macht – ist der Prozess in den Spitälern so etabliert, dass bei jedem Eintritt eine entsprechende Kostengutsprache veranlasst wird [4].

1.2 Kostengutsprache Spitäler–Krankenversicherer

Das Fachorgan Forum Datenaustausch² hat im Juli 2005 eine auf dem XML-Standard basierende elektronische Kostengutsprache in Version 4.0 zur Verfügung gestellt. Per 31. Oktober 2006 ist die Vernehmlassung für die neue Version 5.0 abgelaufen. Sowohl die Version 4.0 als auch die Version 5.0 vermögen die benötigten Angaben des Formulars „Kostengutsprache für ausserkantonale Behandlungen“ nicht vollumfänglich abzubilden. Deshalb hat das Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen die für eine Umsetzung der ausserkantonalen Hospitalisation benötigten Erweiterungen eingebracht.

¹ <http://www.gdk-cds.ch> Rubrik: Gesundheitsökonomie – Spitalfinanzierung – Ausserkantonale Hospitalisation

² www.forum-datenaustausch.ch

Die vom Fachorgan ausgearbeitete Kostengutsprache ist primär für die Kostengutsprache zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern entwickelt worden. Eine flächen-deckende Umsetzung konnte noch nicht erzielt werden, da die TARMED-Umsetzung die benötigten Ressourcen weitestgehend absorbiert hat. Auch seitens der Kassen ist die Kostengutsprache noch nicht mit hoher Priorität angegangen worden [5].

Aus der Sicht der Leistungserbringer – insbesondere der Spitäler – macht es Sinn den Prozess der Kostengutsprache mit einem einzigen Formular abzubilden, damit die zu tätige Investition geschützt wird. Zusätzlich werden an den internen Prozess unterschiedliche Anforderungen gestellt: die einen sehen das Verwaltungssystem als Auslöser der KOGU, andere möchten dies im Klinikinformationssystem integrieren [4].

1.3 Prozesse in den Gesundheitsorganisationen

Die Analyse der Abläufe in den zuständigen Departementen und Ämtern [6] zeigt folgendes:

- Die Kostengutsprachen werden per Fax (mehrheitlich) oder per Post zugestellt,
- 80%–90% der Kostengutsprachen stammen von Spitälern, der Rest wird von praktizierenden Ärzten und psychiatrischen Beratungsstellen eingereicht.
- Das Kostengutspracheformular kann mit zusätzlichen Dokumenten (Berichte) eingereicht werden.
- In vier Kantonen (TG, SH, ZH, TI) werden in einer Datenbank die Daten elektronisch erfasst (Access-DB, SQL-DB, Oracle mit Java Frontend). In den restlichen Kantonen wurde bisher auf eine Software-Lösung verzichtet.
- Der Arbeitsort des Kantonsarztes ist nicht in allen Kantonen im Departement angegliedert. Die Kostengutsprachen werden in diesen Fällen an die Praxis oder den Wohnort des Kantonsarztes zugestellt. Vereinzelt treffen auch Anfragen in den jeweiligen Departementen ein, die dann weitergeleitet werden müssen.
- Der Prozess der Erteilung der Kostengutsprache wird:
 - vollumfänglich vom Kantonsarzt durchgeführt (medizinische wie administrative Validierung) oder
 - die administrative Validierung wird von den jeweiligen Sachbearbeitern im Departement durchgeführt.
 - In einigen Fällen wird die administrative Validierung erst mit dem Rechnungseingang durchgeführt.
- Die statistischen Auswertungen umfassen:
 - Führen einer Strichliste:
 - der zugesprochenen und abgelehnten Kostengutsprachen (Aufgeschlüsselt nach Notfällen und anderen)
 - der zugesprochenen und abgelehnten Kostengutsprachen mit eigener Klassifikation der Fälle
 - Aufnahme der in Rechnung gestellten Daten (Excel) gegliedert nach
 - totalem Rechnungsbetrag oder
 - aufgeschlüsseltem Rechnungsbetrag (Total, Hospitalisation, Medikamente, Transplantate)und Auswertung derselben in Bezug auf:
 - den budgetierte Betrag mit Hochrechnung auf das Jahresende;
 - Ausgabenübersicht je Kanton
 - Ausgabenübersicht je Spital oder Klinik
 - Ausgabenübersicht je Patient
 - innerkantonale Verteilung der Zahlungen auf Bezirksebene
- Im Falle einer elektronischen Datenerfassung, werden die Vorwerte mitberücksichtigt und auf Doppeleinreichungen resp. Tagesverlängerungen überprüft.
- Verfügung der Invalidenversicherung (IV) wird in einige Kantonen in einem Kommentar zum Patienten erfasst.

- Nach Abschluss des Falles (Rechnung(en) vom Zielspital) wird in einigen Kantonen dem Patienten ein Schreiben mit der Aufschlüsselung der Kostenträger zugestellt.

1.4 Infrastruktur bei den Gesundheitsbehörden

Kanton	Kantonsarzt	"Departement"	Bemerkung
AI	Mail	Mail Office 2002 Verw'Sys: Larix	Standort Kantonsarzt Privat Praxis
AR	HIN	Mail, Office 2000 Verw'Sys: GSoft	Standort Kantonsarzt Privat Praxis HIN geplant 2007 für die Spitalverbunde
GL	HIN	Mail Office 2000 Verw'Sys: Larix	Standort Kantonsarzt Privat Praxis
GR	Mail	Mail Office 2002 Verw'Sys: Karat	
SG	HIN	HIN Office 2003 Verw'Sys: SAP	
SH	Mail	Mail Office 2003 Verw'Sys: SAP	
TG	Mail	Mail Office 2000 Verw'Sys: Abacus	
ZH	Mail	Mail Office 2003 Verw'Sys: SAP	
TI	Mail	Mail Office 2000 und 2003 Verw'Sys: SAP	

1.5 Weitere Kenndaten

Die folgenden Daten sind als grobe Grössenordnung zu verstehen:

Kanton	Einwohner	Beim Kantonsarzt eingehende Kostengutsprachen/Jahr	Öffentliche Spitäler/Kliniken	Prakt. Ärzte
AI	15'000	1'200	1	18
AR	52'600	1'800	3	90
GL	40'000	1'400	1	60
GR	187'100	2'300	13	330
SG	456'000	2'400	11	730
SH	73'500	2'000	2	140
TG	234'000	5'000	4	320
ZH	1'250'000	14'000	22	2'900
TI	322'300	2'000	8	660

Die Daten wurden wie folgt ermittelt:

- Einwohner und Spitäler/Kliniken (somatische und psychiatrische) Internetseite der jeweiligen Kantone
- Kostengutsprachen gemäss [4]
- Praktizierende Ärzte; errechneter Wert aus Ärztedichte 2004 <http://www.bfs.admin.ch>

2 Abgrenzungen und Zusammenarbeit

2.1 Aufgabenbereich

Der Fokus für den Pilot richtet sich ausschliesslich auf die abzubildenden Bewilligungsprozesse in den jeweiligen kantonalen Gesundheitsbehörden. Es ist Sache der Leistungserbringer, die Integration des Kostengutspracheverfahrens in ihren Applikationen zu initiieren.

2.2 Zeitliche Phasen

Der Pilot wird in drei Phasen unterteilt:

Phase I Aufbau einer Online-Schalter Infrastruktur für die Institutionen der GDK-Ost und Abwicklung der internen Prozesse und Anforderungen

Phase II Integration der Infrastruktur in die eGovernment-Plattform der Kantone sowie der verfügbaren Gesundheitsplattformen

Phase III Abbildung des Abrechnungsprozesses

Jede der Phasen bedarf einer expliziten und schriftlich festgehaltenen Freigabe und Abnahme.

2.3 eGovernment

Bedingt durch die Registerharmonisierung sind in einigen Kantonen Projekte angelaufen, die den Prozess der Wohnortsüberprüfung automatisieren lassen. So werden z.B. im Kanton St.Gallen die Daten aller Einwohner (inkl. der Sozialversicherungsnummer) zentral gehalten und diese können von diversen Applikationen des Kantons sowie den Gemeinden für eine Abfrage genutzt werden.

Der Wissenstransfer mit den eGovernment-Projekten – insbesondere dem GUIDE PoC Meldewesen – ist zu intensivieren und die Erkenntnisse sind in den Piloten einzubeziehen.

2.4 GDK-Ost

Der als Dienst angebotene Ansatz des Online-Schalters soll so aufgebaut werden, dass sich die interessierten Kantone – auch ausserhalb der GDK-Ost – daran beteiligen können. Der flächendeckende Einsatz bedingt die Mehrsprachigkeit (z.B. einreichendes Spital in der Westschweiz oder aus dem Tessin).

2.5 Weitere Zusammenarbeit

Für einen Piloten seitens der Versicherer konnte die Groupe Mutuel gewonnen werden. Damit wird den teilnehmenden Spitälern, die eine Umsetzung der Kostengutsprache in ihren Systemen vorsehen eine breitere Nutzung ermöglicht.

Da die Kommunikation auf dem XML-Standard des Forum-Datenaustausch aufbaut ist ein Abgleich der Erkenntnisse/Anforderungen mit dem Forum angezeigt.

Das Projekt wird durch das CC HNE begleitet und wissenschaftlich ausgewertet³.

³ Kompetenzzentrum Health Network Engineering, Institut für Wirtschaftsinformatik der Universität St.Gallen.

3 Zielsetzungen

3.1 Übergeordnete Ziele

Es muss darauf geachtet werden, dass die Gesamtarchitektur des elektronischen KOGU-Verfahrens die bestehenden IT-Systeme der Spitäler und Kliniken, Arztpraxen und anderen Antragsstellern berücksichtigt und eine reibungslose Kommunikation - auch über die unterschiedlichsten Intermediäre - zwischen den Beteiligten möglich macht. Darüber hinaus muss die offene und service-orientierte Systemarchitektur auch Sicherheitskonzeptionen und -mechanismen aufweisen, die eine datenschutzkonforme Sicherheit der sensiblen Daten gewährleistet.

3.2 Entwicklungen E-Health

Bis zum Vorliegen einer national einsetzbaren PKI ist eine eindeutige Identifikation des Antragsstellers innerhalb des Piloten sicherzustellen. Mit der Verfügbarkeit der PKI-Infrastruktur sind deren Merkmale und die notwendigen Ausprägungen (Verifikation) in die Lösung zu integrieren.

Der Pilot soll im weitem Auskunft darüber geben, welche Probleme und Lösungsansätze sich bei einer Integration der unterschiedlichen Service-Provider im Gesundheitswesen ergeben.

Der Pilot hat den Status einer Enabler-Applikation für die E-Health Umsetzung in den GDK-Ost Kantonen.

Synergien sind wo angezeigt zu nutzen. Dazu gehört neben dem Einsatz etablierter Standards auch eine zukunftsgerichtete Sicht, wie z.B. kantonsübergreifende standardisierte Auswertungen die künftig z.B. einen gemeinsamen Einkauf medizinischer Dienstleistungen ermöglicht.

3.3 Pilot KOGU

Mit der Umsetzung der Kostengutsprache gemäss vorliegendem Dokument soll/en:

- rationellere Arbeitsabläufe erreicht werden (Kostenrelevant).
- Medienbrüche abgebaut werden (Effizienzrelevant).
- ein ortsunabhängiger Informationszugang gewährleistet werden (Effizienzrelevant).
- eine aktuellere und raschere Datennutzung sowie auch Datenaustausch umgesetzt werden (Qualitätsrelevant).
- eine höhere Auskunftsbereitschaft erreicht werden (Qualitätsrelevant).
- eine den Benutzerbedürfnissen angepasste Usability realisiert werden.
- Entscheidungsrelevante Kenngrössen abgeleitet werden (Qualitätsrelevant).

3.4 Vorgehen

Das Projekt wird etappiert. Die Ergebnisse der jeweiligen Etappen bestimmen die Folgeschritte (Phase II und III) sowie allfällig weitere Implementationen (siehe Kapitel 6).

Das zur Anwendung gelangende Projektmanagementverfahren richtet sich nach den kantonalen Vorgaben (in Anlehnung an Hermes).

Die vorgegebenen Ecktermine (Meilensteine nach Kapitel 4.9) sind einzuhalten.

4 Anforderungen an den Pilot

Nach dem Motto „Think big, start small“ soll mit dem Pilot KOGU-KT ein ausbaubarer E-Health-Online-Schalter für die Institutionen der GDK-Ost – sowie weiterer interessierte Kantone – aufgebaut werden, der sich in die Architektur der E-Health-Strategie für die Institutionen im Gesundheitswesen des Kantons St.Gallen [1] einfügt.

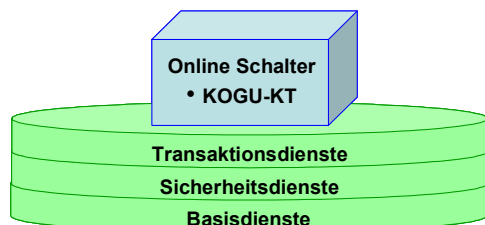


Bild 1: Online-Schalter KOGU-KT

4.1 Begriffe und Definitionen

4.1.1 Medizinische Validierung

Unter der medizinischen Validierung – ausgeführt durch den Kantonsarzt – verstehen wir:

- die Verifizierung, dass die angeforderte Leistung nicht im Kanton angeboten wird
- die Verifizierung der Indikation der angeforderten Leistungen (inkl. Notfall)
- den Entscheid und die Festlegung der zugesprochenen Tage



Die medizinische Validierung wird im vorliegenden Dokument durch nebenstehendes Symbol dargestellt.

4.1.2 Administrative Validierung

Die administrative Validierung – meist ausgeführt durch einen Sachbearbeiter – umfasst:

- die Abklärung der Zuständigkeit des Kantons anhand der Wohnortüberprüfung des Patienten (Steuersitz des Patienten); besondere Fälle:
 - Heimpatienten in Psychatrien, wenn Heimadresse in Antrag aufgeführt ist
 - Gemeinden an der Kantonsgrenze
- Eine Überprüfung des Zielspitals mit der geltenden Spitalliste
- Abklärung der Zuständigkeit der beteiligten Versicherungen⁴



Die administrative Validierung wird im vorliegenden Dokument durch nebenstehendes Symbol dargestellt.


4.1.3 Administration Rechnungswesen

Das administrative Rechnungswesen – ausgeführt durch einen Sachbearbeiter – umfasst:

- die Überprüfung der vom Zielspital in Rechnung gestellten Abrechnung
 - Abgerechnete Tage vs. genehmigter Tage, bei entsprechender Abweichung Kostengutsprache-Verlängerung anfordern
 - Übereinstimmung mit allfälligen Verträgen (Rabatte), bei Abweichungen wie auch bei Fehlern Returnierung der Rechnung
 - Kontrolle der bewilligten Indikation mit der DRG-Diagnose
- Erhebung der statistischen Daten








⁴ Relevant ist dabei die Zusatzversicherung zur OKP, bei welcher Leistungen auch in den Kantonen übernommen werden, in denen der Patient nicht wohnhaft ist oder seinen Arbeitsort hat. In [7] wurde diese Forderung bekräftigt, die Einführung der VK sieht in diesem Punkt dafür jedoch die Freiwilligkeit der Kassen vor.

- Excel/Access/SQL: Spital/Klinik, Patient, Totalbetrag, Hospitalisation, Medikamente, Transplantate
- Vorbereitung zur Zahlung
 - Unterschriften-Umlauf (für Beträge über einem bestimmten Limit ist die Vorgesetzte Stelle miteinzubeziehen)
 - u.U. Interner Zahlungsauftrag zur Auslösung der Zahlung (damit wird die Anonymität des Patienten gewährt)

 Die Administration Rechnungswesen wird im vorliegenden Dokument durch nebenstehendes Symbol dargestellt.

4.1.4 Organisation und Prozesse

Bildet man die jeweiligen Funktionen auf die innere Organisation ab, so ergeben sich innerhalb der GDK-Ost Kantone folgende Kombinationen:

	Variante A	Variante B	Beschreibung
Erteilung KOGU		 	Die Kostengutsprache wird: A) Vollumfänglich durch Kantonsarzt ausgeführt. B) Auf zwei Personen aufgeteilt.
Wiedererwägung			Eine Wiedererwägung: A) Kann von derselben Person wie das Erstgesuch B) Muss von einer anderen Person bearbeitet werden.
Administration Rechnungswesen			Die Administration Rechnungswesen kann: A) von derselben Person wie die administrative Validierung B) einer dritten Person wahrgenommen werden.

4.1.5 Korrelation zum bestehenden Formular

Zugang – und damit soweit benötigt auch Mutationen – in Analogie zum Formular (Anhang A.1) haben folgende Personen bei den kantonalen Gesundheitsorganisationen Zugriff zu den Daten:

Rubrik	Kantonsarzt	Administration	Administration Finanzen
A – Entscheid	Lesen Schreiben	Lesen	Lesen
B – Personalien / Krankerversicherung	Lesen Schreiben	Lesen Schreiben	Lesen Schreiben
C – Bestätigung	Durch XML-Formular abgebildet (alle beteiligten Versicherungen werden mitgeteilt)		
D – Zielspital	Lesen Schreiben	Lesen Schreiben	Lesen Schreiben
E – Indikation	Lesen	Lesen	Lesen
F – Antragstellender Arzt	Lesen	Lesen	Lesen
G – Gesuchsart	Lesen	Lesen	Lesen
G – Diagnose und Therapie	Lesen	---	---

Auf Seiten des Leistungserbringers (Formular-Modus) ist eine Überprüfung des Formulars sowie des Status zu ermöglichen.

Rubrik	Antragstellender Arzt /	Administration	Administration Finanzen
A – Entscheid	Lesen	Lesen	Lesen
B – Personalien / Krankerversicherung	Schreiben	Schreiben	Schreiben
C – Bestätigung	Durch XML-Formular abgebildet (alle beteiligten Versicherungen werden mitgeteilt)		
D – Zielspital	Schreiben	Schreiben	Schreiben
E – Indikation	Schreiben	Lesen	Lesen
F – Antragstellender Arzt	Schreiben	Lesen	Lesen
G – Gesuchsart	Schreiben	Lesen	Lesen
G – Diagnose und Therapie	Schreiben	---	---

4.2 Umwelt

Die durch den Piloten zu bedienende Umwelt besteht aus den Leistungserbringern (praktizierende Ärzte, Spitäler und Psychiatrische Dienste) und den Gesundheitsbehörden.

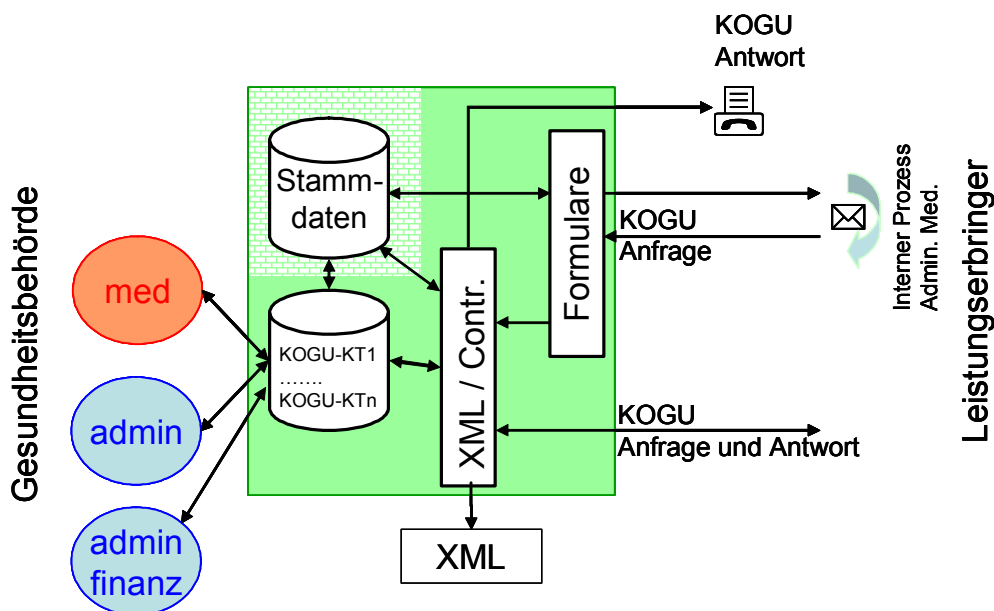


Bild 2: Schematische Darstellung der Kostengutsprache in Phase I

Bereich	Beschreibung
Formulare	Damit auch Antragsteller mit wenigen KOGU-KT-Anträgen die Möglichkeit besitzen den Antrag elektronisch einzureichen soll ein Formular zur Verfügung gestellt werden. Hier muss insbesondere dem internen Prozess in einem Spital Rechnung getragen werden, wo organisationsübergreifend (Administration, Medizin) die Kostengutsprache bearbeitet werden kann. Der Output des Formulars ist als XML zu definieren.

XML / Controll	Die Kontroll-Automatismen sollten schrittweise angepasst werden können, so dass die automatische Rückweisung inkorrektur Anfragen kontinuierlich angepasst (verschärft) werden kann. Das Portal soll zudem fähig sein, die Triage der eingehenden Dokumente vorzunehmen und als XML-Formular an eine
----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zieladresse weiterzuleiten, sei es als sicheres E-Mail oder durch den Aufbau einer sicheren Verbindung mit dem Zielsystem (mögliche Fälle ZH und TI).

KOGU-Antwort Die Antwort auf die angefragte Kostengutsprache muss neben der elektronischen Antwort auch die Mitteilung über Fax gewährleisten. Die Kommunikationsparameter sind in den Stammdaten hinterlegt.

Weitere Anforderungen sind:

Nr. Anforderungen - Allgemein

- 01_001 **Durchsatz**
Mindestens 500 Transaktionen pro Tag, ausbaubar auf 5'000 pro Tag, ohne Stammdatenabfrage.
- 01_002 **Antwortzeiten**
Die Antwortzeiten sind unter 2 Sekunden.
- 01_003 **Auswertungen**
Auswertungen - auch komplexerer Natur und über grössere Zeiträume - müssen jederzeit durchgeführt werden können und dürfen das System nicht belasten.
- 01_004 **Fehlertolerante Systemkonfiguration**
Tolerierte maximale Ausfallzeit 1h bis System wieder volle Funktionalität zur Verfügung stellt.
- 01_005 **Überwachung**
Proaktive Überwachung zur Gewährung der geforderten Verfügbarkeit.
Eingesetzte Werkzeuge?
- 01_006 **Verfügbarkeit**
7x24h; Lösungsansatz für Downzeiten für Wartungsfenster, Upgrade und Patches.
- 01_007 **Benutzerberechtigungen**
Die Benutzerberechtigung hat den jeweiligen Organisationsbedürfnissen Rechnung zu tragen.
- 01_008 **Geheimhaltung**
Ansatz für die Geheimhaltungs-Erfüllung
- 01_009 **Log**
sämtliche Mutationen werden festgehalten (wer, wann, was)
- 01_010 **Benutzerrechte**
Vergabe der Benutzerrechte durch die Verantwortlichen der jeweiligen Departemente
- 01_011 **Verschlüsselung**
End-to-End Verschlüsselung ist zu gewährleisten

4.3 Stammdaten

Stammdaten und deren Nutzung sind ein allgemein schwieriges Thema, da immer wieder dieselben Daten (z.B. von Ärzten und Patienten) von jedem separat in eigenen Datenbanksystemen erfasst werden und damit einen übergreifenden Vergleich verunmöglichen. Dies ist auch die Ursache weshalb sich die Zusammenarbeit z.B. im Bereich KOGU als so schwierig erweist, da die Identifikationsmerkmale unterschiedlich erfasst werden.

Unter den Stammdaten – die allen zur Verfügung stehen - verstehen wir:

Stammdaten	Beschreibung
Ansprechpartner für die Kostengutsprache	Abbildung der GDK Tabelle-Kontaktpersonen ⁵ , sowie die EAN-Nummer (Institution).
Adressen der Spitäler	Neben der postalischen und kommunikativen Anschrift sind: <ul style="list-style-type: none">• Die EAN-Nummer• Die ZSR-Nummer• Klassifizierung der Spitäler (Abteilungen) gemäss der Codeliste des Medizinischen Jahrbuches• Kanton• Zahlungsinformationen aufzunehmen.
Ärzte-Adressen	dito Spitäler
Adressen der Versicherungen	Darunter fallen alle Versicherungsbeziehungen (OKP, ZV, PV, UV, MV und IV). Identifikation über deren EAN-Nummer.
Codier-Tabellen	ICD, DRG, ICPC
Tarife	Die für die jeweiligen Gesundheitsbehörden gültigen Tariflisten und deren Vertragsbedingungen (Rabatte) mit einzelnen Leistungserbringern.
Gemeinden und Bezirke	Für die statistischen Auswertungen sind die jeweiligen Gemeinden und Bezirke aufzunehmen, ev. stehen diese Daten aus dem eGovernment-Projekten zur Verfügung.

Die Verantwortung für die Stammdaten obliegt den jeweiligen Departementen.

4.4 Prozesse der Kostengutsprache

4.4.1 Einreichung der Kostengutsprache

Ausgehend von den gewonnenen Erkenntnissen aus [4] sowie den Erfahrungen mit der TARMED-Umsetzung ist davon auszugehen, dass auf Seiten der Leistungserbringer eine Implementierung der Kostengutsprache nicht mit den zeitlichen Vorstellungen der GDK-Ost vereinbar lässt. Ebenso sind für Leistungserbringer, die einen geringen Kostengutspracheanteil aufweisen adäquate Mittel zur Verfügung zu stellen.

Die Kostengutsprache kann durch zusätzliche Dokumente ergänzt werden, dabei werden diese Dokumente a) mit der Erstanfrage oder b) auf Verlangen eingereicht.

⁵ http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Gesundheitsoekonomie/Spitalfinanzierung/Ausserkant_Hospitalisationen/Liste_Kontaktpersonen.pdf

Der XML Standard sieht vor, dass alle beteiligten Versicherungen eingereicht werden, damit entfällt die Bestätigung (Rubrik C im aktuellen Formular). Eine Überprüfung dieser Voraussetzung kann automatisch (Contr.) erfolgen und die Antwort kann ohne zutun gestellt werden. In diesem Fall ist die Einreichung als *automatisch abgewiesen* zu deklarieren und für den folgenden Prozess zur Bearbeitung bereitzuhalten.

Die eingereichte und allenfalls überprüfte Kostengutsprache hat für die nachfolgenden Prozesse den Staus *pendent*.

Eingereichte Anträge (Erstgesuch, Wiedererwägung, Verlängerung) sind als solche in der Übersicht der zu bearbeitenden Anträge sichtbar zu machen.

Weitere Anforderungen sind:

Nr. Anforderungen - Einreichung

02_001 Sollfelder

gemäss XML-Formular sind auf vollständig zu überprüfen

02_002 automatische Rückweisung

Der Grad der automatischen Rückweisung ist individuell (je Kanton) festzulegen und muss adaptierbar sein

02_003 Kantonale Besonderheiten

das Portal soll in einer Rubrik den beteiligten Kantonen die Möglichkeit eröffnen, Besonderheiten und Anforderungen zu definieren.

02_004 Zusätzliche Dokumente

Die Verwaltung zusätzlich eingereicherter el. Dokumente (Word, PDF) ist zu gewährleisten.

02_005 Zuordnung Patient

Vorschlagsliste auf Grund der erhaltenen Daten:

- Name Vorname
- Sozialversicherungsnummer
- KOGU-KT Referenz-Nummer

Suchmöglichkeiten über bereits bestehende Patienten:

- Name Vorname (phonetisch)
- Geburtsdatum
- PLZ und Wohnort

Die Zuordnung hat durch den Sachbearbeiter zu erfolgen, es werden keine automatischen Verknüpfungen vorgenommen.

02_006 Statusübersicht

der Gesuchsteller kann sich jederzeit über den Status der eingereichten Kostengutsprachen informieren

02_007 Irrläufer

Sollten die internen Abklärungen ergeben, dass die Kostengutanfrage einen Patienten des Nachbarkantones betrifft, so ist eine Weiterleitung zu ermöglichen, die Antwort ist automatisch zu generieren.

02_008 Notfälle

Pflichtfelder:

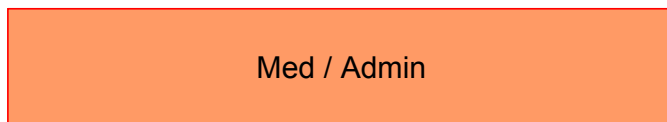
- Genaue Ortsangabe: Strasse, PLZ, Ort;
- Zeitpunkt der Ereignisses
- UVG-Versicherung
- Rückverlegungsfähigkeit

4.4.2 Erteilung der Kostengutsprache

Bei der Erteilung der Kostengutsprache können – je nach Organisation – eine oder zwei Abteilungen (Kantonsarzt und Sekretariat/Administration) involviert sein, die den Entscheid wie folgt abarbeiten.

Variante A vereinte Tätigkeit

Formelle / fachliche Prüfung und Entscheid



Variante B getrennte Tätigkeit

Fachliche Prüfung und Entscheid

Formelle Prüfung
- Patient im Kanton

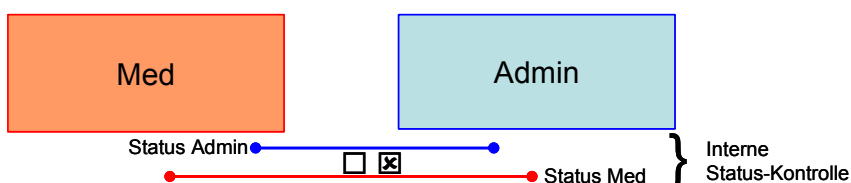


Bild 3: Prozess: Erteilung der Kostengutsprache

Im Falle der getrennten Tätigkeit sind die pendenten Anträge um den Bearbeitungsstatus der anderen Abteilung zu ergänzen (interne Statuskontrolle), was wiederum eine effizientere und kundennahere Bearbeitung unterstützt.

Eine Kostengutsprache gilt für die Gesundheitsbehörde als erledigt wenn beide betroffenen Abteilungen die Ausführung als erledigt bestätigt haben.

Die eingehenden Anträge sind im internen Prozess:

- einem Patienten aus dem bestehenden Stamm
- einem neuen Patienten zuzuordnen.

Eine Überprüfung ob ein Patient bereits im Datenstamm vorhanden ist sollte im Hintergrund (durch phonetische Suche, Vergleich der Sozialversicherungsnummer, Referenznummer der Kostengutsprache) erfolgen. Der Sachbearbeiter soll beim Öffnen einer neuen Kostengutsprache nur noch aus einer Liste die Zuordnung veranlassen müssen resp. einen neuen Patienten-Datensatz erfassen können. Eine spätere Zusammenführung von Patienten muss möglich sein.

Ist eine Kostengutsprache an einen Patienten gebunden, so sind die „KOGU-Vorwerte“ des Patienten bei allen Sachbearbeitern – ihren Rechten entsprechend – sichtbar zu machen. Dabei ist mindestens in Listenform darzustellen:

- Zielspital
- Datum der Gutsprache
- Gutsprachenummer
- Status der Gutsprache

Details zu den jeweiligen Vorwerten sind durch Anwahl sichtbar zu machen.

Die Daten gemäss 4.1.5 sind durch die jeweiligen Sachbearbeiter mutierbar (Namensänderungen durch Heirat, Abklärungen Versichertenstatus, etc.).

Für jeden Sachbearbeiter (Medizin, Administration und Administration Finanzen) sind vorzusehen:

- ein Code Auswahlfeld
- ein Bemerkungsfeld

zur internen Klassifizierung und Festlegung von Feststellungen/Erläuterungen, die aber auch für die individuellen statistischen Auswertungen eingesetzt werden können.

Eine beantwortete Gutsprache (unabhängig vom Entscheid) erhält eine Referenznummer, die für die nach gelagerten Korrespondenzen (Verlängerung, Einsprache, Rechnung und Einreichung von zusätzlichen Unterlagen) verwendet werden muss. Dies gilt auch für automatisch zurückgewiesene Gutsprachen, die mit entsprechendem Verweis historisiert werden.

Die Referenznummer muss einerseits der manuelle Erfassung bei den Leistungserbringern Rechnung tragen, andererseits muss die Nummer eine Zuordnung auf das laufende Jahr gewährleisten (auf Grund der Historisierung ist die Schreibweise JJJJ zu wählen), sowie den Status (Erstgesuch, Wiedererwägung, Verlängerung) darstellen.

Weitere Anforderungen sind:

Nr. Anforderungen - Erteilung

03_001 Status Entscheid

- pendent
- bewilligt/erteilt
- Vertrag
- abgelehnt
- automatisch zurückgewiesen (fehlende Angaben)
- Verlängerung
- Zusatz-Angaben
- Patient nicht in unserem Kanton
- bis (Datum / Austritt / Verlegung / Anzahl Tage)
- gemäss Vertrag / Pauschalerteilung (Wohnort des Patienten / Behandlungen/Abteilungen)

03_002 Entscheid Limitierungen (nicht abschliessend)

- gemäss Formular (Rubrik A)
- wurde bereits erteilt
- wurde bereits abgelehnt
- keine Beteiligungspflicht (Privatspital)
- fehlende Angaben
- bitte um Bericht
- Gutsprache ohne Rücktransport

03_003 Referenznummer

- Möglichst einfacher Aufbau
- PID/KOGU-Nr oder nur KOGU-Nr, die PID könnte Zukünftig die Sozialversicherungsnummer sein.

03_004 Verlängerungen

- sind Bestandteil des 1. Gesuches

03_005 Sperrung Datensatz

Mit der Antwort auf eine Kostengutsprache ist der Datensatz vor weiteren Mutationen zu schützen. Vorbehalten sind die Speziellen Code- und Bemerkungsfelder der jeweiligen Sachbearbeiter, sowie eine Zusammenführung von Patienten.

03_006 Zu erwartender Rechnungsbetrag

der zu erwartende Rechnungsbetrag (Hospitalisationstage) ist aus den zugrundeliegenden Tarifen zu überprüfen (XML V50 Formular verlangt die detaillierten Kostenangaben) und hat den Status: zu erwartende Zahlungen

03_007 **Antwort-Empfänger**

- Antragsteller
 - Zielspital (ohne medizinische Daten)
 - Versicherungen (ohne medizinische Daten)
- Empfänger sind durch Auswahl durch den Sachbearbeiter zu bestimmen (default: Antragsteller und Zielspital)

4.4.3 Wiedererwägung

Im Falle einer Wiedererwägung muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Bearbeitung u.U. durch eine andere Person ausgeführt werden muss (TI).

4.4.4 Abrechnung der Kostengutsprache

Rechnungen (mit Referenznummer) werden zur entsprechenden Gutsprache zugeordnet und überprüft. Dabei werden die abgerechneten Tage mit den zugesprochenen Tagen verglichen. Ist eine Abweichung feststellbar, so kann eine Verlängerung vor der Auszahlung angefordert werden

Zu einer Kostengutsprache können mehrere Rechnungen eingehen (z.B. bei psychiatrischen Therapien max. 90 Tage, werden von den Heimen, Kliniken alle 30 Tage die Leistungen in Rechnung gestellt), diesem Sachverhalt ist Rechnung zu tragen.

Von den Rechnungsdaten sind folgende Merkmale zur erfassen:

- Hospitalisationskosten
- Kosten der Transplantate
- Kosten der Medikamente
- Totalbetrag der Rechnung
- Rechnungsdatum
- Fälligkeitsdatum
- Anzahl der Hospitalisations-Tage (ermittelt aus der Eingabe Eintritts- und Austrittsdatum)
- Verteilschlüssel der Rechnung (Anteil der beteiligten Versicherungen und des Patienten)

Eine Rechnung kann – ausgehend von Nichteinhaltung vertraglicher Vereinbarungen – zurückgewiesen werden.

In einigen Kantonen wird nach Abschluss des Falles dem Patienten eine Aufschlüsselung der Kostenbeteiligung zugestellt.

Damit die Anonymität der Patienten gewahrt werden kann, werden für die interne Verrechnung (Staatsbuchhaltung) Zahlungsbelege generiert, die pro Leistungserbringer alle fälligen Rechnungen ohne die Patientendaten aufführt. Als Referenz (Finanzkontrolle) könnte hier die Kostengutsprache-Referenznummer aufgeführt werden.

Weitere Anforderungen sind:

Nr. Anforderungen - Rechnungswesen

04_001 **Status der Rechnungen**

- pendent
- in Abklärung
- zur Zahlung freigegeben
- abgeschlossen
- zurückgewiesen

04_002 **Fallabschluss**

Nach der Begleichung der letzten Rechnung ist der Fallabschluss durch den Sachbearbeiter zu bestätigen.

04_003 **Nachreichung Verlängerung**

Ist die in Rechnung gestellte Hospitalisationszeit höher als die zugesprochene, so ist zu gewährleisten, dass auf eine einfache Art eine Verlängerung für die fehlenden Tage einzufordern werden kann. Die Rechnung hat damit den Status: in Abklärung.

04_004 **Interne Verrechnungsbelege**

Die internen Verrechnungsbelege werden fortlaufend nummeriert, zu jeder Rechnung wird die Belegnummer festgehalten (Revisionstauglichkeit).

04_005 **Gestaltung Verrechnungsbelege**

Verrechnungsbelege müssen frei gestaltet werden können, dabei ist zu berücksichtigen, dass:

- Bei Überschreitung einer Limite
 - a) eines einzelnen Falles
 - b) des Gesamtbetrages eines Verrechnungsbeleges
- der "Unterschriften-Durchlauf" angepasst werden muss.

04_006 **Information Patient**

Standardbrief mit den Fallvariablen:

- Zielspital
- Aufenthalt von ... bis
- Kostenanteil Kasse
- Kostenanteil Zusatzversicherung
- Kostenanteil Kanton
- Kostenanteil Patient

4.5 Auswertungen und Statistik

4.5.1 Grundsätzliches

Die statistischen Auswertungen haben folgenden Muss-Kriterien Rechnung zu tragen:

- Zugriffsschutz auf die medizinischen Daten; nur der Kantonsarzt darf Auswertungen über die klinischen Felder ausführen
- Auswahl- und Filterkriterien müssen für alle zugänglichen Felder (auch Stammdaten) gewährleistet werden
- Export einer Abfrage im CSV-Format.
- Für sich immer wieder ergebende Abfragen sind die Abfragekriterien zu hinterlegen und als Auswahlliste zur Verfügung zu stellen.

In einem Detailkonzept soll festgehalten werden, welche statistischen Auswertungen im Portal bereitgestellt werden müssen und welche Auswertungen durch die Infrastrukturen am Arbeitsplatz der jeweiligen Sachbearbeiter (Excel, Access) ausgeführt werden. Die Datenkonsistenz im letzteren Falle muss gewährleistet werden.

4.5.2 Anforderungen

Die folgenden Anforderungen geben einen Überblick über die Vielfältigkeit der bereits heute getätigten Auswertungen.

Nr. Anforderungen - Statistik

05_001 Übersichts-Statistik

In einer frei wählbaren Zeitperiode bearbeitete Kostengutsprachen:

- Anzahl eingegangene Kostengutsprachen
- Abgelehnte Kostengutsprachen (Normal, Notfall, Wiedererwägung)
- Gutgeheissene Kostengutsprachen (Normal, Notfall, Wiedererwägung)
- Liegetage (Total und Durchschnitt)

Aufgeschlüsselt nach

- Kanton des Zielspitals
- zuweisenden Arzt
- mögliche Gruppenbildung: einzelne Kantone im Detail, der Rest unter Übrige zusammenfassen
- finanzielle Daten wie:
 - bereits bezahlte Beträge (Total und Durchschnitt)
 - zu erwartende Zahlungen (Total und Durchschnitt)

05_002 Detail-Statistik

Übersichts-Statistik mit Detailangaben zum Zielspital:

- einzelne Zielspitäler oder Gruppen
- wählbare Verfeinerung: Abteilungen
- Antragsteller

Subkriterien

- Antragsteller
- Jahresübersicht mit Zusammenstellung pro Monat

05_003 Spezielle Statistik *Finanzen*

Übersicht-Statistik mit Vergleichen der aktuellen aufgelaufenen Kosten:

- mit derselben Periode des Vorjahres
- Abweichungen zum Budget (effektiv wie in Prozenten)
- Hochrechnung auf Jahresende
- Basis für die Kalkulation von Preiserhöhungen
- Aufschlüsselung (Chirurgie und Rehabilitation: Aus Adress-Datenstamm-Klasse oder Code-Liste Sachbearbeiter)
- Jahresübersicht mit Zusammenstellung pro Monat

05_004 Spezielle Statistik *klinische Angaben*

Übersichts-Statistik wie Detail-Statistik unter Einbezug:

- der Diagnose (eingereicht sowie auch Code-Feld Sachbearbeiter)
- spezielle Statistik Kantonale Verteilung

05_005 Spezielle Statistik *Kantonale Verteilung*

Übersichts-Statistik gegliedert nach:

- Bezirken/Kreise
- Gemeinden

05_006 Spezielle Statistik *Patient*

Gesamtübersicht eines Patienten:

- Zielspitäler: Liegetage, Kosten
- Antragsteller

4.6 Umsetzungs-Phasen

Das Projekt ist in drei Phasen umzusetzen. In Phase I werden die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Funktionalitäten realisiert. Folgend sollen die Phasen II und III grob umrissen werden, ein genaueres Anforderungsprofil wird mit der Umsetzung der Phase erstellt.

4.6.1 Phase II

In Phase II ist die Einbindung weiterer Dienste vorgesehen.

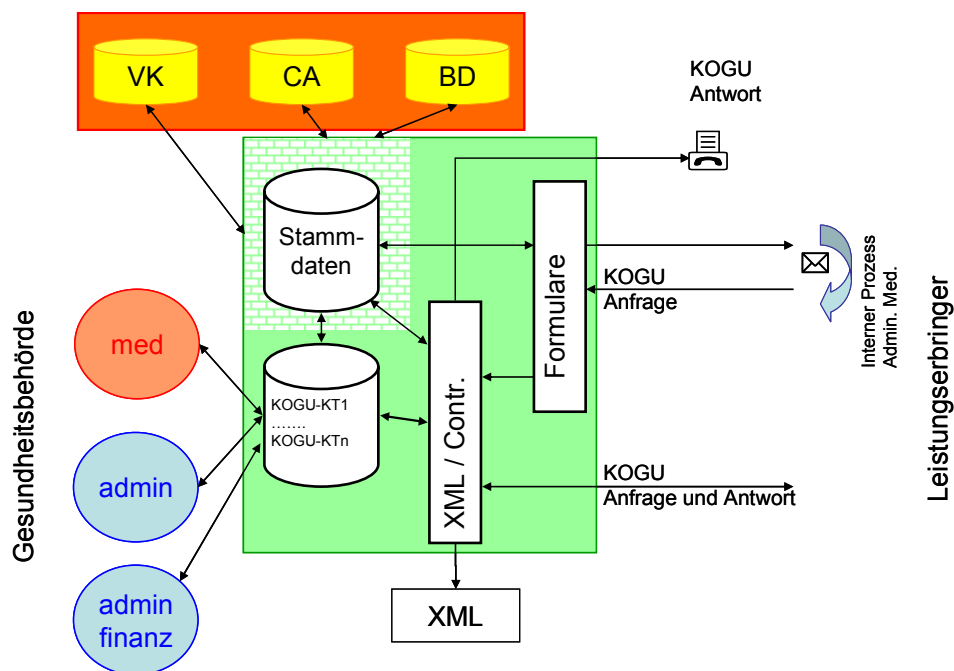


Bild 4: Schematische Darstellung der Kostengutsprache in Phase II
VK Versicherten Datenbank; CA Certified Authority; BD Bürger Datenbank

Dienst	Beschreibung
Versichertenkarte	Bestandteil des XML-Formulares ist die Sozialversicherungsnummer ⁶ wie auch die Versicherungsnummer des Patienten. Aktuell sind zwei Anbieter auf dem Markt: OFAC mit ihrem Covercard-System und die sich im Aufbau befindliche Datenbank des VeKa-Center der santésuisse. Während erstere die in [7] aufgeführten Mängel aufweist ist das VeKa-Center bestrebt diese Fehler auszumerzen und führt eine Daten-Qualitätssicherung ein. Nachteilig beim VeKa-Center ist momentan die geringe Teilnahme der Versicherer. Eine flächendeckende Verfügbarkeit der neuen Sozialversicherungsnummer ist im Jahre 2009 zu erwarten.
Certified Authority	Mit der Einführung der PK-Infrastruktur im Gesundheitswesen (Health Professional Card) ist eine Überprüfung der Identifikation zwingend.
Bürger Datenbank	Zur Verifizierung des Wohnortes des Patienten soll über die Sozialversicherungsnummer eine Abfrage erfolgen. Es wäre denk-

⁶ Hinweis EDÖB: <http://www.edoeb.admin.ch> Sonstige Themen - Ausweise und Register vom 1.12.06
„Stellungnahme von EDÖB und privatim zur Verwendung der AHV-Versichertennummer in den Kantonen“

bar, diesen Prozess automatisch beim Antragseingang zu kontrollieren

4.6.2 Phase III

In Phase III sind die Abrechnungsprozesse zu automatisieren.

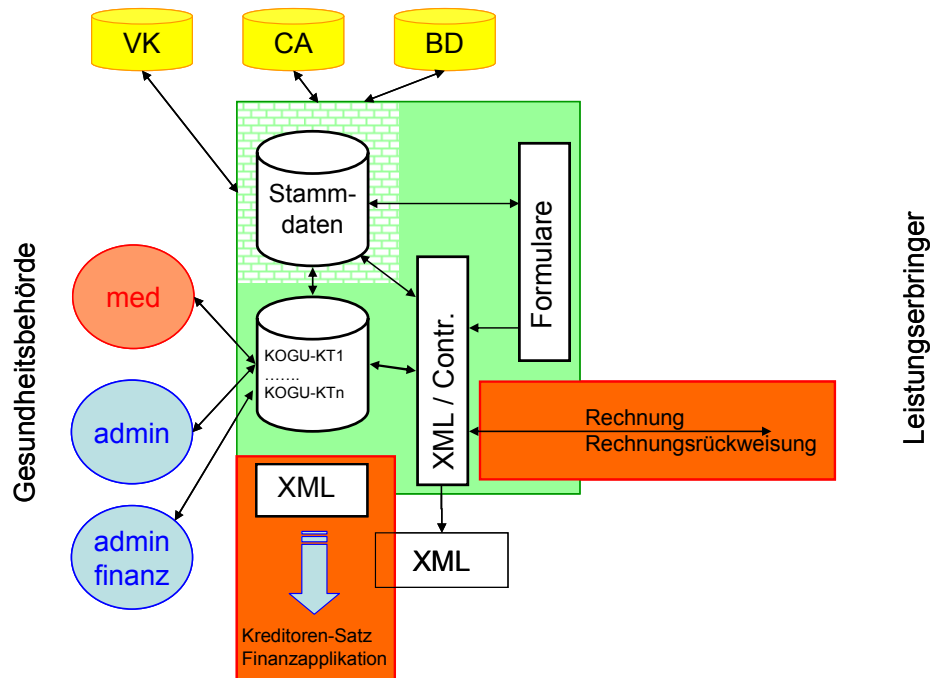


Bild 5 Schematische Darstellung der Kostengutsprache in Phase III
VK Versicherten Datenbank; CA Certified Authority; BD Bürger Datenbank

Grundsätzlich könnten bereits heute die Rechnungen nach dem geltenden Format des Forum-Datenaustausch von den Leistungserbringern an die Gesundheitsbehörden übermittelt werden.

Infolge der eGovernment Bestrebungen ist jedoch von einer sofortigen Einführung abzusehen, da:

- Eine Flächendeckende PKI im Verwaltungsbereich nicht vor 2009 zu erwarten ist.
- Die internen Prozesse der Abrechnung eine weitere Analyse bedürfen.

In diesem Bereich stehen vor allem Datenschutzbetrachtungen im Vordergrund. Die eingehende Rechnung beinhaltet neben den Abrechnungsdaten auch klinische Angaben zum Patienten (Diagnose) und sollte daher nicht den engeren Kreis der medizinischen Departemente/Ämter verlassen. Ein möglicher Ansatz wäre, einen rechtsverbindlichen Kreditoren-Satz an die ausführende Finanzabteilung weiterzuleiten, die nur noch den Zahlungsempfänger und den Betrag enthält, als Referenz (Revision) würde sich hier die Kostengutsprache-Nummer anbieten.

4.9 Termine

	<i>Meilenstein</i>	<i>Beschreibung</i>	
Phase I	30.04.2007	<ul style="list-style-type: none">• Detailkonzept Stammdaten inkl. Verantwortung• Detailkonzept Online-Schalter• Definition der Pilotspitäler und Kliniken• Kontakt mit Hersteller Ärztesoftware• Info-Veranstaltung Leistungserbringer	
	31.05.2007	<ul style="list-style-type: none">• Stammdaten stehen zur Verfügung• Bereitstellung der Web-Formulare und betriebsbereiter E-Health Online-Schalter	
	31.08.2007	<ul style="list-style-type: none">• Abschluss der Funktionstests• Information Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler)	
	01.09.2007	<ul style="list-style-type: none">• Start Pilot I	
	01.10.2007	<ul style="list-style-type: none">• Start Pilot II	
	31.10.2007	<ul style="list-style-type: none">• Detailkonzept Statistische Auswertung	
	30.11.2007	<ul style="list-style-type: none">• Rolloutplanung• Definition Betriebsorganisation	
	31.12.2007	<ul style="list-style-type: none">• Integration weiterer Departemente• Abschluss Rollout und Phase I	
	Phase II	30.06.2008	<ul style="list-style-type: none">• Automatische Wohnortüberprüfung
		Offen 2008	<ul style="list-style-type: none">• Integration PKI (CA-Schalter)• Zugriff auf Versicherten-Datenbank
Phase III	30.06.2008	<ul style="list-style-type: none">• Detailkonzept Kreditoren-Satz (XML-Schema)	
	30.11.2008	<ul style="list-style-type: none">• Rolloutplanung	

5 Normen, Standards und Datenschutz

5.1 Normen und Standards

Die Einhaltung der Standards von eCH und vom Form-Datenaustausch wird vorausgesetzt.

Gemäss der kantonalen Verordnung über Informatiksicherheit (sGS 142.21) ist der Pilot wie folgt zu klassifizieren **G2** (Geheim, hohe Verfügbarkeit)⁷. Die bedingt eine Einhaltung der im Massnahmenkatalog definierten Massnahmen.

5.2 Datenschutz

Durch die Haltung von sensitiven Daten sind die Vorgaben des Datenschutzes einzuhalten: der Rolleninhaber darf nur auf die für ihn bestimmten Daten zugreifen. Eine Durchführung des auf ca. Ende des 2. Quartals 2007 zur Verfügung stehenden Verfahrens für die Erlangung des Gütesiegels des Eidgenössischen Datenschutz und Öffentlichkeitsbeauftragten ist anzustreben.

5.3 Revision

Die Lösung hat die Anforderungen der Revision vollumfänglich zu erfüllen.

⁷ <http://www.gallex.ch/gallex/1/fs142.21.html>

6 Mögliche zukünftige Entwicklung

Mit der Etablierung eines E-Health-Online-Schalters innerhalb der GDK-Ost Kantone können weitere Synergien auf Basis der aufzubauenden Plattform genutzt werden.

So wäre es denkbar, den Prozess der meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten abzubilden und so den meldenden Institutionen (Laboratorien und Ärzte) eine durchgängige elektronische Abwicklung zu ermöglichen.

Die Stammdaten könnten durch entsprechende Konnektoren den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden.

Ebenso denkbar wäre eine Erweiterung auf die, vor allem in den Spitälern erstellten Medikamenten-Rezepte, die dann der Patient in der Apotheke einlösen kann (Barcode ID mit gedrucktem Rezept).

Der Datenaustausch mit dem BAG (Substitution) als auch die sichere Kommunikation mit anderen Partnern (z.B. Versicherungen) sind weitere denkbare Optionen des Online-Schalters.

7 Administratives

7.1 Vertraulichkeit / Copyright

Alle Unterlagen bleiben Eigentum der Ersteller, dürfen nur für die Ausarbeitung des Angebots verwendet werden und sind bei Nichtgebrauch umgehend zu retournieren.

Mit der Annahme des vorliegenden Dokuments verpflichtet sich der Empfänger über alle Informationen und Tatsachen, die ihm zur Kenntnis gelangen Stillschweigen zu bewahren. Dieses Stillschweigen gilt auch für involvierte Mitarbeiter und Beauftragte des Empfängers und bleibt auch im Falle einer Retournierung bestehen.

7.2 Ansprechperson

Allfällige Fragen zum Anforderungsprofil können gerichtet werden an:

Renato Baumgartner
Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen
Controllerdienst
Moosbruggstrasse 11
9001 St.Gallen
renato.baumgartner@sg.ch

7.3 Allgemeine Geschäftsbedingungen

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der SIK⁸ (Ausgabe 2004) sind Bestandteil des Anforderungsprofils. Weitere Allgemeine Geschäftsbedingungen sind wegbedungen.

⁸ <http://www.sik.ch/agb.htm>

8 Beilagen

Folgende Dokumente sind Bestandteil des vorliegenden Dokumentes:

Die AGB's der SIK Ausgabe 2004⁹

- AGB für die Beschaffung von Informatikgesamtsystemen sowie für die Herstellung von Individual-Software
- AGB für Informatikdienstleistungen
- AGB für die Wartung von Hardware und die Pflege von Software

sowie

- Massnahmenkatalog
- Vertraulichkeitserklärung

⁹ <http://www.sik.ch/agb.htm>

A.1 – Antragsformular aktuell

Das derzeit aktuelle und benutzte Antragsformular der GDK für eine Kostengutsprache:

Die Rubriken B – G können elektronisch ausgefüllt werden	
KOSTENGUTSPRACHE FÜR AUSSERKANTONALE BEHANDLUNGEN nach Artikel 41.3 KVG	
<p>A Entscheidung des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes der Patientin oder des Patienten</p> <p>Die Kostengutsprache für ausserkantonale Behandlung gemäss untenstehenden Angaben wird</p> <p><input type="checkbox"/> erteilt <input type="checkbox"/> stationärer Aufenthalt beschränkt auf Tage</p> <p>Die Kostengutsprache erfolgt ausschliesslich für die unten angegebene Behandlung und ohne Präjudiz für weitere ausserkantonale Spitalaufenthalte!</p> <p>Bemerkungen/Vorbehalte:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> abgelehnt</p> <p>Grund: <input type="checkbox"/> Abklärung/Behandlung im Kanton des zivilrechtlichen Wohnsitzes durchführbar</p> <p><input type="checkbox"/> Abklärung/Behandlung in einer ausserkantonalen Klinik der Spitalliste des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes des Patienten durchführbar</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Ort/Datum: Stempel und Unterschrift:</p>	<p style="text-align: center;">Wohnkanton der Patientin/des Patienten</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Die Rubriken B – G sind vollständig und lesbar von der antragstellenden Ärztin / vom antragsstellenden Arzt auszufüllen. Nicht lesbare und unvollständig ausgefüllte Formulare werden zurückgesandt!</p>	
<p>B Personalien der Patientin / des Patienten</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input checked="" type="checkbox"/> w</p> <p>Adresse: _____</p> <p>PLZ/Ort: _____</p>	<p>Krankenversicherung:</p> <p>_____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>Versichertenstatus:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat</p>
<p>C <input checked="" type="checkbox"/> Bestätigung, dass weder die Unfallversicherung, die Invalidenversicherung oder die Militärversicherung leistungspflichtig sind</p>	
<p>D Zielspital: _____ Abteilung: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Tel: _____ Fax: _____</p> <p>Eintrittsdatum: _____ Verantwortliche/ r Ärztin/Arzt: _____</p>	
<p>E Indikation</p> <p><input type="checkbox"/> Leistung im Kanton des zivilrechtlichen Wohnsitzes der Patientin / des Patienten nicht verfügbar</p> <p><input type="checkbox"/> Notfall (bitte ausgefülltes Formular unverzüglich nach Notfall-Aufnahme dem ärztlichen Dienst des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes der Patientin /des Patienten senden oder faxen)</p> <p>Voraussichtliche Aufenthaltsdauer: _____ Ort und Zeitpunkt des Notfallereignisses: _____</p> <p>Rückverlegungsfähigkeit: _____</p>	
<p>F Antragstellender/r Ärztin / Arzt</p> <p>Name/Vorname: _____ Tel: _____</p> <p>Adresse: _____ Fax: _____</p> <p>Antragsdatum: _____ Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes:</p>	
<p>G Medizinische Daten (ausschliesslich für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte und für die zuständige ärztliche Dienststelle des Wohnkantons)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. Gesuch <input type="checkbox"/> Wiedererwägungsgesuch STRENG VERTRAULICH</p> <p>Diagnose/ Im Fall eines Notfalles auch Begründung: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Vorgesehene Therapie / Massnahme im Zielspital: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Verlängerung des Antrags auf Kostengutsprache: _____</p> <p>_____</p>	

A.2 – Abkürzungen Glossar und Referenzen

Abkürzungen

CA	Certified Authority
EAN	European Article Number
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HPC	Health Professional Card
IV	Invalidenversicherung
KOGU	Kostengutsprache Leistungserbringer zu Versicherer
KOGU-KT	Kostengutsprache für ausserkantonale Behandlungen nach Artikel 41.3 KVG
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung
PKI	Public Key Infrastructure
PV	Privatversicherung
UV	Unfallversicherung
VeKa	Versicherten-Karte Center von santésuisse
VIG	Verein für Informatik im Gesundheitswesen
VK	Versichertenkarte
ZSR	Zahlstellen-Register-Nummer
ZV	Zusatzversicherung

Glossar

Authentifizierung	Verifizierung der Identität. Authentifizierung gibt die Sicherheit, dass die Person (z.B. Absender) auch genau der ist, der er zu sein vorgibt.
E-Health	Der integrierte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmer im Gesundheitswesen.

Referenzen

- [1] eHealth-Strategie für die Institutionen im Gesundheitswesen des Kantons St.Gallen www.ehealth.sg.ch Strategie
- [2] eHealth SG Grobkonzept Departement; www.ehealth.sg.ch Projekte
- [3] eHealth SG Schnittstelle; www.ehealth.sg.ch Projekte
- [4] eHealth SG Status Leistungserbringer; www.ehealth.sg.ch Projekte
- [5] eHealth SG Status Versicherungen; www.ehealth.sg.ch Projekte
- [6] eHealth SG Grobkonzept Departemente der GDK-Ost; Arbeitspapier
- [7] eHealth SG Anforderungen an die Versichertenkarte nach KVG 42a; www.ehealth.sg.ch Projekte