

Im Zuge der Neuordnung im Gesundheitswesen wurde in den neunziger Jahren im § 301 SGB V festgelegt, zunächst im Teilprojekt 4a den elektronischen Austausch von Patientenabrechnungsdaten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern einzuführen und dies dann in einem weiteren Schritt im Teilprojekt 4b auch auf die Reha-Kliniken auszudehnen. Der § 301 mit seiner erst jetzt breit angelaufenen Einführung ist damit eines der aktuellen Themen im Gesundheitswesen.



Datenaustausch

Was lange währt ...

Der Druck der Kostenträger lässt dieses Thema bei den Akut- und Reha-Kliniken wieder in den Vordergrund gelangen, die das elektronische Verfahren nach § 301 bisher noch nicht praktisch einsetzen. Heute kann bereits auf maßgebliche Erfahrungswerte und Einföhrungsszenarien zurückgegriffen werden.

Zahlreiche Krankenhäuser investierten bereits zu Beginn in die erforderlichen technischen Ausstattungen, die jedoch nur sehr vereinzelt tatsächlich in den praktischen Einsatz gelangt sind. So hatte nach den Aufzeichnungen der § 301-Koordinations- und Servicestelle im VdAK/AEV

im August 1998 lediglich ein einziges Krankenhaus den produktiven Datenaustausch mit einer Krankenkasse aufgenommen. Inzwischen nehmen die Anwender deutlich mit stark steigender Tendenz zu, so dass im August 2002 erstmals die Zahl 500 überschritten worden ist. Hinzu kommen noch etwa 80 Reha-Kliniken im Datenaustausch mit den Rentenversicherungsträgern.

Die langjährigen Verzögerungen sind auf mehrere Ursachen zurückzuführen. Offensichtlich sind anfänglich die Detail-

vorbereitungen zur Einführung dieser für die gesamten Leistungsabrechnungen der Kliniken mit den Kostenträgern wichtigen neuen Verfahren von allen Beteiligten gründlich unterschätzt worden, eine schmerzliche Erfahrung, wie sie auch in anderen Branchen bei vergleichbaren e-Business-Projekten häufig zu beobachten war. Inzwischen sind die Kinderkrankheiten im § 301-Verfahren allerdings weit gehend überwunden, wie den Erfahrungsberichten aus früheren Einföhrungen zu entnehmen ist.

Detailvorbereitungen wurden gründlich unterschätzt

Die Kliniksoftwarehersteller haben sich für die beim § 301 wichtige sichere Übertragung und Verschlüsselung der Daten jeweils für eine von vier angebotenen technischen Basislösungen entschieden, die den Kliniken teilweise auch noch weitere Anwendungen wie den Datenaustausch nach § 302 SGB V oder andere e-Business-Anwendungen wie zum Beispiel elektronische Materialbestellungen ermöglichen können.

Die erst in der täglichen Anwendung so richtig spürbar gewordene Tauglichkeit der gewählten Lösung hat bereits in kurzer Einsatzzeit bei einigen Kliniken zu Systemwechseln und damit verbundenen

Mehrkosten geführt. Wichtige Aspekte bei der Auswahl der dauerhaft richtigen Softwarelösung sind neben den finanziellen Gesichtspunkten vor allem der gesicherte Support, das breite Einsatzspektrum (auch über den § 301 hinaus) sowie die gute und einfache Bedienbarkeit.

Eine im Einföhrungsstatus befindliche Klinik sollte sorgsam zwischen den beiden im § 301 vorgeschriebenen Übertragungsverfahren FTAM und X.400 auswählen. Der Fortschritt der Technik, die Sicherheit und vor allem die Bedienbarkeit sollte dem X.400-Standard via ISDN den Vorzug geben. In beiden Verfahren wird ein asynchrones Verschlüsselungsverfahren verwendet, wobei der öffentliche Schlüssel von dem Anwender über ein autorisiertes Trustcenter zertifiziert wird.

Für eine praxisgerechte § 301-Lösung bedarf es weit mehr als nur der Bereitstellung von ausschließlich an den Verfahrensvorgaben orientierten IT-Komponenten. Hier muss mit Rücksicht auf das Klinikpersonal neben der reinen Funktionalität der Software Wert gelegt werden auf eine ausgeprägte Anwenderfreundlichkeit in Form

- einer intuitiv und einfach zu handhabenden

- Bedienoberfläche;
- eines geringen Administrationsbedarfs bei Installation und Betrieb;
- eines hohen Tauglichkeitsgrades im täglichen Routineeinsatz;
- geringer Störanfälligkeit;
- guter Transparenz der erfolgreich oder fehlerhaft durchgeführten Datenübertragungen.

Nicht minder wichtig für die langfristige Betriebssicherheit dieser Software und den notwendigen Schutz der damit verbundenen Investition ist ein verlässliches Pflege- und Betreuungskonzept des Anbieters.

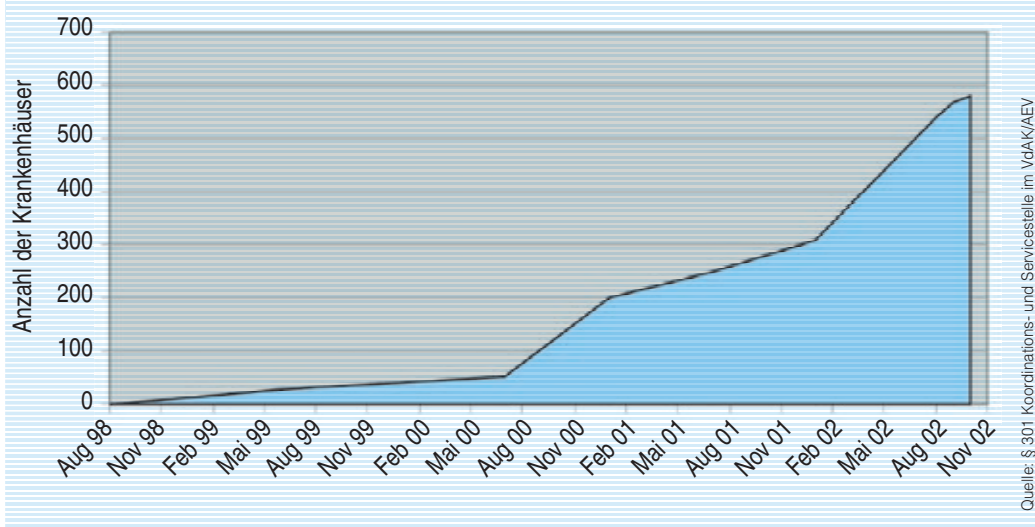
Inzwischen können nun auch die Reha-Kliniken ihre Erfahrungen bei der § 301-Einführung mit den Rentenversicherungsträgern sammeln. In diesem Bereich kommt erschwerend hinzu, dass die technischen Anforderungen bei Datenstruktur und Übermittlung wegen der größeren Komplexität im Reha- gegenüber dem Akutbereich in den eigens gestalteten MED-RUC-Nachrichten wesentlich aufwändiger zu bedienen sind. Die ersten Reha-Kliniken haben 1999 den Testbetrieb mit der BfA und der LVA Baden aufgenommen.

Im Auftrag des Arbeitskreises für Informationstechnologie (AKIT) des Verbandes der Deutschen Rentenversicherungsträger wird von der LVA Baden-Württemberg in Karlsruhe die Datenannahme und Verteilstelle nach § 301 betrieben werden.

Wie Erfahrungsberichte unterschiedlicher Anwender deutlich machen, können die sich jetzt mit der Einführung des Datenaustausches nach § 301 beschäftigenden Krankenhäuser und Reha-Kliniken das Thema zuversichtlich angehen. Da dieser für die tägliche Abrechnung und somit für den wirtschaftlichen Bestand einer Klinik so wichtige Bereich hingegen nicht ohne technische Feinheiten ist, sollten eine gründliche Vorbereitung, kompetente Beratung, die richtige Auswahl bei der Infrastruktur sowie die geeigneten organisatorischen und personellen Maßnahmen berücksichtigt werden.

C. Fraede

Krankenhäuser mit mindestens einer Krankenkasse im § 301-Produktiveinsatz



Erfahrungsberichte

Thomas Landersdorfer, Universitätsklinikum München Großhadern:

„Im 4. Quartal 1998 machten wir die ersten Schritte zur Einführung der Datenübermittlung nach § 301 (Beantragung der Schlüsselzertifikate bei einem Trustcenter, Installation der DÜ-Software, Einstellungen in das Krankenhausverwaltungssystem von SAP etc.). Dann führten wir das Testverfahren mit 24 vorgegebenen Testfällen mit einer Ersatzkasse durch. Das Verfahren dauerte weit über ein Jahr.

Erst im Mai 2000 starteten wir mit einem Klinikum den „produktiven Test“ (Echtdaten-Übermittlung und Papierformulare im Parallelbetrieb) mit der AOK Bayern. Es sammelten sich dabei schnell so viele Probleme an, dass wir uns nach vier Wochen gezwungen sahen, die Übermittlung wieder einzustellen. Der Hauptteil der Probleme lag in der ungenügenden Organisation im Haus, einige aber auch in unserer Verwaltungssoftware oder bei der Kasse. Der zweite Anlauf

vier Monate später war dann erfolgreich.

Ein Vorteil für das Klinikum ist gegenwärtig noch nicht zu erkennen. Viele Meldungen werden wegen fehlender oder falscher Daten zu spät versandt. Der Zahlungseingang von den Kassen kommt im Schnitt nicht früher als beim Papierverfahren. Der Betreuungsaufwand für die Datenübermittlung ist derzeit noch höher als die Zeiteinsparung, die durch die Reduzierung des Papierverfahrens erzielt werden konnte.

Ein Hauptwunsch ist, dass die für die Aufnahme- und Entlassungsmeldungen nötigen Daten im Haus früher, vollständiger und richtiger erfasst werden. Die Kommunikation mit den Kassen bei der Klärung strittiger Abrechnungsfälle muss verbessert werden, da derzeit die Vorprüfsoftware der Annahmestellen bereits viele Nachrichten wegen Fehlern zurück weist, die im manuellen Verfahren nicht festgestellt wurden.

Unsere Empfehlung für andere Häuser ist, dass erst die Datenerfassung gut organisiert wird, bevor man sich auf das Abenteuer „DÜ nach §301“ einlässt. Dann muss eine



Das moderne, integrierte, DRG- gerechte **K**Rrankenhaus**I**nformation**S**ystem für Medizin, Pflege, Geschäftsführung, Verwaltung und Wirtschaftsbereich. Ablaufoptimierung, Entwicklung von Behandlungspfaden, Qualitätssicherung, Budgetkontrolle; Voraussetzungen für das Krankenhaus von morgen.

HC HOSPITAL COMPUTER GmbH, Stefan-George-Ring 19, D-81929 München
Tel: 089/ 99 39 28 41/ 42, email: hc@hospitalgruppe.de

schlagkräftige Gruppe zur Bearbeitung der nicht versendbaren Nachrichten und der Rückmeldungen der Kassen vorhanden sein. Sie muss unbedingt auch die nötigen organisatorischen Kompetenzen im Haus erhalten.“

**Susanne Pfeiffer, Dipl.-Betr. (BA),
Leiterin der Allgemeinen Verwaltung
Kreiskrankenhaus Böblingen:**

„Zu Beginn der Testphase im November 1999 haben wir mit der Techniker Krankenkasse Hamburg den Test begonnen, der damals noch aus etwa 20 Testfällen bestand. Wir haben das Verfahren dann im April 2000 im Echtbetrieb eingeführt, zunächst nur mit der TK. In den nächsten beiden Jahren traten die DAK, KKH, Barmer und Gmünder sowie die AOK bundesweit hinzu.

Die wichtigste Erfahrung war, dass man immer mit einer „kleinen“ Kasse beginnen sollte, dort zwar auch die Fehler wie bei einer großen Kasse auftreten, der Bereinigungsaufwand hingegen wesentlich geringer ist. Wir haben uns auch im laufenden Betrieb daran gehalten, alle Änderungen zunächst mit der TK umzusetzen und erst nach erfolgreichem Verlauf die anderen Kassen umzustellen. Ein großes Problem auf Kassenseite bei der Einführung war dabei die oft mangelhafte Unterweisung der einzelnen Geschäftsstellen. Kleinere Geschäftsstellen waren oft überfordert und wussten teilweise nicht, was „DTA“ bedeutet.

Obwohl Papier, Briefumschläge und Portogebühren eingespart werden, ist der Zeitaufwand für die Mitarbeiter der stationären Abrechnung etwa gleich groß wie ohne DTA, da beispielsweise zu prüfen ist, ob eine Kostenübernahme vorhanden ist und so weiter. Kostenübernahmen, die über das System geliefert werden, führen damit oft zu einer späteren Rechnungsstellung als vor dem DTA.“

Kathrin Fuchs, Rehasentrum Lübben:

„Wir setzen eine individuell erstellte Kliniksoftware ein und führen seit Jahren mit der BfA unsere Datenübermittlung nach § 301 durch. Unsere Lösung ist unkompliziert, anwenderfreundlich und wird gut betreut. Wir stellen Erleichterungen und Arbeitszeiterparnisse in puncto Eingaben in den PC fest, haben einen erheblich größeren Zeitfaktor zum Reagieren, da die Patientendaten rechtzeitig bekannt gegeben werden, und haben keine Verzögerung durch den Schriftverkehr. Neben den erheblich eingesparten Portokosten ist das Verfahren durch die Zeiterparnisse ein Beitrag zur Sicherstellung der Auslastung der Klinik.“

**Dirk Schumann,
Hauptverwaltung
der KKH:**

„Die Einführung bereitete keine größeren Probleme. Jedoch stellte sich schnell heraus, den Grund für Fehler oder Schwierigkeiten unverzüglich festzustellen zu müssen, um extreme Belastungen durch Anhäufungen bestimmter Problemstellungen zu vermeiden. Die Ursachen waren bei allen Beteiligten (Krankenhäusern, Krankenkassen und Software-Vertreibern) zu finden.

Als Vorteile des Verfahrens werden inzwischen gesehen:

- Reduzierung von Personal- und allgemeinen Verwaltungskosten
- verkürzte Zahlungsfrist von mindestens einem Tag
- elektronische Rechnung geht taggleich ein, während die Papierrechnung durch Postlaufzeit frühestens am Folgetag eintrifft.“

**Jürgen Lehmann,
Dienstleistungszentrum Oberpfalz/
Niederbayern der AOK Bayern:**



Jürgen Lehmann

„Zu Beginn des Jahres 1999 wurde ein großer Teil der bayerischen Krankenhäuser schriftlich über den maschinellen Datenaustausch informiert und darum gebeten, die notwendigen Voraussetzungen zu treffen. Hauptsächlich aus folgenden Gründen wurde die Einführung des maschinellen Datenaustausches jedoch verzögert:

- Jahr 2000-Problematik
- Unsicherheit durch ICD 10
- Wechsel des Softwareanbieters / Mangelhafte Software
- notwendige nicht realisierte Umstrukturierungsmaßnahmen in den Krankenhäusern

Dies veranlasste die AOK Bayern, ein Projekt zu gründen mit dem Ziel, die Einführung der maschinellen Datenübermittlung nach § 301 SGB V zu forcieren.

Der ständige Kontakt zu den Krankenhäusern und gelegentlich zu Softwareanbietern, zur Bayerischen Krankenhausgesellschaft sowie zum Koordinationsteam 301 war zwingend notwendig. Die AOK Bayern stand dem Krankenhauspersonal mit Rat und Tat zur Seite und begleitete jedes Krankenhaus mit großem Aufwand durch das Testverfahren. Zum 31. Dezember 2001 endete das Projekt mit dem Ergebnis, dass fast 900.000 Behandlungsfälle/Jahr beziehungsweise 253 Krankenhäuser (290, Stand 10/02) im papierlosen Echtbetrieb bearbeitet wurden.

Als Vorteil sehen wir, dass die vom Krankenhaus übermittelten Daten unsererseits nicht noch einmal erfasst werden, was aufgrund der Fülle der ICD und OPS eine erhebliche Arbeitersparnis mit sich bringt. Somit ist es uns möglich, die dadurch freierwerdenden Kapazitäten für andere Aufgaben einzusetzen. Die Bearbeitung der Daten ist aufgrund der Einheitlichkeit einfacher. Vertretungen stehen nicht mehr vor dem Problem, dass die Papierunterlagen von den meisten Krankenhäusern völlig unterschiedlich aussehen.“

**Walter F. Schäfer,
Leiter Marketing der GWI AG:**

„Im süddeutschen Raum ist der Einsatz sehr verbreitet, ganz Bayern ist im Echtbetrieb. Insgesamt gibt es 70 bis 80 Häuser, die in den Ländern Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen unter Echtbedingungen arbeiten. Wir wünschen uns als GWI:

- frühere Einbindung in die Entscheidungsprozesse, wenn Nachrichten fortgeschrieben werden (Mitarbeit der KIS-Hersteller);
- Vereinheitlichung der Vorgehensweisen innerhalb der Kassen;
- weniger Strukturänderungen, die die Krankenhäuser und Hersteller enorm belasten;
- Testinstanz(en) für zukünftige Fortschreibungen;
- Informationen der Gremien über Planungen wie beispielsweise zukünftige Übertragungswege und so weiter.“

**Martina Hartmann, Produktmanagerin
bei fliegel data GmbH:**

„Unsere Anwender begegneten der neuen Sachlage zunächst skeptisch. Denn schließlich bedeutet der § 301 einen höheren Aufwand. Hinzu kommt, dass die Datenerhebung in uneinheitlicher Weise erfolgt und sich nicht alle Kostenträger an diesem Ver-



Martina Hartmann

fahren beteiligen. Trotz § 301 müssen unsere Anwender für bestimmte Kostenträger nach wie vor die Abrechnung in Papierform erbringen. Ein positiver Aspekt wird darin

**Dr. rer. nat. Günter Müller
Siemens AG**

„Auf das Thema Datenaustausch gemäß §301 SGB V wurden wir erst zu Beginn der Jahres 1996 durch eine Anfrage des Bundesverbandes der Privaten Krankenhäuser Deutschlands (BDPK) nach einer verfahrensspezifischen Branchenlösung für Reha-Kliniken aufmerksam. Zwar konnten wir zu diesem Zeitpunkt noch keine fertige klinikgerechte Lösung anbieten, verfügten aber als langjähriger Anbieter von Lösungen und Dienstleistungen im Bereich E-Business bereits über eine Reihe bewährter Standardprodukte mit Basisarchitekturen zur Nachrichtenformatkonvertierung, Nachrichtensteuerung und zur X.400-Kommunikation, mit ein Grund, dass sich auch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und die LVA Baden-Württemberg entschieden, Ihr Datenaustauschverfahren mit unseren Komponenten umzusetzen.

Nicht zuletzt durch die sehr engen und partnerschaftlichen Kontakte zu diesen und anderen Kostenträgern gelang es uns schnell, mit SEDI-Gate-RehaFACT eine verfahrenskonforme und zugleich anwenderfreundliche und robuste Software für Kliniken bereitzustellen. Wir waren die ersten, die mit BfA und LVA den Produktivbetrieb aufnehmen konnten. Zwar waren die ersten Jahre auf Leistungserbringerseite noch von relativ starker Zurückhaltung bei der Einführung des §301 SGB V geprägt, dennoch haben wir bis heute - nach Öffnung unserer Lösung auch für Krankenhäuser und den §302 SGB V - ca. 250 Einrichtungen (davon etwa 200 Krankenhäuser) als Kunden gewinnen können.

Seit Beginn unseres neuen Geschäftsjahres zum 1. Oktober beobachten wir sogar einen deutlichen Anstieg des Interesses. Immer häufiger wird jetzt auch erkennbar, dass Krankenhäuser, die den §301 "bewältigt" haben, nunmehr weitere Vorgänge (z.B. die Bestellabwicklung von medizinisch technischen Gütern) in die Prozesskette für den elektronischen Geschäftsdatenaustausch eingliedern wollen. Hier zeigt es sich von Vorteil, dass die Basisarchitektur unserer §301-Lösung SEDI-Gate-RehaFACT bereits auf solche weitergehenden Anforderungen vorbereitet ist."

gesehen, dass seine Einführung eine sorgfältige Datenerfassung erzwingt und somit zu einer größeren Transparenz innerhalb des Hauses beiträgt. Letzten Endes profitiert das hauseigene Controlling hiervon.

Das eigentliche Ziel - eine Arbeitserleichterung für Kostenträger und Krankenhäuser - wurde bis heute noch nicht vollumfänglich erreicht. Es wäre daher begrüßenswert, wenn die Verfahrensweisen der Krankenkassen vereinheitlicht würden. Es sollten sich alle Kostenträger beteiligen (auch Sozialämter und private Kassen) und die Daten in gleicher Form abfordern, dann wäre der § 301 ein Gewinn für alle."

**Jörg Vathauer,
CORTEX Software GmbH:**

„Um den Datenaustausch zu ermöglichen, hat die Cortex Software GmbH ihr System AXIS erweitert und entsprechende Software Komponenten entwickelt. 1999 nahm die „Staufenburg-Klinik“ als eine der ersten Einrichtungen der Mediclin AG in einer Pilotphase die Tests mit der BfA auf, die etwa sechs Monate später erfolgreich beendet waren und nach dem Parallelbetrieb (in dem Papier und Elektronik eingesetzt werden) in den Echtbetrieb führten.

Mittlerweile ist in 19 Häusern der Mediclin AG die Software installiert, 16 befinden sich im Echtbetrieb, in dem die Geschäftsvorfälle Bewilligung / Absage (durch BfA) sowie Entlassungsmeldung / - Bericht mit der BfA ausgetauscht werden, wobei der Entlassungsbericht nicht mehr in Papierform an die BfA gesendet wird. Weitere Geschäftsvorfälle (zum Beispiel Aufnahmemitteilung, Unterbrechung) werden in den nächsten Monaten umgesetzt. Mit diesen Erweiterungen kann dann der Austausch mit den LVAs aufgenommen werden."

**Martin Heßberger, Geschäftsführer
TransMedicom GmbH (TMC):**

„Unsere seit 1993 mit der Einführung von mehr als 20 Komplettlösungen in Rehabilitationskliniken mit allen maßgeblichen Indikationsbereichen gewonnenen Erfahrungen im Datenaustausch zwischen Kostenträgern und Rentenversicherungsträgern haben gezeigt, dass eine gründliche Vorbereitung während der Einführungsphase unumgänglich ist.

Als Vorteil für die Klinik sehen wir, dass die Übernahme der Stammdaten der zuge-



Jörg Vathauer

wiesenen Patienten in das Patientenverwaltungsprogramm der Reha-Klinik taggleich mit der Zuweisung dieser Daten durch den Kostenträger erfolgt. Bei der manuellen Eingabe von Patienten-Stammdaten immer wieder auftretende Eingabefehler sind bei Übertragung der Daten per DFÜ ausgeschlossen.

Die Patientenzuweisungen kommen nun in der Regel ein bis zwei Tage schneller in der Klinik an, als auf dem herkömmlichen Papierweg bei Versendung mit der Post. Die Entlassungsmitteilung der Reha-Klinik, welche in vielen Fällen gleichzeitig die Zahlung



Martin Heßberger

der Rehabilitationsleistung durch den Kostenträger auslöst, geht dem Kostenträger bereits am Tag der Entlassung des Patienten zu, wodurch ein schnellerer Zahlungsfluss ermöglicht wird.

Ebenfalls positiv ist zu werten, dass mit der Versendung des ärztlichen Entlassberichtes an den Kostenträger dieser taggleich eingeht. Nachdem die Kostenträger in den letzten Jahren verstärkt auf die Einhaltung der Zusendungsfristen (in der Regel acht bis zehn Tage nach Entlassung des Patienten) achten, kann durch die Versendung des ärztlichen Entlassberichtes nach § 301 ein zusätzlicher Bearbeitungsspielraum in der Klinik von bis zu zwei Tagen erreicht werden." ■