



# Abrechnungsmanagement Abrechnung (AB)

## Abrechnung im Rahmen von Kollektiv- oder Selektivverträgen

Im Kollektivvertragsystem gibt es ein einheitliches Abrechnungsverfahren, bei Selektivverträgen gibt es das nicht: Für jeden Vertrag werden die Modalitäten der Abrechnungen individuell definiert.

## Wie die vielfältigen Vorgaben berücksichtigen?

Um die unterschiedlichen Vorgaben für Abrechnungen flexibel abzubilden, hat die gevko mit der S3C-AB-Schnittstelle ein Baukastensystem entwickelt. Mit dessen Hilfe können auf der Grundlage vorliegender Basisinformationen, individuelle Abrechnungsdateien mit spezifischen Inhalten und Strukturen erzeugt werden.

Die Hersteller von Arztinformationssystemen können mit einer einmaligen Implementierung der S3C-AB-Schnittstelle einfache und komplexe Abrechnungen abbilden. Eine aufwändige Umsetzung für jeden einzelnen Selektivvertrag entfällt dadurch.

## Berücksichtigung von Richtlinien & individuelle Einstellungen

Die S3C-AB-Schnittstelle ermöglicht direkte Abrechnungen mit Managementgesellschaften und mit Kassenärztlichen Vereinigungen. Dabei werden die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V berücksichtigt. Die technische Anlage für das Abrechnungsverfahren der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ist damit ebenfalls abgedeckt.

Aufgrund der Flexibilität der Schnittstelle kann der Übertragungsweg, das Übertragungsmedium und die Datenverschlüsselung individuell definiert werden. So kann beispielsweise für eine Offline-Übertragung die Postadresse des Empfängers hinterlegt werden und für eine Online-Übertragung die Ziel-URL des Adressaten. Auch die Intervalle, in denen abgerechnet wird, können individuell festgelegt werden. So ist eine wöchentliche, monatliche und quartalsweise Übermittlung der Abrechnungsdaten mit der S3C-AB-Schnittstelle möglich.



## Anwendung

In einem Selektivvertrag wurde vereinbart, dass die teilnehmenden Ärzte ihre erbrachten Leistungen direkt mit einem Vertragspartner abrechnen, in diesem Fall einer Managementgesellschaft.

Die Managementgesellschaft hat ein Abrechnungszentrum beauftragt, die Abrechnungsdaten entgegenzunehmen. Sie erhalten die Daten direkt online von den Ärzten.

Um die Datenschutzbestimmungen einzuhalten, werden sämtliche Abrechnungsdaten im Arztinformationssystem verschlüsselt. Mittels der S3C-AB-Schnittstelle ist der für die Verschlüsselung erforderliche öffentliche Schlüssel schon im System hinterlegt - ebenso wie die empfangende URL des Abrechnungszentrums.

Der Arzt kann die Abrechnung ohne weiteren Aufwand sicher übertragen und erhält nach erfolgreicher Übermittlung von seinem System die Meldung, dass das Abrechnungszentrum die Daten vollständig erhalten hat.

## Darstellung einer Umsetzung

**Abrechnungsmodul** Dr. med. Hermann Habicht

**Abrechnung**

LANR:       BSNR:

KVDT Abrechnung (KV Niedersachsen)  
Quartal:   
Info:

Privatärztliche Abrechnung per Datenträger  
Zeitraum von  bis   
Info:

Abrechnung mit Managementgesellschaft  
Quartal:    
  
Info:

Abrechnungen in Selektivverträgen: mit der S3C-AB-Schnittstelle sind Abrechnungen mit kassenärztlichen Vereinigungen und Managementgesellschaften einfach durchzuführen.



# Abrechnungsmanagement Gebührenordnung (GO)

## Gebührenordnungen regeln Abrechnungen für verschiedene Vertragsarten

Gebührenordnungen bilden die Grundlage für Dokumentationen und Abrechnungen von Leistungen in der ärztlichen Praxis. Sie kommen in Selektivverträgen ebenso zum Einsatz wie im kollektivvertraglichen System. Für jeden Selektivvertrag werden vertragspezifische Gebührenordnungen verhandelt, die vielen unterschiedlichen Regeln unterliegen. Sie alle zu beachten, kann für Ärzte und ihre Mitarbeiter eine Herausforderung sein.

## Eine Schnittstelle sorgt für Klarheit

Mit Hilfe der S3C-GO-Schnittstelle erhalten Hersteller von Arztinformationssystemen die Möglichkeit, individuell vereinbarte Gebührenordnungen unkompliziert abzubilden und zwischen den verschiedenen Vertragspartnern auszutauschen. Zusätzlich können innerhalb eines Vertrages, unterschiedliche Gruppen von Leistungserbringern definiert werden, um Abrechnungen individuell zu bearbeiten. So ist es beispielsweise möglich, bestimmte Behandlungen nur von Leistungserbringern abzurechnen, die über die geforderte Zusatzqualifikation verfügen. Oder es ist denkbar, Kriterien für Patientengruppen festzulegen, für die eine Abrechnung erlaubt ist - denn zum Teil ist eine Behandlung nur erstattungsfähig, wenn Patienten ein Mindest- oder Höchstalter haben oder das passende Geschlecht.

## Zuordnung von Leistungsziffern und weiterer Nutzen

In der Gebührenordnung werden ärztlichen Behandlungen Leistungsziffern zugeordnet. Für jede Leistungsziffer gibt es wiederum spezielle Regeln: Darf sie nur ein Mal abgerechnet werden oder mehrfach? Darf sie nur in Kombination mit einer weiteren Leistungsziffer verwendet werden? Und wenn ja: gibt es zeitliche Begrenzungen? - Das Arztinformationssystem kann mithilfe der S3C-Schnittstelle individuelle Hinweise oder Fehlermeldungen für jede Leistungsziffer anzeigen.



Darüber hinaus ist es möglich, den Leistungsziffern einen Betrag in Euro zuzuordnen, so dass Ärzte gleich erkennen, wie viel sie von der Krankenkasse für ihre Leistungen erhalten. Damit bekommen sie präzisere Angaben, als sie über den EBM erschlossen werden können.

Die S3C-GO-Schnittstelle ist auch ein Mittel, Leistungsziffern zu hinterlegen, die rein statistischen und praxisinternen Zwecken dienen und nicht an den Abrechnungsdienstleister weitergegeben werden sollen.

## Anwendung

In einem Selektivvertrag wurde vereinbart, dass unterschiedliche Arztgruppen am Vertrag teilnehmen, um eine integrierte Versorgung zu gewährleisten. So sind bestimmte Leistungen, die ein Patient im Laufe der Behandlung jeweils von verschiedenen Fachärzten erhält, unterschiedlich abzurechnen. Die Hersteller von Arztinformationssystemen erhalten mit der S3C-GO-Schnittstelle alle für diesen Vertrag notwendigen individuellen Gebührenordnungen. Damit werden dann dem operativ tätigen Facharzt genau die Leistungen bereitgestellt, die er im Rahmen dieses Vertrages abrechnen kann. Der Facharzt wiederum, der den Patienten vor und nach dem operativen Eingriff behandelt, wird in die Lage versetzt, mit der für ihn geltenden Gebührenordnung abzurechnen.

## Darstellung einer Umsetzung

Ringeltaube, Richard [geb. 01.06.1960]  
AOK Die Gesundheitskasse

Dr. med. Bettina Bussard

**Diagnose**

Dauermedikation

eingeschriebene Verträge  
● Versorgungszusatzvereinbarung

CAVE  
- Penicillinallergie

Diagnose

- Essentielle Hypertonie [I10.9] → GOP [13566C]

**Hinweis**

Sie können im Rahmen der Versorgungszusatzvereinbarung für die Diagnose [I10.9] und die vergebene GOP [13566C] zusätzlich die folgende GOP abrechnen.

GOP  
13567C

OK Abbrechen

Dauerdiagnose

Hilfe Speichern Drucken Abbrechen

Vertragsspezifische Gebührenordnungen unterstützen den Arzt bei der Abrechnung seiner Leistungen.

Ringeltaube, Richard [geb. 01.06.1960]  
AOK Die Gesundheitskasse

Dr. med. Bettina Bussard

**Diagnose**

Dauermedikation

eingeschriebene Verträge  
● Versorgungszusatzvereinbarung

CAVE  
- Penicillinallergie

Diagnose

- Stabile Angina pectoris [I20.8] → GOP [13566C]  
→ GOP [13567C] !

**Achtung**

Die Ziffer [13567C] darf im Quartal nur einmal pro Patient abgerechnet werden!

Fehler: Die GOP wurde bereits im Zusammenhang mit der Diagnose [I10.9] im aktuellen Quartal (Q1, 2016) abgerechnet.

OK

Dauerdiagnose

- Essentielle Hypertonie [I10.9]

Hilfe Speichern Drucken Abbrechen

Fehler in der Abrechnung vermeiden: durch individuelle Regeln in der S3C-GO-Schnittstelle.



# Arzneittelmanagement Arzneittelmanagement (AM)

## Verordnungen - zwischen Regelwerken und Alternativen

Arzneimittel sind ein wesentlicher Bestandteil bedarfsgerechter Therapien. Idealerweise verlaufen Verordnungen von Arzneien effizient, sicher und wirtschaftlich. Häufig werden Entscheidungen zur Wahl der richtigen Arznei durch umfassende Regularien erschwert. Ein IT-Arzneittelmanagement, das reibungslos funktioniert und auf dem aktuellen Stand ist, erleichtert komplexe Entscheidungen.

## Arzneittelverordnung - vielfältige Beregelungen

Gängige Arztinformationssysteme halten Lösungen für das Arzneimittelmanagement bereit. Die S3C-AM-Schnittstelle unterstützt dieses Management zusätzlich durch Beregelungen im Rahmen der Arzneimittelverordnung. Ärzte können die Vorteile der S3C-AM-Schnittstelle in der gewohnten Systemumgebung nutzen; ihr gewohnter Arbeitsprozess wird nicht unterbrochen.

## Was die S3C-Schnittstelle bereit hält

Die S3C-AM-Schnittstelle bildet unterschiedliche Regelungen und Bereiche der Arzneimittelverordnungen ab. Sie schlägt dem Verordner beispielsweise alternative Arzneimittel vor, wenn Rabattverträge zum ursprünglich ausgewählten Präparat existieren. Ebenso kann sie auf Alternativen für Me-Too-Präparate verweisen. Weitere Regelungen können Generika, Bio-Similar-Höchstquoten und Leitsubstanzen der Arzneimittelvereinbarungen umfassen. Auf Basis dieser Leitsubstanzen werden dann Hinweise zur Umstellung von Kombinationspräparaten auf z.B. kostengünstigere Monopräparate gegeben.

## Wirtschaftliche Vorteile

Über 30 Milliarden Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2014 für Arzneimittel aufgewendet. Hier besteht ein hohes Potential an Einsparungen. Die S3C-AM-Schnittstelle macht



die Verordnung von Arzneimitteln effizienter, sicherer und auch wirtschaftlicher - wie das? Weil die Schnittstelle versorgungsvertragliche Regelungen berücksichtigt und dadurch automatisch für Einsparungen sorgt.

## Anwendung

Ein Patient ist in einen Selektivvertrag eingeschrieben, für den eine Arzneimittelsteuerung vertraglich vereinbart wurde. Im Rahmen der Arzneimittelverordnung durch den Arzt kommen die dabei vereinbarten Regelungen zum Einsatz. Die S3C-AM-Schnittstelle setzt die Regelungen automatisch um, wie am folgenden Beispiel nachvollziehbar wird:

Der Arzt möchte seinem Patienten für eine erste Indikation in seinem Arztinformationssystem ein Kombinationspräparat verordnen, das zwei Wirkstoffe enthält. Das Präparat steht noch unter Patentschutz, die Einzelsubstanzen aber nicht. Eine Verordnung von Monopräparaten ist deutlich kostengünstiger. Die S3C-AM-Schnittstelle markiert das geschützte Kombinationspräparat rot und bietet dem Arzt die zwei Wirkstoffe als Monopräparate an. Diese kann er mit einem Klick auswählen und auf das Rezept übertragen.

Für eine zweite Indikation wählt der Arzt ein Präparat, für dessen Arzneimittelgruppe im Rahmen von Arzneimittelvereinbarungen Leitsubstanzen vorliegen. Auch hier greift die Schnittstelle und hebt das gewählte Präparat rot hervor. Als Alternative werden vereinbarte Leitsubstanzen aufgezeigt, die der Arzt mit einem Klick auf das Rezept überträgt.

## Darstellung einer Umsetzung

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990]  
AOK Die Gesundheitskasse
Arzneimittelverordnung
Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

- Blutdrucksenkendes Mittel
- Blutverdünner

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

- Penicillinallergie

**Verordnung**

**Diagnose**

- Hypercholesterinämie [E78.0]

**Dauerdiagnose**

- Instabile Angina pectoris [I20.0]

Krankenkasse bzw. Kostenträger		AOK Die Gesundheitskasse	
Name, Vorname des Versicherten		Drossel, Daniela	
Geb. am		01.01.1990	
Adresse		Französische Straße 48 10117 Berlin	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
2121212	H123456789	1000	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
091111111	088808880	01.01.2016	

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**Kombinationspräparat 1**

**Präparat Y**

**bbhh**

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!  
Unfalltag:      Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer: \_\_\_\_\_

Hilfe
Speichern
Drucken
Abbrechen

Wirtschaftliche Arzneimittelverordnungen mit der S3C-AM-Schnittstelle sind nicht nur für rabattierte Präparate geeignet. Auch Alternativen bei patentgeschützten Kombinationspräparaten und Leitsubstanzen sind möglich.

**Alternative Monopräparate**

Ursprünglich ausgewähltes Medikament: Kombinationspräparat 1

Bitte überprüfen Sie, ob die ausgewiesenen Alternativvorschläge im konkreten Fall umsetzbar sind. Die Feststellung der Indikation sowie das Ausstellen der Verordnung verbleiben im ärztlichen Verantwortungsbereich.

**Kombinationspräparat 1**      183,20 €

Wirkstoff 1		
Name	Preis	Info
Monopräparat A	15,50 €	
Monopräparat B	16,52 €	
Monopräparat C	12,02 €	
Monopräparat D	14,07 €	
Monopräparat E	23,15 €	
Monopräparat F	10,70 €	

Wirkstoff 2		
Name	Preis	Info
Monopräparat Z	30,56 €	
Monopräparat X	32,40 €	
Monopräparat W	12,02 €	

Hilfe
Übernehmen
Abbrechen

**Alternative Leitsubstanzen**

Ursprünglich ausgewähltes Medikament: Präparat Y

Bitte überprüfen Sie, ob die ausgewiesenen Alternativvorschläge im konkreten Fall umsetzbar sind. Die Feststellung der Indikation sowie das Ausstellen der Verordnung verbleiben im ärztlichen Verantwortungsbereich.

**Präparat Y**      nicht Leitsubstanz

Alternativmedikation		
Name	Leitsubstanz	Info
Präparat M	Leitsubstanz 1	
Präparat N	Leitsubstanz 1	
Präparat O	Leitsubstanz 1	
Präparat P	Leitsubstanz 2	
Präparat Q	Leitsubstanz 2	
Präparat R	Leitsubstanz 2	
Präparat S	Leitsubstanz 2	
Präparat T	Leitsubstanz 3	

Hilfe
Übernehmen
Abbrechen

Mit der S3C-AM-Schnittstelle können patentgeschützte Kombinationspräparate durch kostengünstige Einzelpräparate substituiert werden.

Alternative Verordnungsvorschläge im Rahmen von Arzneimittelvereinbarungen für Leitsubstanzen.



# Arzneittelmanagement Wirkstoffverordnung (WIVO)

## Handlungsspielräume bei der Vergabe von Arzneimitteln

Arzneittelverordnungen bedeuten in der Regel Verordnungen von Fertigarzneimitteln. Diese Fertigarzneimittel können durch den Apotheker gegen Präparate gleicher Zusammensetzung, Wirkstärke, Darreichungsform und Packungsgröße ausgetauscht werden. Im Rahmen von Rabattvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen ist der Apotheker sogar verpflichtet, ein entsprechend rabattiertes Präparat abzugeben. Eine Ausnahme davon besteht, wenn der verschreibende Arzt das sogenannte „aut-idem“-Kreuz setzt. Wenn dieses Feld auf dem Rezeptvordruck explizit aktiviert wurde, muss der Apotheker exakt das verordnete Arzneimittel abgeben.

## Wirtschaftliche Verordnungen

Ärzten ist es aber auch möglich, Arzneimittel lediglich über den Wirkstoff zu verordnen. Nach der Arzneimittelverschreibungsverordnung reicht der vollständige Name eines Wirkstoffes, die Wirkstärke, die Darreichungsform und die Packungsgröße aus, um ein Arzneimittel eindeutig zu identifizieren. In diesem Fall müssen Apotheker entweder einen bestehenden Rabattvertrag bedienen oder eines der drei günstigsten Präparate mit diesem Wirkstoff abgeben. Dieser Weg ermöglicht sehr wirtschaftliche Verordnungen.

## Reine Wirkstoffverordnungen mit der S3C-WIVO-Schnittstelle

Manche Arztinformationssysteme lassen bei der Arzneimittelverordnung derzeit keine reinen Wirkstoffverordnungen zu. Mit der S3C-WIVO-Schnittstelle wird diese Lücke geschlossen. Die Schnittstelle stellt eine strukturierte Wirkstoffverordnung innerhalb eines Arztinformationssystems alltagstauglich zur Verfügung.



## Anwendung

Ein Selektivvertrag sieht vor, dass die teilnehmenden Ärzte vermehrt Wirkstoffe und weniger Fertigarzneimittel verordnen. Im Fall einer Arzneimittelverordnung für einen Patienten, der auch an diesem Selektivvertrag teilnimmt, verordnet der behandelnde Arzt aus Gewohnheit ein Fertigarzneimittel.

Mit der S3C-WIVO-Schnittstelle wird jetzt vom System auf Basis des Fertigarzneimittels eine entsprechende Wirkstoffverordnung vorgeschlagen. Die vorgeschlagene Wirkstoffverordnung kann der Arzt nun einfach mit einem Klick auswählen und auf das Rezept übernehmen.

## Mehr Klarheit

Es kann für einen Patienten verwirrend sein, wenn er ein Produkt mit einem anderen Namen erhält, als auf dem Rezept verordnet wurde. Das kommt vor, wenn der Apotheker aufgrund von Rabattverträgen ein alternatives Fertigprodukt dispensiert. Wenn der Patient durch den Selektivvertrag nur einen Wirkstoff verordnet bekommt, entfällt diese Problematik, da auf dem Rezept kein Handelsname und Hersteller mehr steht. Die S3C-WIVO-Schnittstelle macht Wirkstoffverordnungen, die auf Selektivverträge zurückgehen, einfach.

## Darstellung einer Umsetzung

The screenshots illustrate the workflow in the 'Arzneimittelverordnung' software:

- Top Screenshot:** Shows the initial state. The 'Dauermedikation' (Long-term medication) section lists '- Blutdrucksenkendes Mittel' and '- Blutverdünner'. The 'eingeschriebene Verträge' (Registered contracts) section lists 'Versorgungszusatzvereinbarung' and 'Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag'. The 'CAVE' (Warning) section lists '- Penicillinallergie'. The 'Verordnung' (Prescription) section shows a diagnosis of '- Hypercholesterinämie [E78.0]' and a long-term diagnosis of '- Instabile Angina pectoris [I20.0]'. A central form for 'Präparat A' is visible, with a 'Hinweis' (Note) dialog box asking: 'Zu dem "Präparat A" ist eine Wirkstoffverordnung hinterlegt. Soll diese mit dem "Wirkstoff 12" auf des Rezept übernommen werden?' (For 'Präparat A', a substance prescription is registered. Should it be taken over on the prescription with 'Wirkstoff 12'?). Buttons for 'Übernehmen' (Take over) and 'Abbrechen' (Cancel) are present.
- Middle Screenshot:** Shows the 'Hinweis' dialog box updated with the message: 'Im Rahmen der Versorgungszusatzvereinbarung, soll eine Wirkstoffverordnung stattfinden.' (Within the framework of the supplementary care agreement, a substance prescription should take place). The 'OK' button is highlighted. The background form now shows 'Wirkstoff 12' selected in the 'Wirkstoffverordnung' section.
- Bottom Screenshot:** Shows the 'Wirkstoffverordnung' (Substance Prescription) window. It displays 'Ursprünglich ausgewähltes Medikament: Präparat B' (Originally selected medication: Preparation B). A table lists the substances:
 

Name	Wirkstärke	Info
Wirkstoff 1	5 mg	
Wirkstoff 2	20 mg	
Wirkstoff 3	16 mg	
Wirkstoff 4	8 mg	

 Buttons for 'Hilfe' (Help), 'Übernehmen' (Take over), and 'Abbrechen' (Cancel) are at the bottom.

Schnelle und unkomplizierte Verordnung von Wirkstoffen statt Fertigpräparaten.

Die S3C-WIVO-Schnittstelle ermöglicht einfache Wirkstoffverordnungen in Versorgungsverträgen.

Die Verordnungsfreiheit bleibt gewahrt, da Alternativen bei den Wirkstoffen angeboten werden.





# Arzneimittelmanagement Medikationsplan (MP)

## Medikamentöse Therapie - den Überblick behalten

Bei einer medikamentösen Therapie ist es sehr wichtig, dass Patienten Überblick über ihre Arzneimittel behalten. Sie müssen genau wissen, wie die Medikamente dosiert werden, wie lange die Therapie dauert und worauf eventuell bei der Einnahme zu achten ist. Fehlen Patienten diese wesentlichen Informationen, kann es sein, dass die Therapie erfolglos bleibt.

## Möglichkeiten durch die S3C-Medikationsplan-Schnittstelle

Patienten benötigen übersichtliche Informationen über ihre Medikation. Die S3C-MP-Schnittstelle eröffnet die Möglichkeit, dass sowohl in der Arztpraxis als auch in der Apotheke ein nachvollziehbarer Medikationsplan für den Patienten erstellt wird.

## Aktuell, verbindlich und übersichtlich

Alle Leistungserbringer profitieren von den umfassenden und aktuellen Informationen: Der Informationsfluss sorgt dafür, dass eine ideale Therapieform verbindlich und transparent festgelegt werden kann. Dank der S3C-MP-Schnittstelle behalten beteiligte Ärzte und Apotheker den Überblick über alle aktuellen ärztlichen Verordnungen, über Unverträglichkeiten - auch bereits abgesetzte Medikationen - sowie über die Selbstmedikation der Patienten. Das wird durch den zentral vorgehaltenen, elektronischen Medikationsplan ermöglicht.

## Hand in Hand

Auf dieser Grundlage treffen Behandler besonders fundierte Entscheidungen bei der Verordnung und Beratung. Zeitgleich können sie eine Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) durchführen, bei der alle aktuellen Medikamente des Patienten berücksichtigt werden. Mit diesem medizinisch und pharmazeutisch abgestimmten



Medikationsmanagement arbeiten Arzt und Apotheker gemeinsam mit den Patienten an ihrer Therapietreue.

## Anwendung

Einem Patienten wurden mehr als fünf verschiedene Arzneimittel verordnet. Eines davon ist ein Mittel zur Blutverdünnung, das er aufgrund von Vorhofflimmern einnehmen muss, um das Risiko eines Herzinfarktes und Schlaganfalls zu verringern. Da er Kopfschmerzen hat, möchte er sich in seiner Apotheke ein frei verkäufliches Schmerzmittel (Acetylsalicylsäure) kaufen. Der Apotheker seines Vertrauens weiß durch den vorliegenden Medikationsplan, dass ASS für diesen Patienten ungeeignet ist und schlägt ihm ein alternatives Präparat gegen den Kopfschmerz vor.

Dem Patienten wird vom Apotheker nun ein aktualisierter Medikationsplan im einheitlichen und übersichtlichen Layout der AMTS-Koordinierungsgruppe ausgedruckt. Im Plan wurde auch das neue OTC-Präparat aufgeführt, das durch die S3C-MP-Schnittstelle dokumentiert wird.

## Patientensicherheit wird gefördert

Der auf dem Medikationsplan aufgedruckte Barcode ermöglicht zudem die Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Systemen, die nicht über die S3C-MP-Schnittstelle verfügen. Die Schnittstelle zu implementieren hat also noch weitere Vorteile: Sie ermöglicht einen wesentlichen Schritt zur Implementierung des Medikationsplanes des Aktionsbündnisses Patientensicherheit bzw. der AMTS-Koordinierungsgruppe.

# Darstellung einer Umsetzung

Kleiber, Karl [geb. 01.12.1936] Dr. med. Hermann Habicht  
 AOK Die Gesundheitskasse **Mediaktionsplan**

**Dauermedikation**

- Blutdrucksenkendes Mittel
- Blutverdünner

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

**Medikation**

**Medikationsplan** für: **Karl Kleiber** geb. am: **01.12.1936**

ausgedruckt von:  
 Dr. Hermann Habicht  
 Französische Straße 48, 10117 Berlin  
 Tel: 030-12345678

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Mo	Mi	Ab	zN	Einheit	Hinweise	Grund
Ramipril	---	5 mg	Tbl.	1	0	0	0	St	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Hydrochlorothiazid	---	25 mg	Tbl.	1	0	0	0	St	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Phenprocoumon	---	3 mg	Tbl.	0	0	1	0	St	während der Mahlzeiten	Reinfarktprophylaxe
Simvastatin	---	20 mg	Tbl.	0	0	1	0	St	nach der Mahlzeit	Erhöhte Blutfette

**Anwendung unter die Haut**

Insulin-Isophan (human)	---	300 I.E.	Amp.	20	0	10	0	IE	subcutan	Diabetes
-------------------------	-----	----------	------	----	---	----	---	----	----------	----------

**Bedarfsmedikation**

Glyceroltrinitrat	---	0,4 mg	Spray	max. 3				Hübe	akut	Herzschmerzen
-------------------	-----	--------	-------	--------	--	--	--	------	------	---------------

**Wichtige Angaben**

Bitte messen Sie Ihren Blutdruck täglich!

Hilfe
Speichern
Drucken
Abbrechen

Mit der S3C-MP-Schnittstelle aktuelle Arzneimittel im einheitlichen und übersichtlichen Layout des Medikationsplans der AMTS-Koordinierungsgruppe darstellen.

**Medikationsplan** für: **Karl Kleiber** geb. am: **01.12.1936**

ausgedruckt von:  
 Apotheker Andreas Amsel  
 Französische Straße 48, 10117 Berlin  
 Tel: 030-12345678

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Mo	Mi	Ab	zN	Einheit	Hinweise	Grund
Ramipril	---	5 mg	Tbl.	1	0	0	0	St	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Hydrochlorothiazid	---	25 mg	Tbl.	1	0	0	0	St	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Phenprocoumon	---	3 mg	Tbl.	0	0	1	0	St	während der Mahlzeiten	Reinfarktprophylaxe
Simvastatin	---	20 mg	Tbl.	0	0	1	0	St	nach der Mahlzeit	Erhöhte Blutfette

**Anwendung unter die Haut**

Insulin-Isophan (human)	---	300 I.E.	Amp.	20	0	10	0	IE	subcutan	Diabetes
-------------------------	-----	----------	------	----	---	----	---	----	----------	----------

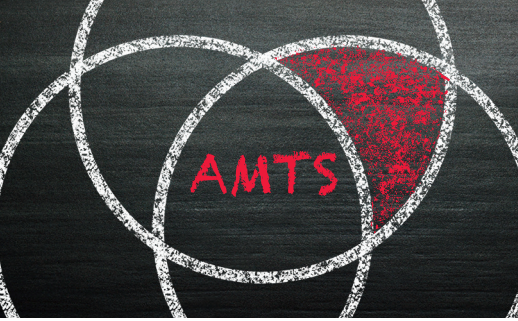
**Bedarfsmedikation**

Glyceroltrinitrat	---	0,4 mg	Spray	max. 3				Hübe	akut	Herzschmerzen
ASS	---	0,4 mg	Tbl.	max. 3				St	akut	Kopfschmerzen

**Wichtige Angaben**

Bitte messen Sie Ihren Blutdruck täglich!

Der Medikationsplan als Ausdruck für den Patienten: immer aktuell vom Arzt oder Apotheker inklusive aller OTC-Präparate.



# Arzneimittelmanagement Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

## Fehler bei der Verordnung vermeidbar

Wer handelt und entscheidet macht zwangsläufig den einen oder anderen Fehler. Mit einer IT gestützten Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) wird der Medikationsprozess optimal unterstützt; Medikationsfehler mit dem einhergehenden Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) werden minimiert. In diesem Zusammenhang ist eine Studie von 2003 erwähnenswert, die zum Ergebnis hatte, dass in Deutschland 28.000 Todesfälle vermeidbar gewesen wären. Ein automatisierter AMTS-Check während der Arzneimittelverordnung, der das aktuelle medizinische und pharmakologische Wissen bereitstellt, kann deshalb die Patientensicherheit positiv beeinflussen.

## Lücke zwischen Systemen

Aktuell am Markt verfügbare AMTS-Systeme unterstützen Ärzte bei der Verordnung von Arzneimitteln. Diese Systeme verfügen häufig nur über herstellerspezifische Schnittstellen und sind daher nur bedingt einsetzbar. Wenn Hersteller von Arztsinformationssystemen (AIS) einen erweiterten AMTS-Check in ihr System integrieren möchten, müssen sie sich entweder auf einen Lieferanten festlegen oder die Schnittstellen der am Markt erhältlichen AMTS-Systeme einzeln umsetzen.

## Die S3C-AMTS-Schnittstelle ist überall einsetzbar

Die gevko bietet mit der S3C-AMTS-Schnittstelle eine einheitliche und lieferantenunabhängige Schnittstelle zwischen AMTS- und AIS-Systemen an. Dadurch kann der Arzt selbst entscheiden, welches AMTS-System in seiner Praxis zum Einsatz kommt. Die AMTS-Schnittstelle der gevko erleichtert es Ärzten, Arzneimitteltherapiesicherheit in ihr Verordnungsmanagement zu integrieren.



## Anwendung - Beispiel 1

Ein Patient erhält ein Medikament zur Blutverdünnung. Wegen anhaltender säurebedingter Magenschmerzen verordnet der Arzt ein neues Arzneimittel, das die Magensäureproduktion reduziert. Die Kombination der beiden Medikamente kann jedoch zu einer verringerten Wirksamkeit des Blutverdünners führen. Das AMTS-Modul weist den Arzt auf die Wechselwirkung hin und zeigt ihm Medikationsalternativen auf.

## Anwendung - Beispiel 2

Ein Patient erhält als Dauermedikation ein schon lange am Markt befindliches Arzneimittel. Beim Ausstellen der Folgeverordnung wird der Arzt durch das über die S3C-Schnittstelle verknüpfte AMTS-Modul auf einen aktuell bestehenden ‚Rote-Hand-Brief‘ und dessen Inhalt hingewiesen. Rote-Hand-Briefe sind Informationen der pharmazeutischen Unternehmen für Fachkreise über neue Erkenntnisse bedeutender Arzneimittelrisiken und über Maßnahmen zu deren Minderung.

## Anwendung - Beispiel 3

Zur Vorbeugung eines Schlaganfalls verordnet der Arzt einem älteren Patienten ein Arzneimittel zur Blutverdünnung. Aufgrund des hohen Alters und der Gefahr von Blutungen, die mit dem Arzneimittel einhergehen, verordnet der Arzt die niedrigste verfügbare Dosierung. Daraufhin erhält er über das AMTS-Modul einen Hinweis, dass die Dosierung unterhalb der empfohlenen Tagesdosis liegt und die Wirkung eingeschränkt sein könnte.

## Darstellung einer Umsetzung

**Arzneimittelverordnung** Dr. med. Hermann Habicht

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990]  
AOK Die Gesundheitskasse

**Dauermedikation**

- Blutdrucksenkendes Mittel
- Blutverdünner

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

- Penicillinallergie

**Verordnung**

**Diagnose**

- Hypercholesterinämie [E78.0]

**Dauerdiagnose**

- Instabile Angina pectoris [I20.0]

**Achtung**

Bei dem gewählten Präparat E kann es zu Interaktionen mit der bestehenden Dauermediaktion kommen.

**OK**

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
AOK Die Gesundheitskasse

Name, Vorname des Versicherten  
Drossel, Daniela

geb. am  
1990

Präparat E

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

Hilfe    Speichern    Drucken    Abbrechen

Intelligente Arzneimitteltherapiesicherheit während der Verordnung – mit allen AMTS-Systemen.

**Arzneimittelverordnung** Dr. med. Hermann Habicht

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990]  
AOK Die Gesundheitskasse

**Dauermedikation**

- Blutdrucksenkendes Mittel
- Blutverdünner

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

- Penicillinallergie

**Verordnung**

**Diagnose**

- Hypercholesterinämie [E78.0]

**Dauerdiagnose**

- Instabile Angina pectoris [I20.0]

**Achtung**

Achtung zu dem gewählten Medikament Blutverdünner A gibt es es einen Rote-Hand-Brief!

**OK**

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
AOK Die Gesundheitskasse

Name, Vorname des Versicherten  
Drossel, Daniela

geb. am  
1990

Blutverdünner A

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

Hilfe    Speichern    Drucken    Abbrechen

Mit der S3C-AMTS-Schnittstelle ‚Rote-Hand-Briefe‘ der AMTS-Systeme anzeigen – auch bei Folgeverordnungen für schon lange am Markt befindliche Arzneimittel.



# Arzneimittelmanagement Indikationsbasiertes Medikationsmanagement (IMM)

## Verordnungen - wirtschaftlich, wirkungsvoll und evidenzbasiert

Das Indikationsbasierte Arzneimittelmanagement (IMM) unterstützt den Arzt bei der evidenz-basierten Verordnung von Fertigarzneimitteln und Wirkstoffen im Rahmen von Selektivverträgen.

Im Normalfall verordnen Ärzte bei bestimmten Indikationen Wirkstoffe, die sich bewährt haben. Da nicht jeder Arzt alle aktuellen und relevanten Studien und Forschungsergebnisse kennen kann, ist eine aktuelle und IT-gestützte Entscheidungshilfe in der Praxis nützlich. Die S3C-IMM-Schnittstelle der gevko stellt entsprechende Informationen zu einem gewählten Arzneimittel zur Verfügung. Dazu zählen z.B. Hinweise zu Therapiealternativen, geordnet nach Indikationsgebieten und weiterführende Informationen.

## Der Indikationsbaum

Zusätzlich zur Unterstützung während des Verordnungsvorgangs kann eine gezielte Recherche mit Hilfe des Indikationsbaums gemacht werden.

Dieser bietet dem Arzt eine nach Indikationen sortierte Übersicht der in Frage kommenden Wirkstoffe an. Die Wirkstoffvorschläge werden sortiert und übersichtlich präsentiert, entweder auf der Basis festgelegter Kategorien oder in Form eines Ampelsystems. Das Besondere dabei: Die empfohlenen Wirkstoffe zu den Indikationen sind evidenzbasiert. Das IMM bietet eine Vielzahl von Nutzungsmöglichkeiten: Es können Hinweise zur Wirtschaftlichkeit hinterlegt werden, Informationen zur frühen Nutzenbewertung, zu Einnahme- oder Dosierungshinweisen und vielem mehr.

## Anwendung

Ein Arzt verordnet seinem Versicherten einen Wirkstoff gegen seine chronische koronare Herzkrankheit. Auf Basis dieser Erkrankung ist der Patient in einen Versorgungsvertrag eingeschrieben. Die S3C-IMM-Schnittstelle findet im zugrunde liegenden Selektivvertrag eine Regelung im Sinne einer Umsteuerung.



Im Arzteinformationssystem erscheint nun ein Hinweisfenster. In diesem werden die Indikationen, für die der Wirkstoff eingesetzt wird, dargestellt. Je Indikation wird dem Wirkstoff eine Priorität zugeordnet, die dieser bei der Behandlung haben sollte. Wirkstoffe der Kategorie 1 gelten dabei als Leitsubstanzen, Kategorie-2-Wirkstoffe gelten lediglich als Reservepräparate. Die Zuordnung zu den Kategorien geschieht in Abhängigkeit von den im Versorgungsvertrag hinterlegten Wirkstoffen und Kategorien, die sich primär an der Evidenz orientieren aber auch wirtschaftliche Belange berücksichtigen können. – Der Arzt hat nun sowohl die Möglichkeit einen anderen Kategorie-1-Wirkstoff zu wählen als auch den ursprünglich gewählten Wirkstoff auf das Rezept zu übernehmen.

## Suche über den Indikationsbaum

Ein Arzt diagnostiziert bei einem Versicherten eine chronische koronare Herzkrankheit. Bei der Wahl der Medikation greift er auf den Indikationsbaum zurück, der über die S3C-IMM-Schnittstelle zur Verfügung gestellt wird. Er wählt die Kategorie ‚Herz-Kreislauf‘ aus; mehrere Subkategorien werden anschließend zur Auswahl angeboten. Der Arzt entscheidet sich nun für die passende Subkategorie, ‚chronische KHK‘. Es erscheint eine sortierte Liste mit Wirkstoffvorschlägen. Die Vorschläge sind evidenzbasiert und nach Kategorien geordnet, die von den Vertragspartnern hinterlegt werden.

# Darstellung einer Umsetzung

**Indikationsbasiertes Medikationsmanagement** Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

**IMM Verordnung**

**Präparatsuche**

Suchen

- Präparat A (Wirkstoff 1)
- Präparat B (Wirkstoff 1)
- **Präparat C (Wirkstoff 1)**
- Präparat D (Wirkstoff 2)
- Präparat E (Wirkstoff 2)

**Indikationsbaum** **Anmerkung**

Ausgewähltes Präparat

**Präparat C (Wirkstoff 1)**

ATC: B01AC06  
Wirkstoff: Wirkstoff1  
Darreichungsform: TAB  
Verschreibungspflichtig: ja

**Übernehmen**

**akute KHK** **Kategorie 1**

Standard bei akuter KHK.

**chronische KHK** **Kategorie 1**

Standardtherapie bei chronischer KHK

**Vorhofflimmern** **Kategorie 3**

kein Standard bei Vorhofflimmern, Standard ist Wirkstoff 2

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**  
AOK Die Gesundheitskasse

**Name, Vorname des Versicherten**  
Kleiber, Karl geb. am 01.12.1936  
Französische Straße 48 10117 Berlin

**Kosten trägt Erkennung** **Versicherten-Nr.** **Status**  
2121212121 H123498765 5000

**Betriebsstätten-Nr.** **Arzt-Nr.** **Datum**  
091111111 08880888 01.01.2016

**RP** (Bitte Leeräume durchstrichen)

Evidenzbasierte Wirkstoffverordnung: mit der S3C-IMM-Schnittstelle kann die höchste Evidenz des gewählten Wirkstoffes für eine Indikation angezeigt werden.

**Indikationsbasiertes Medikationsmanagement** Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

**IMM Verordnung**

**Präparatsuche**

Suchen

**Indikationsbaum** **Anmerkung**

- Stoffwechselförderung
  - Diabetes mellitus Typ 2
  - Fettstoffwechselförderung
- Herz-Kreislauf
  - Herzinsuffizienz
  - Hypertonie
  - chronische KHK**
  - akute KHK
  - Vorhofflimmern
- Muskel-/Skelettsystem
  - Osteoporose
- Antibiotikatherapie
  - Obere Atemwege: Akute Otitis media
  - Obere Atemwege: Akute Rhinosinusitis
  - Harnwege: Akute unkomplizierte Zystitis
  - Untere Atemwege: Pertussis

**Wirkstoff** **Kategorie**

Acetylsalicylsäure	1
Bisoprolol	1
Metoprolol	1
Carvedilol	2
Molsidomin	2
Verapamil	2

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**  
AOK Die Gesundheitskasse

**Name, Vorname des Versicherten**  
Kleiber, Karl geb. am 01.12.1936  
Französische Straße 48 10117 Berlin

**Kosten trägt Erkennung** **Versicherten-Nr.** **Status**  
2121212121 H123498765 5000

**Betriebsstätten-Nr.** **Arzt-Nr.** **Datum**  
091111111 08880888 01.01.2016

**RP** (Bitte Leeräume durchstrichen)

Evidente Wirkstoffe für häufige Indikationen über den Indikationsbaum finden. Übersichtliche Darstellung in Wirkstoffkategorien.



## Contentmanagement Klinische Krebsregister (KKR)

### Meldungen an klinische Krebsregister ab 2018 verpflichtend

Im Zusammenhang mit der Behandlung von Krebserkrankungen soll die Qualität der Therapie valide ermittelt und abgebildet werden. Zu diesem Zweck werden in Deutschland bis Ende 2017 flächendeckend klinische Krebsregister aufgebaut. Um aus onkologischen Qualitätsdaten dann aussagekräftige Meldungen machen zu können, werden insbesondere Informationen über Diagnosen, Behandlungen und über den Verlauf onkologischer Erkrankungen benötigt.

Ärzte sind in Zukunft verpflichtet, jeden onkologischen Fall vollständig elektronisch zu erfassen und zu melden. Nur so kann die Ergebnisqualität medizinischer Leistungen (Therapien) valide ermittelt und dargestellt werden. Um die vollständige Darstellung eines Falles zu erreichen, ist es notwendig, alle Behandlungsdaten aus dem ambulanten Bereich zu ermitteln. Für die elektronische Meldung wurde das Datenformat mit dem ADT-GEKID-Basisdatensatz bereits verbindlich festgelegt.

### Einfache Berücksichtigung bundeseinheitlicher und länderspezifischer Regularien

Die S3C-KKR-Schnittstelle bildet über den ADT-GEKID-Basisdatensatz hinaus auch die jeweils landes-, krankheits- und verlaufsspezifischen Regeln, Plausibilitäten und Abhängigkeiten für die klinischen Krebsregistermeldungen ab. Die gevko bietet damit ein umfassendes Regelwerk, das die unterschiedlichen Anforderungen der klinischen Krebsregister abhängig vom Bundesland abbildet und diese der Softwareindustrie zur Verfügung stellt. Diese muss lediglich einmalig die verwendeten S3C-Module implementieren, kann im Anschluss das jeweilige Regelwerk zur klinischen Krebsregistermeldung nutzen und Ärzten zur Verfügung stellen.



### Anwendung

Die S3C-Schnittstelle unterstützt mit der hinterlegten Logik den Arzt aktiv bei der Meldung zum klinischen Krebsregister, beispielsweise nachdem er eine melderrelevante onkologische Diagnose in seinem System eingegeben hat. Er erhält umgehend den Hinweis, dass er für diesen Patienten eine elektronische Diagnosemeldung an das zuständige klinische Krebsregister schicken muss.

Direkt in seinem Arztinformationssystem hat er die Möglichkeit, über eine Eingabemaske die Daten einzugeben, die für diesen Meldungstyp relevant sind. Alle Einträge, die für den Fall notwendig sind und schon ins System eingetragen wurden, werden dabei automatisch in die Meldung übernommen. Darüber hinaus werden alle irrelevanten Felder des ADT-GEKID-Basisdatensatzes ausgeblendet, so dass sich die Zahl der auszufüllenden Felder erheblich reduziert.

### Arbeitserleichterungen und Zeitersparnis

Soweit Wertebereiche für bestimmte Felder existieren, werden diese dem Arzt per Drop-Down zur Verfügung gestellt. Es erfolgt eine sofortige Validierung der Einträge, wodurch unnötige Rückfragen durch das Krebsregister verhindert werden. Die Daten werden dann automatisch an das für den Arzt zuständige klinische Krebsregister übertragen. Durch die Verwendung der S3C-Schnittstelle verringert sich der Dokumentationsaufwand, denn separate Systeme für die Dokumentation oder für Meldeportale müssen nicht mehr extra aufgerufen werden.

## Darstellung einer Umsetzung

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990] AOK Die Gesundheitskasse **Diagnose** Dr. med. Bettina Bussard

**Dauermedikation**

**eingeschriebene Verträge**  
 Versorgungszusatzvereinbarung

**CAVE**  
 - Penicillinallergie

**Diagnose**

- Mammakarzinom, oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse [C50.4]

**Achtung**

Für die Patientin muss bei der Diagnose C50.4 eine Diagnosemeldung an das klinische Landeskrebsregister gesendet werden.

OK Später

**Dauerdiagnose**

Hilfe Speichern Drucken Abbrechen

Automatische Erinnerungsfunktion bei notwendiger Meldung an das klinische Landeskrebsregister.

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990] AOK Die Gesundheitskasse **Krebsregistermeldung** Dr. med. Bettina Bussard

Melder-ID: 123456.798N Meldung-ID: 844.26.54-156 **Speichern**

Angelegt am: 04.01.2016 Bearbeitungsstatus: In Bearbeitung Prüfstatus:  keine Fehler  nicht versendet **Senden**

Letzte Bearbeitung: 04.01.2016 Fortschritt: 67% Versandstatus:  nicht versendet

**Diagnose-Meldung**

Melddatum: 04.01.2016 Meldebegründung: Patientin / Patient wurde informiert und hat nicht v Anmerkung:

Meldeanlass: Diagnose

**Diagnose**

Diagnosedatum: 04.01.2016 Primärtumor ICD-10 Code: C50.4 Seitenlokalisierung: links Allgemeiner Leistungszustand:

Diagnosesicherung: klinisch: Klinische Diagnose vor dem Sterbedatum durchgeführt Anmerkung:

Diagnosetext: Mammakarzinom, Oberer äußerer Quadrant der linken Brustdrüse

Topographie / ICD-O Topographie-Freitext:

Frühere Tumorerkrankungen:

**Fernmetastasen**

Diagnosedatum: Lokalisation:

Übersichtliche Formulare für jedes Landeskrebsregister – individuell beregelt und im ADT-GEKID-Basisdatensatz. Geprüfte und valide Meldungen direkt aus dem Arztinformationssystem.





## Formularmanagement Formulare (FO)

### Formulare - nützlich, notwendig und fehlbar

Administrative Abläufe von Behandlungen, Abrechnungen, Verordnungen oder Meldungen - dafür sind Formulare im Gesundheitswesen unverzichtbar. Bevor Formulare unter den Beteiligten ausgetauscht werden, wird ein versierter Mitarbeiter sie ausfüllen. Trotz aller Sorgfalt entstehen dabei Fehler.

### Lösungswege

Mit elektronischer, fachlicher und inhaltlicher Unterstützung können Abläufe vereinfacht und optimiert werden. Die Formularechnittstelle S3C-FO der gevko macht es möglich: Mit dieser Schnittstelle erhalten die Hersteller von Arztinformationssystemen das gesamte Formular-Layout und die Logik, die einem Formular zugrunde liegt.

### Wie die Formularechnittstelle funktioniert

Im Arztinformationssystem werden individuelle Regeln und Prüfmechanismen für jedes einzelne Formular hinterlegt. Auf diese Weise erhalten Nutzer ein anwenderfreundliches Formular, das sie intuitiv bedienen können und das sie weitreichend unterstützt. Fehler werden schon bei der Dateneingabe verhindert. Es werden nur noch konsistente, valide und vollständige Formulare in der Arztpraxis ausgedruckt oder digital versendet. - Ein zusätzlicher Nutzen: Wenn notwendige Daten im Informationssystem des Arztes schon vorliegen, können entsprechende Formularfelder automatisch ausgefüllt werden. Eine manuelle Eingabe wird dadurch überflüssig.



### Individuelle Vereinbarungen erfassen

Mit der S3C-FO-Schnittstelle werden KBV-Musterformulare umfassend geregelt. Es können aber auch Formulare abgebildet werden, die für selektivvertragliche Vereinbarungen vorgesehen sind, wie Teilnahmeformulare, Anamnesebögen oder Formulare zur Beurteilung des Gesundheitszustandes.

### Anwendung

Ein Patient schließt bei seinem Arzt einen Selektivvertrag ab; sein Gesundheitszustand wird mithilfe eines besonderen Formulars dokumentiert. Die Besonderheit dabei: neben medizinischen Parametern wird auf einer Zeitleiste festgehalten, wie der Patient sich fühlt und wie er im Alltag zurechtkommt. Die S3C-FO-Schnittstelle unterstützt die Dokumentation des Gesundheitszustandes elektronisch, wertet die Daten optimal aus und speichert sie zur späteren Wiederverwendung.

Möglicher Weise soll das Formular an die Anforderungen der Praxis angepasst werden, z.B. im Hinblick auf einzelne Formeln oder den Dokumentationsumfang. Dann ist auch das mithilfe der S3C-FO-Schnittstellentechnologie zeitnah und ohne Programmieraufwand möglich.

## Darstellung einer Umsetzung

**Formularansicht** Dr. med. Hermann Habicht

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990]  
AOK Die Gesundheitskasse

**Dauermedikation**

- Blutdrucksenkendes Mittel
- Blutverdünner

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

- Penicillinallergie

**Fragebogen**

Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)    Auswertung des Fragebogens zum Gesundheitszustand (SF-36)

### Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten diejenige auswählen, die am besten auf Sie zutrifft.

- Wie würden Sie ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? Gut
- Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? Derzeit etwas besser a
- Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?
  - anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben Ja, etwas eingeschränkt
  - mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen Ja, etwas eingeschränkt
  - Einkaufstaschen heben oder tragen Nein, überhaupt nicht
  - mehrere Treppenabsätze steigen Nein, überhaupt nicht
  - einen Treppenabsatz steigen Nein, überhaupt nicht
  - sich beugen, knien, bücken Nein, überhaupt nicht
  - mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen Ja, etwas eingeschränkt

Hilfe    Speichern    Drucken    Abbrechen

Die S3C-FO-Schnittstelle stellt individuelle Formulare in übersichtlichem Layout für Arztinformationssysteme bereit: Einfache Dokumentation unter Berücksichtigung von Regelungen für vielfältige Einsatzszenarien.

**Formularansicht** Dr. med. Hermann Habicht

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990]  
AOK Die Gesundheitskasse

**Dauermedikation**

- Blutdrucksenkendes Mittel
- Blutverdünner

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

- Penicillinallergie

**Fragebogen**

Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)    Auswertung des Fragebogens zum Gesundheitszustand (SF-36)

### Auswertung des Fragebogens zum Gesundheitszustand (SF-36)

Domain	Score (approx.)
AGES	45
PSYC	40
EMRO	55
KÖRO	45
SOFU	30
KÖFU	50
VITA	45
SCHM	40
VGES	55
PSK	45
KSK	45

Hilfe    Speichern    Drucken    Abbrechen

Formulare auswerten mit der S3C-FO-Schnittstelle. Algorithmen für Formelrauswertungen und visuelle Darstellungsmöglichkeiten.



# Nichtmedikamentöses Verordnungsmanagement Hilfsmittelmanagement (HFM)

## 20.000 Produkte im Hilfsmittelverzeichnis

Im Verlauf einer Behandlung wird es manchmal notwendig, Patienten Hilfsmittel zu verordnen. Das können beispielsweise Prothesen, Hörgeräte oder Rollstühle sein. Bei der Verordnung entstehen Kosten, die von den Krankenkassen übernommen werden - wenn das Produkt im sogenannten Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes aufgeführt ist. Dieses Verzeichnis umfasst 32 unterschiedliche Produktgruppen und weit mehr als 20.000 Einzelprodukte.

## Schneller Zugriff auf das Verzeichnis dank einer gevko-Schnittstelle

Die S3C-HFM-Schnittstelle ermöglicht es dem Arzt korrekte Verordnungen von Hilfsmitteln effizient in seinem Arztsinformationssystem auszustellen. Rückfragen nichtärztlicher Leistungserbringer und seitens der Krankenkassen werden dadurch deutlich reduziert. Korrekturen an bereits erstellten Verordnungen werden vermieden. Im Ergebnis sinkt der Arbeitsaufwand aller Beteiligten beträchtlich.

## Hilfe bei Produkten, Vertragspartnern oder Regularien

Die S3C-HFM-Schnittstelle unterstützt Ärzte bei der Auswahl passender Hilfsmittel in Abhängigkeit zur dokumentierten Diagnose. Dafür können auch genaue Produktbezeichnungen und mögliche Verordnungsmengen des Hilfsmittels vorgeschlagen werden.

Krankenkassen haben die Möglichkeit Maximalpreise für Hilfsmittel zu definieren, die Ärzten als Entscheidungshilfe dienen, wenn sie verschiedene Produkte oder Produktgruppen wählen. Auch bei der Frage nach Maximalpreisen unterstützt die Schnittstelle mit entsprechenden Informationen.



Hat eine Krankenkasse individuelle Vereinbarungen mit Vertragspartnern wie Lieferanten oder Apotheken getroffen, kann der Arzt dies direkt bei der Verordnung berücksichtigen und seinem Patienten mitteilen. Der Versicherte muss nicht mehr bei der Krankenkasse nachfragen, bei welchem Vertragspartner er seine Verordnung einlösen darf. Außerdem wird das gesamte Verordnungsformular auf die Einhaltung der Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geprüft, so dass unvollständige Formulare oder Falschverordnungen der Vergangenheit angehören.

## Anwendung

Der Arzt verordnet einem Patienten ein Blutdruckmessgerät, weil er an einer Hypertonie erkrankt ist. Da der Patient außerdem an einer koronaren Herzerkrankung leidet, die eine mehrfache tägliche Messung erfordert, werden dem Arzt mit der S3C-HFM-Schnittstelle die passenden und erlaubten vollautomatischen Blutdruckmessgeräte zur Oberarmmessung angezeigt.

Bei der Auswahl eines geeigneten Gerätes kann der Arzt auch den maximalen Preis berücksichtigen, der von der Krankenkasse des Patienten festgelegt wurde. Hat der Arzt sich für ein Produkt entschieden, überträgt er in seinem Arztsinformationssystem die entsprechende Hilfsmittelnummer auf die Verordnung.

Abschließend teilt er seinem Patienten noch mit, wo er das Blutdruckmessgerät bestellen darf, da seine Krankenkasse für dieses Produkt einen Lieferantenvertrag geschlossen hat.

## Darstellung einer Umsetzung

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990] AOK Die Gesundheitskasse **Hilfsmittel** Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

- Blutdrucksenkendes Mittel
- Blutverdünner

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

- Penicillinallergie

**Verordnung**

**Diagnose**

- Hypercholesterinämie [E78.0]

**Dauerdiagnose**

- Instabile Angina pectoris [I20.0]

**Hilfsmittel**

Art des Hilfsmittels:

Name	Preis	Info
Blutdruckmesser 1000	19,99€	
Sana Messgerät (Blutdruck)	50,80€	
Sanitas Blutdruckmesser	120,52€	
Blutdruckmesser 750	30,99€	
Druckmesser 007	67,80€	
Druckmesser 010	115,90€	

Der gesamte Hilfsmittelkatalog im Arztinformationssystem mit der S3C-HFM-Schnittstelle: Verordnungen der erlaubten Hilfsmittel einfach und schnell.

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990] AOK Die Gesundheitskasse **Hilfsmittel** Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

- Blutdrucksenkendes Mittel
- Blutverdünner

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

- Penicillinallergie

**Verordnung**

**Diagnose**

- Hypercholesterinämie [E78.0]

**Dauerdiagnose**

- Instabile Angina pectoris [I20.0]

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**

AOK Die Gesundheitskasse

**Name, Vorname des Versicherten**

Drossel, Daniela geb. am 01.01.1990

Französische Straße 48 10117 Berlin

**Kostenträgerkennung** 2121212 **Versicherten-Nr.** H123456789 **Status** 1000

**Betriebsstätten-Nr.** 091111111 **Arzt-Nr.** 088808880 **Datum** 01.01.2016

**Rp.** (Bitte Leeräume durchstreichen)

**Bei Arbeitsunfall auszufüllen!**

Unfalltag \_\_\_\_\_ Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer \_\_\_\_\_

**Abgabedatum in der Apotheke** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Arztes** Muster 16 (10.2014)

Verordnungen konkreter Hilfsmittel schon in der Arztpraxis, unter Berücksichtigung von Lieferantenverträgen der Krankenkassen.



# Nichtmedikamentöses Verordnungsmanagement Heilmittelmanagement (HLM)

## Heilmittelverordnung und Rückläufer

Im Jahr 2014 haben Ärzte über 71 Millionen Heilmittel verordnet. Bei den Verordnungen sind zahlreiche Fehler vorgekommen, was angesichts umfangreicher Vorschriften und Regularien nachvollziehbar ist - Rückläufer sind die Folge. Durch die Informationspflicht entstehen den Arztpraxen allein bei den Heilmittelverordnungen Kosten von über 100 Mio. Euro jährlich (Quelle: *Statistisches Bundesamt: Mehr Zeit für Behandlung - Abschlussbericht 08/2015*). Korrekt ausgefüllte Heilmittelverordnungen haben demnach ein großes Potential, Bürokratie in der Arztpraxis zu verringern, Arbeitsprozesse zu beschleunigen und Kosten einzusparen.

## Zugang zum Heilmittelkatalog

Nutzen Ärzte die S3C-HLM-Schnittstelle, werden ihnen in ihrem Arztinformationssystem nach Nennung der Diagnose passende Heilmittel vorgeschlagen. Und sie erhalten Informationen zu Mengen und Frequenzen der in Frage kommenden Heilmittel. Grundlage für die Verordnung ist dabei der aktuelle Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschuss, in dem Heilmittel u.a. mit zulässigen Höchstwerten festgelegt sind. Mit der S3C-HLM-Schnittstelle steht dem Arztinformationssystem ein digitalisierter Heilmittelkatalog zur Verfügung.

Sowohl die Erbringer der Heilmittelleistungen als auch die Kostenträger können sich auf ein vollständig ausgefülltes und in sich plausibles Formular verlassen, weil die S3C-HLM-Schnittstelle das gesamte Formular mithilfe des mitgelieferten Regelwerks prüft und validiert. Dies hat dann automatisch deutlich weniger Nachfragen und Korrekturläufe zur Folge.

## Zugang zu Rabattverträgen

Weitere positive Effekte können auch im Zusammenhang mit Rabattverträgen für bestimmte Maßnahmen erreicht werden: Wenn Kostenträger und Heilmittelerbringer beispielsweise Rabattverträge zu Verordnungsalternativen vereinbart haben,



werden diese dem Arzt im Verlauf der Verordnung vorgeschlagen.

Darüber hinaus können im Arztinformationssystem auch weitergehende Informationen in Form von Anleitungen oder Broschüren für Patienten bereitgestellt werden.

## Anwendung

Ein Arzt verordnet seinem Patienten mit chronischem Rückenleiden Krankengymnastik. Beim Ausfüllen des Verordnungsformulars leitet die S3C-HLM-Schnittstelle den Arzt aktiv zur Auswahl der richtigen Indikation an.

Über den dann bereitgestellten Indikationsschlüssel werden alle zu dieser Indikation verordnungsfähigen Maßnahmen aufgeführt. Unpassende Heilmittel werden somit gar nicht mehr angezeigt, wodurch eine Verordnung von nicht genehmigungsfähigen Maßnahmen erschwert wird.

Im weiteren Verordnungsablauf zeigt das Arztinformationssystem mit der S3C-HLM-Schnittstelle dem Arzt an, dass der Kostenträger des Patienten Versorgungsverträge für die ausgewählte Heilmittelmaßnahme abgeschlossen hat und weist auch auf rabattierte Alternativen hin. Der Arzt kann eine Alternative auswählen und entscheidet sich dann, ebenfalls unterstützt durch die Beregelung des Formulars, für Anzahl und Frequenz der Erbringung des Heilmittels.

Sowohl der Arzt als auch der Patient haben jetzt große Sicherheit, dass die Verordnung formal richtig ist. Durch die Informationen, die über die S3C-HLM-Schnittstelle im Arztinformationssystem hinterlegt sind, kann der Arzt seinem Patienten zusätzlich mitteilen, welcher Heilmittelerbringer in der näheren Umgebung praktiziert.

## Darstellung einer Umsetzung

Buntspecht, Barbara [geb. 01.12.1950]  
AOK Die Gesundheitskasse

Dr. med. Hermann Habicht

### Heilmittelmanagement

**Dauermedikation**

- Blutdrucksenkendes Mittel

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

**Verordnung**

**Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

Erstverordnung     Folgeverordnung     Gruppen-  
 Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch     Nein     Ja

Verordnungsmenge:  Heilmittel nach:  Anzahl pro Woche:

Indikationsschlüssel:     Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde:

ICD-10 - Code:

**Achtung**

Die Verordnungsmenge ist zu hoch.  
Die maximale Anzahl beträgt laut Heilmittelkatalog 10.

Einfache Auswahl der zur Indikation passenden Heilmittel mit der S3C-HLM-Schnittstelle. Hinweise auf unpassende Verordnungsmengen und Auswahl von kostengünstigen Alternativen wie Gruppentherapien.



# Nichtmedikamentöses Verordnungsmanagement Häusliche Krankenpflege (HKP)

## Verordnung von Hauskrankenpflege - wie Formulare korrekt ausfüllen?

Häusliche Krankenpflege wird jährlich mehr als 3 Mio. Mal verordnet. Sie dient der Vermeidung oder Verkürzung stationärer Krankenhausbehandlung und sichert ärztliche Behandlung auch im Heim des Patienten.

Jede Verordnung häuslicher Krankenpflege muss einzeln genehmigt werden. Nur dann ist eine Kostenübernahme möglich. Falsch ausgefüllte Formulare müssen deshalb vermieden und gesetzliche bzw. versorgungsvertragliche Regelungen beachtet werden. Dann können Genehmigungen schneller erteilt werden, da kaum noch Rückfragen und Korrekturläufe notwendig sind. Im Sinne einer Entbürokratisierung wirkt sich das auch direkt positiv auf Arztpraxen und Krankenkassen aus.

## Verordnungen zwischen Gesetzen und Regelungen

Derzeit unterstützen Arztinformationssysteme nicht die Erstellung einer Verordnung zur häuslichen Krankenpflege. Da das Verordnungsformular meist nur schematisch bedruckt werden kann, findet eine Prüfung auf Einhaltung gesetzlicher Richtlinien oft nicht statt. Auch die individuellen Leistungsverzeichnisse der Krankenkassen werden bei einer Verordnung nicht berücksichtigt.

## Eine Schnittstelle sorgt für plausibel ausgefüllte Formulare

Die S3C-HKP-Schnittstelle unterstützt den Arzt bei der strukturierten Verordnung häuslicher Krankenpflege im Arztinformationssystem. Verschiedene Leistungskataloge können während des Ausfüllens der Verordnung aufgerufen werden. Eine ausgewählte Leistung wird direkt ins Formular übernommen. Darüber hinaus findet eine Plausibilisierung des Formulars statt, so dass die Zahl unvollständig ausgefüllter Verordnungsvordrucke und Falschverordnungen minimiert wird. Abgelehnte Genehmigungen gehören damit der Vergangenheit an und das Genehmigungsverfahren ist deutlich kürzer.



## Pflegedienste berücksichtigen, Genehmigungen beschleunigen

Der Patient kann gezielt begleitet werden, indem der Arzt einen anhand von Qualitätsdaten favorisierten Pflegedienst empfiehlt.

Zusammen mit der S3C-eVO-Schnittstelle (elektronische Verordnung) ist eine bidirektionale elektronische Genehmigung von Verordnungen möglich. Dadurch werden sie ohne Zeitverlust genehmigt. Das gesamte Verfahren beschleunigt sich für alle Beteiligten nochmals deutlich.

## Anwendung

Ein Arzt verordnet seinem Patienten häusliche Krankenpflege. Die Verordnungen für häusliche Krankenpflege sind stark reglementiert, so dass die Unterstützung durch die S3C-HKP-Schnittstelle für den Arzt beim korrekten Ausfüllen eine große Hilfe ist.

Aufgrund des schlechten Gesundheitszustands des Patienten gibt der Arzt eine Verordnungsdauer von vier Wochen ein und erhält nun vom System den Hinweis, dass dies vom Arzt zu begründen ist.

Außerdem verordnet er Blutzuckermessungen, ohne bisher eine entsprechende Diagnose dokumentiert zu haben, und erhält erneut einen Hinweis von seinem System, eine Diagnose ‚Diabetes mellitus‘ (E10 - E14) zu kodieren, um eine korrekte Verordnung zu erhalten. Arzt, Patient und Pflegedienst können sich jetzt auf eine qualitativ hochwertige Verordnung verlassen.

## Darstellung einer Umsetzung

Buntspecht, Barbara [geb. 01.12.1950] AOK Die Gesundheitskasse **Häusliche Krankenpflege** Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**  
- Bluthdrucksenkendes Mittel  
- Blutverdünner

**eingeschriebene Verträge**  
● Versorgungszusatzvereinbarung  
● Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**  
- Penicillinallergie

**Verordnung**

**Verordnung häuslicher Krankenpflege** 12

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann.

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die vorzunehmende Maßnahme übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung  Folgeverordnung

vom 05.01.16 bis 04.02.16  Unfallunfallfolgen

**Achtung**  
Für eine Verordnung von mehr als 14 Tagen muss eine Begründung angegeben werden.

**Hilfe** **Speichern** **Drucken** **Abbrechen**

Intelligente Prüfungen und Hinweise bei komplexen Verordnungsvorgängen.

Buntspecht, Barbara [geb. 01.12.1950] AOK Die Gesundheitskasse **Häusliche Krankenpflege** Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**  
- Bluthdrucksenkendes Mittel  
- Blutverdünner

**eingeschriebene Verträge**  
● Versorgungszusatzvereinbarung  
● Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**  
- Penicillinallergie

**Verordnung**

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)** (E66.99) g., (I10.10) g.  
Besonderheiten lt. Verzeichnis:

Häusliche Krankenpflege erfolgt:  statt Krankenhausbehandlung  zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

**Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):**

**Behandlungspflege:**

Anleitung zur Behandlungspflege

Blutzuckermessung

Dekubitusbehandlung

Lokalisation/Grad/Größe:

Injektionen:  horn  horn

Medikamentengabe:  horn  horn  verabreichen

Präparate (auch bei Injektionen):

Verbände:  Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden

**Achtung**  
Bei der Verordnung von Blutzuckermessungen muss ein Diabetes mellitus (E10 - E14) kodiert sein.

**Hilfe** **Speichern** **Drucken** **Abbrechen**

Krankenkassenspezifische Leistungskataloge ermöglichen Regelungen, die auch über die Vorgaben der Kassenspezifischen Bundesvereinigung hinausgehen.





# Nichtmedikamentöses Verordnungsmanagement elektronische Verordnung (eVO)

## Verordnungsmanagement - zeitraubender Medienwechsel

Verordnungen finden bis heute noch papiergebunden statt. Während des Verarbeitungsprozesses kommt es deshalb zu Medienbrüchen, wenn die Verordnung immer wieder zwischen digitaler Datei und ausgedruckter Papierform wechselt. Da in der Regel in der Arztpraxis eine Prüfung auf die Richtigkeit eines Formulars nicht erfolgt, ist auch eine maschinelle Prüfung durch die Krankenkasse nicht ohne weiteres möglich. Deswegen erfolgen Prüfungen ärztlicher Verordnungen momentan nur verzögert.

## Zeitintensive Abstimmungen

Auch die notwendigen Änderungen, die in Arztpraxen an einer Verordnung nachträglich vorgenommen werden müssen, erweisen sich als sehr zeitintensiv. Nach einer Umfrage der gevko benötigen Praxen im Schnitt bis zu vier Stunden in der Woche für Abstimmungen mit den Krankenkassen, um Unklarheiten zu beseitigen, fehlende Informationen nachzufragen und falsch ausgefüllte Formulare zu korrigieren.

## Beschleunigung durch Digitalisierung

Medienbrüche sind vermeidbar: eine Verordnung kann dank der S3C-eVO-Schnittstelle zwischen allen Beteiligten elektronisch ausgetauscht werden. Die Papierverordnungen müssen bei den Krankenkassen nicht mehr gescannt und wieder digitalisiert werden. Der Patient als Bote entfällt. Durch die elektronische Übertragung und die schon in der Arztpraxis erfolgte Validierung der Verordnung werden Prozesse extrem verschlankt und beschleunigt. Sind Genehmigungen durch die Krankenkasse erforderlich, können diese dann bei einfachen Fällen automatisiert und quasi in Echtzeit erfolgen. Selbst bei komplizierteren Fällen ist das Verfahren für die Sachbearbeiter der Krankenkassen deutlich vereinfacht: jetzt sind nur noch die Fälle zu bearbeiten,



bei denen Entscheidungen durch einen Menschen notwendig sind. Alle anderen Fälle werden vom System nicht mehr angezeigt.

## Anwendung

Ein Arzt verschreibt eine genehmigungspflichtige Heilmittelverordnung. Mit Hilfe der S3C-Heilmittel-Schnittstelle wird das Formular in seinem Arztinformationssystem auf Plausibilität geprüft. Die plausibilisierte elektronische Heilmittelverordnung sendet er dann direkt aus seinem Arztinformationssystem an einen zentralen Server.

Von diesem Server erhält die Krankenkasse die Heilmittelverordnung und kann die menschen- und maschinenlesbare Verordnung sofort maschinell genehmigen. Danach sendet die Krankenkasse die erteilte Genehmigung automatisiert und unverzüglich an den Server zurück. Der Arzt wird nun wiederum über die erteilte Genehmigung in seinem Arztinformationssystem informiert.

Der Patient erhält vom Arzt die schon genehmigte Verordnung - noch in Papierform. Darauf ist ein ‚Token‘ in Form eines Barcodes aufgedruckt, mit dem der nichtärztliche Leistungserbringer Zugriff auf die Verordnung hat. Er sieht nur die für ihn relevanten Daten und erkennt, dass die Verordnung schon von der Krankenkasse des Patienten genehmigt wurde. In Zukunft kann die Papierverordnung für den Patienten auch durch die Übertragung auf sein Smartphone abgelöst werden, wie dies heute schon beispielsweise bei elektronischen Bordkarten von Fluggesellschaften der Fall ist.

## Darstellung einer Umsetzung

Buntspecht, Barbara [geb. 01.12.1950]  
AOK Die Gesundheitskasse

**Heilmittelmanagement**

Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

- Blutdrucksenkendes Mittel

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

**Verordnung**

**Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

Erstverordnung  
  Folgeverordnung  
  Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles  
  Behandlungsbeg. spätestens am TTMMJJ

Hausbesuch:  Ja  Nein

Therapiebericht:  Ja  Nein

Verordnungsmenge:   im

Heilmittel:

Indikationsschlüssel:

ICD-10 - Code:

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde:  
Funktionsstörungen durch Muskeltonusstörungen

**Übermittelt**

Die Verordnung wurde an die Krankenkasse übermittelt.  
Die Genehmigung liegt vor.

Valide Formulare werden mit der S3C-eVO-Schnittstelle direkt zwischen Leistungserbringer und Kostenträger elektronisch versendet. Eine Genehmigung der Verordnung erfolgt quasi sofort – zum Nutzen für den Patienten und die weiteren Leistungserbringer.



# Qualitätsmanagement Kommunikationsmanagement (KOM)

## Vielfältige Softwarelösungen - komplizierte Kommunikation

In der ärztlichen Praxis gibt es immer mehr Softwarelösungen für Spezialaufgaben, z.B. für die Dokumentation in Krankheitsregistern, die parallel zum Arztinformationssystem (AIS) mit Informationen befüllt werden müssen. Für Ärzte und ihre Mitarbeiter bedeutet das in der Regel einen erheblichen Mehraufwand, da z.B. die schon im AIS vorhandenen Patientenstammdaten erneut in die Spezialsoftware eingeben werden müssen. Das gleiche gilt auch für Behandlungsdaten, die doppelt zu erfassen sind.

## Schnittstellen als Kommunikationshelfer

Schnittstellen können den elektronischen Datenaustausch zwischen den Systemen und über Sektorengrenzen hinaus ermöglichen. Einfach zu implementierende Lösungen für das Gesundheitswesen standen bisher nicht zur Verfügung. Die S3C-KOM-Schnittstelle ist eine neue, universelle Lösung für die reibungslose Kommunikation zwischen einem Primär- und einem Sekundärsystem, also z.B. zwischen einem AIS und einem Spezialsystem. Die Schnittstelle der gevko ist offen, flexibel und daher sektorenübergreifend und systemunabhängig einsetzbar.

## Einfache Bedienung im Arztinformationssystem

Mit der S3C-KOM-Schnittstelle können z.B. elektronische Fall- und Patientenakten direkt aus dem AIS heraus bedient werden - oder Expertenfragen und Registermeldungen erstellt werden. Kommen dann Rückmeldungen aus einem anderen System, stehen sie auch im AIS direkt zur Verfügung.



## Anwendung

In besonderen medizinischen Fällen möchten Ärzte sich fachlich mit Kollegen und Experten beraten. Selten befinden sie sich dabei an einem Ort, sondern nutzen eine gemeinsame Dokumentationsplattform im Internet.

Um die Plattform nutzen und den Fall schildern zu können, wird der Arzt die Plattform mit seinem Browser aufrufen. Er wird also sein eigenes System verlassen und alle Angaben, die für die Klärung seiner Fragen nötig sind, erneut manuell eingeben. Antworten erhält er dann entweder per E-Mail oder er kann sie nach seiner Authentifizierung von der Plattform abrufen.

Mit der S3C-KOM-Schnittstelle erhält der Arzt die Möglichkeit, seine Anfrage direkt aus seinem AIS zu stellen, ohne dass er sein System dafür verlassen muss.

Anlass für eine Expertenfrage kann z.B. eine vorab definierte Diagnose sein. Das AIS tauscht dann nach Zustimmung des Arztes alle notwendigen Daten mit dem Expertenportal aus. Für den Ablauf bedeutet das konkret, dass nur noch die Daten manuell eingegeben werden müssen, die noch nicht im AIS vorhanden waren. Auch die Expertenantwort kann automatisch im Primärsystem des Arztes angezeigt werden. Damit stehen die neuen Informationen direkt zur eigenen Weiterverarbeitung zur Verfügung.

## Darstellung einer Umsetzung

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990] AOK Die Gesundheitskasse **Diagnose** Dr. med. Bettina Bussard

**Dauermedikation**

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung

**CAVE**

- Penicillinallergie

**Diagnose**

- Stabile Angina pectoris [I20.8]

**Achtung**

Die Diagnose I20.8 im Alter von 26 Jahren ist nicht der Regelfall. Wollen Sie eine Anfrage an das Expertenportal stellen?

**Dauerdiagnose**

Unterstützung im eigenen Arztinformationssystem und direkte Kommunikation mit anderen Systemen – zum Beispiel Expertenfragen bei schwierigen medizinischen Sachverhalten.

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990] AOK Die Gesundheitskasse **Expertenkommunikation** Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

- Penicillinallergie

**Expertendialog**

**Diagnose**

- Stabile Angina pectoris [I20.8]

**Dauerdiagnose**

**Anfragen**

<input type="checkbox"/> Anfrage zu K80.1	versendet	03.12.2006
<input checked="" type="checkbox"/> Anfrage zu K80.1	Antwort	03.12.2006
<input type="checkbox"/> Anfrage zu I20.8	versendet	06.01.2016
<b>neu</b> <input checked="" type="checkbox"/> Anfrage zu I20.8	Antwort	06.01.2016

**Details**

**Anfrage zu "Stabile Angina pectoris [I20.8]"**

Hintergrund: Die Diagnose I20.8 ist in dem Alter von 26 Jahren nicht der Regelfall.

Empfehlung: - Konsiliar  
- Start Behandlung mit Betablocker (z.B. Bisoprolol)

letzte Aktualisierung: 06.01.2016

Mit der S3C-KOM-Schnittstelle die Kommunikation vereinfachen – Antworten der Expertenkommunikation direkt am Point of Care, wenn der Patient noch behandelt wird.



## Qualitätsmanagement Prozessmanagement (PROC)

### Viele Kommunikationspartner - ungleiche IT-Systeme

Im Gesundheitssystem kommunizieren viele verschiedene Parteien miteinander. Im Rahmen einer Behandlung ist es z.B. notwendig zahlreiche Informationen und Daten untereinander auszutauschen, meistens auf elektronischem Weg. Die unterschiedlichen IT-Systeme im Gesundheitswesen behindern eine reibungslose Kommunikation. Selten gibt es Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Systemen, die ‚Übersetzungsarbeit‘ leisten würden - oder es gibt Schnittstellen, die erst zeitintensiv implementiert werden müssten.

### Schnittstellen für funktionierende Kommunikation

Die gevko bietet eine Lösung für die schnelle und gelungene Kommunikation zwischen allen Beteiligten an, die unterschiedliche Systeme nutzen: Dafür kommen zwei Schnittstellen zum Einsatz, die S3C-Kommunikation-Schnittstelle (S3C-KOM) und die S3C-Prozess-Schnittstelle (S3C-PROC), die für die Bereiche ‚Kommunikation‘ und ‚Prozessmanagement‘ konzipiert wurden. Damit können komplexe Kommunikationsszenarien zwischen unterschiedlichsten Beteiligten gestaltet werden.

### Vorteile für das Prozessmanagement

Gerade im Bereich ‚Prozessmanagement‘ sind komplexe Aufgaben zu erledigen: Die S3C-PROC-Schnittstelle kommt zum Einsatz, wenn in der Kommunikation mehrere Prozess-Schritte miteinander verkettet werden müssen. Mit der Schnittstelle ist es dann möglich, beliebig viele IT-Systeme in den Prozessablauf eines Arztinformationssystems (AIS) zu integrieren. Das können z.B. Expertensysteme und Terminsysteme eines Facharztes sein oder der sektorenübergreifende Datenaustausch zwischen einem Krankenhausinformationssystem und einem AIS.



Dadurch werden Abläufe rasant beschleunigt. Doppeldokumentationen in unterschiedlichen Systemen, die ansonsten nicht in der Lage wären, miteinander zu kommunizieren, werden reduziert. Darüber hinaus ist die Schnittstelle offen für viele zukünftige Entwicklungen in der gesamten Anwendungslandschaft des Gesundheitswesens.

### Anwendung

Ein Arzt nutzt über die S3C-KOM-Schnittstelle die Möglichkeit, aus seinem eigenen AIS heraus, ein Expertenteam auf einer Internetplattform zu befragen. Die Antwort des Teams erhält er ohne Umwege und ohne Verzögerung in seinem AIS. Die Experten empfehlen wegen der unklaren Diagnosestellung des Patienten und wegen des übersandten Befundes die Überweisung an einen Facharzt. Auch an dieser Stelle wird der Prozess mit der S3C-PROC-Schnittstelle für den Arzt nahtlos weitergeführt: Aus dem AIS wird automatisch eine Suchanfrage nach einem geeigneten Facharzt an ein entsprechendes Portal gestellt. Als Antwort erhält der Arzt Vorschläge zu verschiedenen Fachärzten in seinem AIS. Er wählt einen Facharzt in der Nähe des Wohnortes des Patienten aus. Im dritten Prozess-Schritt unterstützt die Schnittstelle ihn jetzt bei der Terminanfrage über das Terminvergabesystem des Facharztes. Darüber kann der Arzt einen Termin für den Patienten direkt beim Facharzt vereinbaren.

## Darstellung einer Umsetzung

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990] AOK Die Gesundheitskasse **Expertenkommunikation** Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

- Penicillinallergie

**Expertendialog**

**Diagnose**

- Stabile Angina pectoris [I20.8]

**Anfragen**

<input checked="" type="checkbox"/>	Anfrage zu K80.1	versendet	03.12.2006
<input checked="" type="checkbox"/>	Anfrage zu K80.1	Antwort	03.12.2006
<input checked="" type="checkbox"/>	Anfrage zu I20.8	versendet	06.01.2016
<input checked="" type="checkbox"/>	Anfrage zu I20.8	Antwort	06.01.2016

**Details**

**Anfrage zu "Stabile Angina pectoris [I20.8]"**

Hintergrund: Die Diagnose I20.8 ist in dem Alter von 26 Jahren nicht der Regelfall.

Empfehlung: - Konsiliar  
- Start Behandlung mit Betablocker (z.B. Bisoprolol)

letzte Aktualisierung: 06.01.2016

Hilfe Terminanfrage Drucken Abbrechen

Unterstützung im eigenen Arztinformationssystem und direkte Kommunikation mit anderen Systemen – zum Beispiel Expertenfragen bei schwierigen medizinischen Sachverhalten.

Drossel, Daniela [geb. 01.01.1990] AOK Die Gesundheitskasse **Expertenkommunikation** Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

- Penicillinallergie

**Expertendialog**

**Diagnose**

- Stabile Angina pectoris [I20.8]

**Anfragen**

<input checked="" type="checkbox"/>	Anfrage zu K80.1	versendet	03.12.2006
<input checked="" type="checkbox"/>	Anfrage zu K80.1	Antwort	03.12.2006
<input checked="" type="checkbox"/>	Anfrage zu I20.8	versendet	06.01.2016
<input checked="" type="checkbox"/>	Anfrage zu I20.8	Antwort	06.01.2016
<input type="checkbox"/>	Anfrage zu I20.8	Terminanfrage	06.01.2016
<input checked="" type="checkbox"/>	Anfrage zu I20.8	Terminvorschlag	06.01.2016

**Details**

**Terminvorschläge zur Anfrage vom 06.01.2016**

Hintergrund: Die Diagnose I20.8 ist in dem Alter von 26 Jahren nicht der Regelfall.

14.01.2016	10:00	Dr. med Doris Dohle	Klinikum Lichtenberg
16.01.2016	13:00	Dr. med Doris Dohle	Klinikum Lichtenberg
17.01.2016	11:00	Dr. med Doris Dohle	Klinikum Lichtenberg

Bestätigen

Hilfe Terminanfrage Drucken Abbrechen

Mit der S3C-PROC-Schnittstelle kann ein Behandlungsfall bei dem mit verschiedenen Einrichtungen interagiert wird, komfortabel direkt im Arztinformationssystem bearbeitet werden: Expertenfrage – Antwort und folgende Terminanfrage mit Bestätigung.



# Qualitätsmanagement Qualitätsindikatoren (QI)

## Qualität von Gesundheitsversorgung - wie messen und bewerten?

Die Qualität der medizinischen Versorgung kann mit Qualitätsindikatoren transparent aufgezeigt werden. Qualitätsindikatoren messen Eigenschaften der Gesundheitsversorgung und ermöglichen deren Bewertung. Sie sind ein wichtiges Instrument der evidenzbasierten Medizin.

Erkenntnisse aus den Qualitätsindikatoren helfen, konkrete Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität zu definieren. Das können beispielsweise Leitlinien und Empfehlungen sein oder die Identifikation erfolgreicher Behandlungspfade.

## Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Daten

Qualitätsindikatoren müssen eindeutig definierte, quantifizierbare Messgrößen sein und jeweils einen konkret abgegrenzten Teilaspekt der medizinischen Versorgungsqualität abbilden. Sie bilden die Qualität allerdings nicht direkt ab, sondern über relevante Kennzahlen bzw. über das Verhältnis der Kennzahlen zueinander. Um diese Kennzahlen bilden zu können, werden in der Regel speziell zusammengestellte Daten benötigt, die auf entsprechenden Indikatorprofilen basieren.

## Die S3C-QI-Schnittstelle vereinfacht den Datenexport

Normalerweise werden solche Daten nicht in diesen speziellen Zusammenstellungen aus einem Arztinformationssystem exportiert. Dieser Export kann mit Hilfe der S3C-QI-Schnittstelle vorbereitet werden: dafür beschreibt sie Indikatorprofile und identifiziert die dazu notwendigen Daten, die aus dem Arztinformationssystem zu exportieren sind. Datenexport und Übermittlung an die Empfangsstelle erfolgt über die S3C-Versorgungsdatenexport-Schnittstelle.



## Anwendung

Ein Arzt nimmt im Rahmen eines Selektivvertrags an einer Qualitätssicherungsmaßnahme für die ‚Koronare Herzkrankheit‘ teil, die auf dem Qualitätsindikatorensystem QiSA basiert.

Zur Bildung der dort beschriebenen Indikatoren kommt die S3C-QI-Schnittstelle zum Einsatz: Alle Patienten mit der Diagnose Hypertonie (ICD I10.\* - I15.\*), für die eine Bewertung des kardiovaskulären Risikos anhand eines Fragebogens durchgeführt wurde, werden im Arztinformationssystem für den Datenexport zusammengestellt. Der Arzt muss keine weiteren Daten erfassen.

Die relevanten Daten werden dann mit der S3C-Versorgungsdatenexport-Schnittstelle exportiert. Hierfür muss der Arzt lediglich einen Button klicken. Die Daten werden dann automatisch mit den anonymisierten Patientendaten an die empfangende Stelle versendet.

## Darstellung einer Umsetzung

Qualitätsindikatoren
Dr. med. Hermann Habicht

**Statistik QS**

Patientensuchlauf für: Kardiovaskuläres Gesamtrisiko

angewandte QS-Kriterien:

- ICD Codierung I10.\* bis I15.\*
- Ergebnis Fragebogen "Risiko kardiovaskuläre Erkrankung"

Suchlauf starten
Ergebnisliste anzeigen

Ergebnisliste

Suchlauf

Durchlauf benötigt voraussichtlich noch 1 min

Ergebnisliste versenden
Abbrechen

Mit der S3C-QI-Schnittstelle bequem die Daten identifizieren und für den Export vorbereiten, die für die vertraglich vereinbarten Qualitätsindikatoren notwendig sind.

Qualitätsindikatoren
Dr. med. Hermann Habicht

**QS - Bogen Kardio**

**Fragebogen zum Risiko einer kardiovaskulären Erkrankung**

**Geschlecht des Patienten**

männlich

weiblich

**Alter des Patienten**

36

**Blutdruck des Patienten**

systolisch 190 mm HG

diastolisch 80 mm HG

**Cholesterin des Patienten**

Gesamtcholesterin 6,1 mmol/l

HDL - Cholesterin 1,1 mmol/l

**Raucherstatus**

nein

ja

**BMI**

31

**weitere relevante Diagnosen (automatisch befüllt)** → i

Diabetes mellitus E10.50

Manifeste Atherosklerose I70.0

Speichern
Abbrechen

Einfache Erfassung strukturierter Daten, um aussagekräftige Qualitätsindikatoren bilden zu können.





# Qualitätsmanagement

## Sektorübergreifende Qualitätssicherung (SQS)

### Qualität medizinischer Versorgung prüfen

Die Sektorübergreifende Qualitätssicherung (SQS) hat zum Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung über Sektorengrenzen hinweg zu erfassen und zu bewerten. Basis für diese Neuerungen ist § 137a SGB V. Die Neuerungen bedeuten, dass die Qualität der Versorgung nicht länger getrennt in Kliniken und Praxen geprüft wird. Und Behandlungsverläufe werden über unterschiedliche Zeiträume und von verschiedenen Leistungserbringern analysiert.

### Arbeitsintensive Einführung

Im Verlauf einiger Pilotprojekte zeigte sich, dass einer erfolgreichen Einführung der SQS verschiedene Hürden im Wege stehen: Für Ärzte ist es sehr arbeitsintensiv, die Qualitätssicherungsbögen auszufüllen und die erhobenen Daten nicht direkt aus ihrem Arzteinformationssystem der erfassenden Stelle zukommen lassen zu können. Und für Hersteller von Arzteinformationssystemen oder Krankenhausinformationssystemen ist es sehr aufwändig, die Vielzahl der vorhandenen QS-Bögen in ihren Systemen abzubilden.

### Entlastung durch die gevko-Schnittstelle

Für diese Hürden bietet die S3C-SQS-Schnittstelle Arbeitserleichterungen. Für Ärzte erleichtert sich das Ausfüllen von Formularen und Dokumentationsbögen, da bereits im System vorliegende Daten verwendet werden können. Bei der Erfassung weiterer Daten wird der Arzt durch die Schnittstelle unterstützt, indem Ausfüllvorschläge gemacht werden und das gesamte Formular auf seine Richtigkeit geprüft wird.

Sind Formulare über einen längeren Zeitraum mehrmalig auszufüllen, kann das System dank der Schnittstelle auf schon gemachte Eingaben zurückgreifen. Ärzte müssen diese Daten also nicht erneut eingeben, sondern sie werden



automatisch vom System eingetragen. Der Versand erfolgt dann, wenn gewünscht, automatisch an die Auswertungsstelle.

Die S3C-SQS-Schnittstelle verringert auch für die Softwarehersteller den Arbeitsaufwand deutlich, da sie eine Vielzahl an QS-Bögen im fertigen Layout und mit den entsprechenden Regelungen zur Verfügung stellt.

### Anwendung

Ein Arzt dokumentiert bei seinem Patienten eine Diagnose, die es erforderlich macht, einen QS-Bogen auszufüllen und innerhalb von vier Wochen elektronisch an die Vertrauensstelle zu senden.

Mit Hilfe der S3C-SQS-Schnittstelle wird der QS-Bogen vom System mit allen schon vorliegenden Daten befüllt. Dazu zählen die Stammdaten des Patienten aber auch Daten wie beispielsweise sein Blutdruck. Jetzt muss der Arzt nur noch den Raucherstatus auf dem QS-Bogen angeben, da dieser nicht im Arzteinformationssystem hinterlegt ist.

Nachdem das Formular automatisch auf seine Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft wurde, kann der Arzt den korrekt ausgefüllten QS-Bogen versenden. Der Adressat, die Vertrauensstelle, ist durch die S3C-SQS-Schnittstelle im System angegeben, ebenso wie der Schlüssel zur Verschlüsselung. Der Arzt muss also lediglich den Versenden-Button klicken.

## Darstellung einer Umsetzung

Specht, Sebastian [geb. 01.06.1978]  
AOK Die Gesundheitskasse

Diagnose

Dr. med. Bettina Bussard

Dauermedikation

eingeschriebene Verträge

- Versorgungszusatzvereinbarung

CAVE

Diagnose

- ambulant erworbene Pneumonie [I18.9]

Sektorübergreifende QS

bei Ambulant erworbener Pneumonie

Erstdokumentation  Folgedokumentation

Patientendaten

Name:	Specht	Geburtsdatum:	01.06.1978
Vorname:	Sebastian	Geburtsort:	Musterdorf
Geschlecht:	männlich	Krankenkasse:	AOK Die Gesundheitskasse

Empfänger Qualitätszentrum Musterdorf

Dauerdiagnose

1. Rauchen sie regelmäßig?

ja

1a. Wie viel rauchen sie derzeit gewöhnlich?

Anzahl Zigaretten pro Tag

1b. Wann haben sie angefangen regelmäßig zu rauchen?

Im Alter von  Jahren bzw. im Jahr

nein

Senden Abbrechen

Hilfe Speichern Drucken Abbrechen

Individuelle Fragebögen zur Qualitätssicherung direkt im Arztinformationssystem – vorausgefüllt und alle Daten sind wiederverwendbar.



## Qualitätsmanagement Versorgungsdatenexport (VE)

### Versorgungsverträge refinanzieren

Versorgungs- und Selektivverträge regeln den Rahmen medizinischer Leistungen, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Krankenkassen sind darauf angewiesen, dass Selektiv- und Versorgungsverträge refinanziert werden - beispielsweise durch eine nachgewiesenen wirtschaftliche und rationale Verordnungsweise der Leistungserbringer.

Für die Refinanzierung werden zwischen den Vertragspartnern normalerweise Zielquoten vereinbart. Um feststellen zu können, ob die Quoten erreicht wurden, werden Versorgungsdaten aus der Arztpraxis benötigt. Dann können die Quoten im Rahmen qualitätsorientierter Vergütung berechnet werden.

### Wie Versorgungsdaten erheben und versenden?

Diese Daten sind in der Regel nicht Bestandteil heutiger Abrechnungen und damit auch nicht standardisiert aus den Arztinformationssystemen zu exportieren. Auch die Möglichkeit, die Informationen aus den Datensätzen der Kostenträger zu ermitteln, - sofern diese dort überhaupt vorliegen, - ist mit erheblichem Aufwand verbunden.

### Eine Schnittstelle sorgt für sicheren Datenfluss

Die S3C-VE-Schnittstelle ermöglicht Vertragspartnern eine schnelle Ermittlung der vertragspezifischen Kennzahlen. Dazu gehören Daten zu den eingesetzten Arzneimitteln, zu verordneten Leistungen wie häusliche Krankenpflege und anderer Maßnahmen wie Heil- und Hilfsmittel. Ferner können mit der Schnittstelle Abrechnungsziffern, Diagnosen, Krankenhauseinweisungen oder Überweisungen zum Facharzt ermittelt werden.

Die S3C-VE-Schnittstelle exportiert die Versorgungsdaten auch an unabhängige Dritte, die durch die jeweiligen Vertragspartner gemeinsam beauftragt wurden. Diese berechnen dann auf Basis der zur Verfügung gestellten Daten, ob die vereinbarten



Zielquoten tatsächlich erreicht wurden. So können auch die Leistungserbringer - je nach vertraglicher Regelung - an den nachweislich realisierten Einsparungen partizipieren.

### Anwendung

In einem Selektivvertrag wurde eine wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mit Hilfe von Zielerreichungsquoten vereinbart. Den teilnehmenden Ärzten werden spezifische Informationen übersichtlich in ihrem Arztinformationssystem zur Verfügung gestellt. Das geschieht in Kombination mit der S3C-AM-Schnittstelle.

Ärzte benötigen die Informationen, um Arzneimittel wirtschaftlich verordnen zu können - im Hinblick auf die jeweiligen vertraglichen Regelungen. Wenn ein Arzt beispielsweise eine Verordnungsquote von mehr als 90% bei diesen Arzneimitteln erreicht, erhält er einen finanziellen Bonus. Die Informationen zu seinem Verordnungsverhalten werden mit der S3C-VE-Schnittstelle für jeweils ein Quartal gesammelt.

Der Export der Daten findet dann einfach per Knopfdruck des Arztes statt. Dabei werden die Ziel-URL, der Verschlüsselungsalgorithmus und das zu verwendende Übertragungsmedium beachtet.

## Darstellung einer Umsetzung

### Datenexport

Dr. med. Hermann Habicht

<b>KBV-Prüfnummern</b> ADT: X/1/1000/36/000 KADT: X/2/2000/36/000 SADT: Y/100/1200/24/000	<b>KV-Gebiet</b> (17) KV Niedersachsen	<b>Versionen</b> Kryptomodul: 2.00 Prüfmodul: 1.12 S3C-VE: 2.10
--	---	--

**Einstellungen**

- Tagtrennung durchführen
- Anzahl Warnungen begrenzen
- Daten komprimieren
- Regelwerkprüfung
- Prüfmodul Warnungen aus
- Dauerdiagnosen hinzufügen

**Lokale Historie**

- 01.12.2015\_Q4
- 01.09.2015\_Q3
- 09.10.2015\_Q3

**Hinweis**

Die Verordnungsdaten wurden erfolgreich verschlüsselt und an die zuständige KV übermittelt. ✓

OK

mit Verordnungsdaten  
 ohne Verordnungsdaten  
 nur Verordnungsdaten

mit Knappschaft  
 nur Knappschaft  
 ohne Knappschaft

Dateien senden   Speichern   Abbrechen

Anzeigen

Transparente und individuelle Möglichkeiten des Versorgungsdatenexports. Mit der S3C-VE-Schnittstelle können Versorgungsverträge evaluiert werden und vereinbarte Pay-for-Performance-Zahlungen schnell an die Vertragspartner weitergegeben werden.



## Versorgungsmanagement Klinische Pfade (KLP)

### Leitlinien - für standardisierte, hochwertige und wirtschaftliche Therapien

Durch die Weiterentwicklung diagnostischer und therapeutischer Methoden, sowie des medizinischen Wissens kann die medizinische Versorgung immer weiter verbessert werden, aber: Medizin wird dadurch auch immer komplexer und schwieriger zu handhaben. Deshalb werden die Erkenntnisse evidenz-basierter Medizin in Leitlinien abgebildet, um Patienten eine fundierte, standardisierte Therapie zukommen lassen zu können.

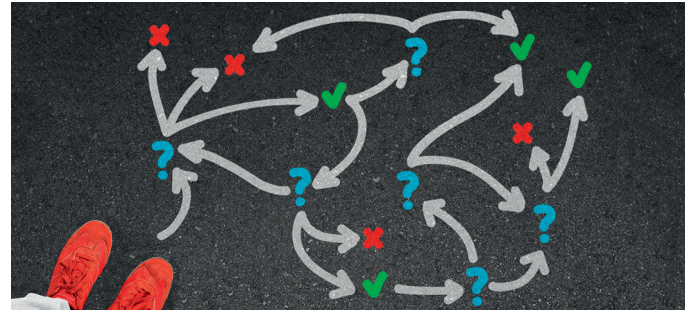
Die Behandlung von Patienten im Rahmen der leitlinien- und pfadgerechten Diagnostik und Therapie gilt als qualitativ hochwertig und wirtschaftlich. Die evidenz-basierte Medizin spielt daher im Rahmen der integrierten Versorgung und anderer Versorgungsverträge eine immer größere Rolle.

### Eine Schnittstelle macht Leitlinien im Arztsinformationssystem handhabbar

Voraussetzung für den IT-unterstützten Einsatz einer Leitlinie oder eines klinischen Pfades ist die Akzeptanz entsprechender Softwareprodukte durch Hersteller und Anwender. Die S3C-KLP-Schnittstelle ermöglicht die Abbildung und effiziente Umsetzung von Leitlinien im Arztsinformationssystem. Das gilt für Leitlinien und für klinische Pfade.

### Klinische Pfade als Entscheidungshilfen

Ein ‚klinischer Pfad‘ beschreibt den optimalen Weg eines speziellen Patiententyps mit den für ihn relevanten diagnostischen und therapeutischen Leistungen und stellt diese in zeitlicher und prozessualer Abfolge dar. Mithilfe der S3C-KLP-Schnittstelle wird dies im System des Arztes übersichtlich und intelligent visualisiert.



Der Arzt kann den klinischen Pfad dialoggesteuert bearbeiten und seine Maßnahmen als ‚durchgeführt‘ oder ‚erfolgt‘ kennzeichnen. Und wo erforderlich kann er seine Ergebnisse dokumentieren. Durch die automatisierte Verarbeitung der bereits erfassten Daten können Pfade hervorgehoben werden. Auf diese Weise wird dem Arzt ein sinnvoller und nachvollziehbarer Entscheidungskorridor angezeigt, der ihn in seiner täglichen Arbeit unterstützt.

### Anwendung

Ein Arzt hat bei der Anamnese seiner Patientin mehrere unspezifische Symptome wie Schwindel, Kopfschmerzen, Ohrensausen und Nasenbluten festgestellt. Er dokumentiert seine Verdachtsdiagnose ‚arterielle Hypertonie‘ in seinem Arztsinformationssystem.

Mit Hilfe der S3C-KLP-Schnittstelle erhält er daraufhin den Hinweis auf eine Diagnostik im Rahmen der evidenzbasierten Leitlinie zur ‚arteriellen Hypertonie‘.

Der Arzt dokumentiert den aktuell gemessenen Blutdruck der Patientin direkt innerhalb der grafischen Darstellung des klinischen Pfades. Da die Hypertonie erstmalig dokumentiert wird, beantwortet der Arzt dialogisch, dass ein sekundärer Hochdruck ausgeschlossen ist. Nachdem er die Frage nach einem persistierend erhöhten Blutdruck mit ‚nein‘ beantwortet hat, erfährt er durch die Leitlinie, dass eine 24-stündige Blutdruckmessung sinnvoll wäre. Dies veranlasst er nun. Anschließend kann er die Werte direkt in seinem System eintragen und zum nächsten Punkt der Leitlinie vorgehen.

# Darstellung einer Umsetzung

Tannenmeise, Tina [geb. 01.01.1980]  
AOK Die Gesundheitskasse

**Diagnose**

Dr. med. Bettina Bussard

Dauermedikation

eingeschriebene Verträge  
● Versorgungszusatzvereinbarung

CAVE  
- Penicillinallergie

**Diagnose**

- Arterielle Hypertonie [I10.0] V

**Achtung**

Für die Diagnose "Arterielle Hypertonie" liegt ein klinischer Pfad vor. Soll dieser angezeigt werden?

**Dauerdiagnose**

Leitliniengerechte Behandlung mit klinischen Pfaden mit der S3C-KLP-Schnittstelle. Mit verschiedenen Aufgreifkriterien wird der Arzt auf mögliche klinische Pfade hingewiesen.

Tannenmeise, Tina [geb. 01.01.1980]  
AOK Die Gesundheitskasse

**Klinischer Pfad**

Dr. med. Bettina Bussard

**KLP**

**Diagnostik der arteriellen Hypertonie**

Evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnose und Therapie - Entwickelt durch das medizinische Wissensnetzwerk „evidence.de“ der Universität Witten/Herdecke  
Version 1/2003 (Stand September 2007)

Bisherige Anamnese zeigte:

- Patient mit unspez. Symptomen wie Schwindel, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Nasenbluten
- (meist zufällig) festgestellte Blutdruckerhöhung oft ohne Symptomatik

Bitte Blutdruckmessung durchführen und folgende Punkte beachten:

- Die erste Messung sollte an beiden Armen erfolgen, für weitere Messungen sollte der Arm mit dem höheren Wert benutzt werden.
- Die Messung sollte nach 5-minütiger Ruhe in einem stillen Raum erfolgen.
- Passende Manschettengröße verwenden.
- Die Manschette sollte auf Herzhöhe sein.
- Die Luft sollte langsam abgelassen werden.
- Die Phase V der Korotkoff-Geräusche sollte verwendet werden.
- Zwischen aufeinanderfolgenden Messungen sollte mindestens 1 Minute verstreichen.
- Die Messung erfolgt normalerweise in sitzender Position, Ausnahme ggf. im Stehen für ältere Patienten, Diabetiker, etc...
- Häufige Fehlerquellen vermeiden.**

**Blutdruck des Patienten:**

systolisch  mm Hg

diastolisch  mm Hg

Blutdruck < 210 mm Hg / < 110 mm Hg?

Ist die Hypertonie erstmals diagnostiziert?  Ja  Nein

Liegt eine neue Hypertonie vor?

Tannenmeise, Tina [geb. 01.01.1980]  
AOK Die Gesundheitskasse

**Klinischer Pfad**

**KLP**

Kann ein sekundärer Hochdruck ausgeschlossen werden?

Ja  Nein

Sek. Hochdruck ausgeschlossen?

**Ja**

Wurde bereits ein persistierend erhöhter Blutdruck festgestellt?

Ja  Nein

Liegt entweder persistierend erhöhter Blutdruck oder eines der Therapiekriterien (kardiovaskuläre Risikofaktoren, Endorganschäden, Diabetes mellitus) vor?

**Nein**

24h Blutdruckmessung (3,1,2)

**Tagesmittelwert (7 bis 22 Uhr): (Normwert: 135/85 mm Hg)**

systolisch  mm Hg

diastolisch  mm Hg

**Nachtmittelwert: (Normwert: 120/70 mm Hg)**

systolisch  mm Hg

diastolisch  mm Hg

**24h-Mittelwert: (Normwert: 130/80 mm Hg)**

systolisch  mm Hg

Zusatzinformationen und einfach zu dokumentierende Behandlungsergebnisse geschickt im Arbeitsablauf des Arztes integriert – die von den Fachgesellschaften entwickelten Leitlinien können intuitiv und unkompliziert genutzt werden.

Vorschläge zu den nächsten leitliniengerechten Behandlungsschritten und ihre Dokumentation direkt im Arztinformationssystem.



## Vertrags- & Teilnahmemanagement Potenzialanalyse (PA)

### Viele Versorgungsangebote - geringe Bekanntheit

Es gibt eine Vielzahl von Versorgungsangeboten, besonderen Versorgungsverträgen und -programmen, die dafür gedacht sind, dass Patienten effizient und qualitätsoptimiert betreut werden. Viele dieser Angebote und Programme erreichen aber leider weder Ärzte noch Versicherte. Im Tagesgeschäft sind Ärzten die verfügbaren Versorgungsangebote und Neuerscheinungen ihrer Vertragspartner nicht immer präsent. Deshalb können Patienten die Gelegenheit verpassen, sinnvolle Programme wahrzunehmen.

### Eine Schnittstelle hält auf dem Laufenden

Die S3C-PA-Schnittstelle kann Ärzten bestehende Versorgungsangebote leicht zugänglich machen. Dadurch erreichen diese Angebote auch die Patienten. Das Arztinformationssystem (AIS), das ein Arzt ohnehin täglich nutzt, zeigt mithilfe der Schnittstelle die wichtigsten Informationen zu den Versorgungsverträgen an. Nach Auswertung des Patientenpotenzials im AIS wird der Arzt auf passende Versorgungsangebote hingewiesen. Im Anschluss kann er gleich die Einschreibung seines Patienten initiieren. Ärzte sind damit in der Lage, Versicherten eine breitere und auf den jeweiligen Gesundheitszustand abgestimmte Versorgung anzubieten.



### Anwendung

Ein Arzt erfährt von seinem Kollegen, dass dieser an einem Versorgungsvertrag zur Behandlung des ‚diabetischen Fußes‘ teilnimmt. Der Versorgungsvertrag entwickelt sich in der Praxis des Kollegen zu einem Erfolgsmodell.

Der Arzt, in dessen System die S3C-PA-Schnittstelle integriert ist, lässt sich nun anzeigen, ob er ebenfalls an diesem Versorgungsvertrag teilnehmen kann. Die Schnittstelle ermöglicht es, Qualifikation und Praxisausstattung des Arztes mit den Bedingungen verschiedener Verträge abzugleichen. Der Arzt lässt sich nun alle für ihn in Frage kommenden Verträge anzeigen.

Über die reine Auflistung möglicher Versorgungsverträge hinaus erhält er die Information, wie viele seiner Patienten ebenfalls zur Einschreibung in bestimmte Verträge infrage kommen.

In diesem Beispiel entscheidet sich der Arzt für den Versorgungsvertrag zur Behandlung des ‚diabetischen Fußes‘ und kann sich in seinem System direkt in diesen Vertrag einschreiben.

Alle dazu notwendigen und interessanten Vertragsinformationen sowie Aktualisierungen werden über die regelmäßigen Quartals-Updates des AIS-Herstellers in das System gespielt.

## Darstellung einer Umsetzung

The screenshot shows the 'Potentialanalyse' interface for Dr. med. Hermann Habicht. It displays a 'Vertragsübersicht in der KV: KV-Bezirk'. Three contracts are listed:

Vertragsname	Restpotential	Eingeschriebene Patienten	mögliche Anzahl Patienten	Aktionen
Integrierter Versorgungsvertrag Diabetisches Fußsyndrom	359	0	359	<a href="#">Einschreiben</a> <a href="#">Zusatzinfo</a>
Rheuma Versorgungsvertrag	176	107	283	<a href="#">Einschreiben</a> <a href="#">Zusatzinfo</a>
Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag	0	932	932	<a href="#">Einschreiben</a> <a href="#">Zusatzinfo</a>

An 'Abbrechen' button is located at the bottom right of the list.

Potenziale erkennen - Verträge bekanntmachen: Versorgungsverträge mit der S3C-PA-Schnittstelle auf einen Blick.

The 'Zusatzinformation' window provides details for the 'Integrierter Versorgungsvertrag Diabetisches Fußsyndrom'.

**Vertragsinhalte:**

Steigerung der Versorgungsqualität von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom durch verbindlich festgelegte Behandlungspfade. Förderung einer intensiveren Kooperation zwischen Hausärzten und zertifizierten ambulanten Fußbehandlungseinrichtungen.

Patienten profitieren von einer qualitätsgesicherten fachübergreifenden Versorgung. Die medizinischen Behandlungsschritte sind miteinander vernetzt. Sie erhalten eine abgestimmte, koordinierte Behandlung

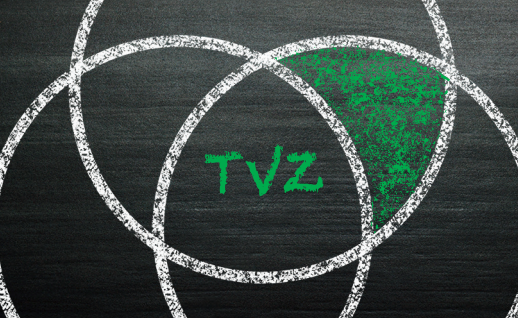
**Ziele:**

- hohe Behandlungsqualität durch zeitgerechten Behandlungsbeginn
- konsequente Umsetzung der Behandlungsabläufe und Einbeziehung ausschließlich besonders qualifizierter Leistungserbringer
- Reduzierung der Wundbehandlungszeit durch effiziente stadienadaptierte Wundbehandlung
- Erhaltung und Verlängerung der Mobilität
- deutliche Verringerung der Rezidivquote bereits im Folgejahr
- Vermeidung von Krankenhauseinweisungen

A 'Schließen' button is at the bottom right.

Detaillierte Informationen zu Versorgungsverträgen am „Point of Care“ kommunizieren.





## Vertrags- & Teilnahmemanagement

# Teilnehmerverzeichnis (TVZ)

### Versorgungsverträge bedeuten erhöhten organisatorischen Aufwand

Im selektivvertraglichen Versorgungsbereich existiert derzeit eine vierstellige Zahl an Versorgungsverträgen, die durch das Versorgungsstärkungsgesetz noch ansteigen wird. Möchten Patienten und Ärzte an einem Versorgungsvertrag teilnehmen, schreibt der Arzt erst sich und dann die Patienten in den Vertrag ein. Für jeden Selektivvertrag gibt es eigene Teilnahmeerklärungen. Daher ist der Aufwand für die Umsetzung der verschiedenen Formulare für die Hersteller von Arztinformationssystemen immens.

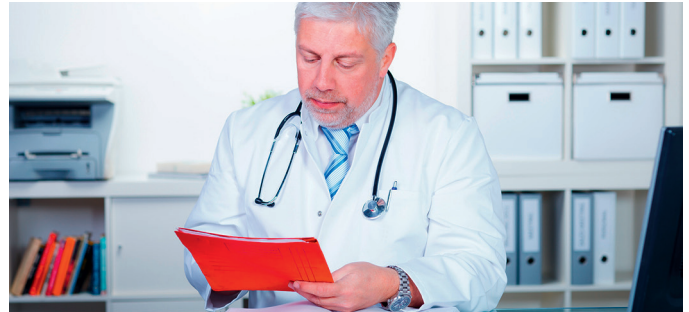
### Der Wechsel der Kommunikationsmedien kostet Zeit

Zur Überprüfung, ob alle Teilnahmeerkmale erfüllt sind, müssen ausgefüllte Teilnahmeerklärungen an die zuständigen Vertragspartner gesendet werden. Das geschieht auf dem Postweg, per Fax oder selten elektronisch. Da die Rückmeldungen über den Teilnahmestatus wieder in Papierform abgewickelt werden, findet der Abgleich innerhalb des Arztinformationssystems manuell statt. Dies ist für alle Beteiligten, besonders für den Leistungserbringer, mit viel Aufwand und einem erhöhten Risiko für Fehleingaben verbunden.

### Eine Schnittstelle erleichtert die Teilnahme an Versorgungsverträgen

Mit Hilfe der S3C-TVZ-Schnittstelle wird der Einschreibe- und Teilnahmeprozess sowie die elektronische Übermittlung von Daten direkt im Arztinformationssystem unterstützt. Medienbrüche durch die verschiedenen Versandarten der Vertragspartner entfallen. Die Änderung des Einschreibestatus kann maschinell und zügig automatisiert erfolgen.

Durch diese Neuerungen können Wartezeiten und der hohe manuelle Pflegeaufwand in der Arztpraxis,



in der Krankenkasse oder Managementgesellschaft verringert werden. Fehler durch manuelle Änderungen und Eingaben werden vermieden. Und der Status aller am Vertrag Beteiligten ist jederzeit aktuell.

### Anwendung

In einem Versorgungsvertrag für das ‚Diabetische Fußsyndrom‘ ist eine Einschreibung und Teilnehmerverwaltung über ein Online-Portal vereinbart. Im Rahmen einer Diagnosestellung empfiehlt das Arztinformationssystem die Teilnahme des Patienten an diesem Vertrag, da es eine enge Zusammenarbeit mit Diabetischen Fußambulanzen und Angiologen gibt.

Für die Einschreibung füllt der Arzt in seinem Arztinformationssystem das Teilnahmeformular für seinen Patienten aus. Mit der S3C-TVZ-Schnittstelle werden in Zusammenarbeit mit der S3C-KOM-Schnittstelle die strukturierten Daten des Formulars an das Portal gesendet. Der Arzt muss dafür sein System nicht verlassen.

Die Krankenkasse als Vertragspartner erhält die Daten direkt vom Online-Portal und kann den Abgleich mit den Vertragsstammdaten des Patienten im eigenen Bestandssystem in Echtzeit durchführen. Nach erfolgreicher Prüfung, ob der Patient bei der Krankenkasse versichert ist, werden die konsolidierten Daten von der Krankenkasse über das Portal direkt zurück in das Arztinformationssystem gesendet. Der Arzt erhält noch während der Patient bei ihm ist die Teilnahmebestätigung. Dieser Prozess kann vollautomatisch durchlaufen.

## Darstellung einer Umsetzung

Buntspecht, Barbara [geb. 01.12.1950]  
AOK Die Gesundheitskasse
Teilnehmerverzeichnis
Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

- Blutdrucksenkendes Mittel

**ingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

**Vertragsbeschreibung**

**Versorgungsverträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag
- Integrierter Versorgungsvertrag Diabetisches Fußsyndrom
- Rheuma Versorgungsvertrag

<b>Kostenkassenzugriff</b>			
AOK Die Gesundheitskasse			
<b>Name, Vorname des Versicherten</b>			
Buntspecht, Barbara geb. am 01.12.1950			
Französische Straße 48 10117 Berlin			
<b>Kostenträgernummer</b>	<b>Versicherten-Nr.</b>	<b>Status</b>	
2121212	H987654321	5000	
<b>Versicherungskategorie</b>	<b>Kategorie</b>	<b>Vertrag</b>	
123456789	08880999	04.01.2016	

zu den Vereinbarungen nach § 73 a SGB V über die Versorgung des „Diabetischen Fußsyndroms“

- Teilnahmeerklärung des Versicherten -

Diese Teilnahmeerklärung verbleibt im Original in der Praxis

- Hiermit erkläre ich, dass ich über die Inhalte und den Verlauf der Versorgung des „Diabetischen Fußsyndroms“ umfassend informiert wurde und damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische Versorgung im Zusammenwirken mit meinem ebenfalls teilnehmenden Hausarzt entsprechend durchgeführt wird.
- Ferner stimme ich der Übermittlung und Verwendung der im Zusammenhang mit der Versorgung erhobenen Behandlungsdaten durch die hieran beteiligten Behandler ausschließlich zu Zwecken der Durchführung dieser Versorgung zu. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gelten die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der ärztlichen Be-

Hilfe
Drucken
Einschreiben
Senden
Abbrechen

Unterstützung des Arztes bei allen Teilnahmeerklärungen zu Selektivverträgen mit der S3C-TVZ-Schnittstelle.

Teilnehmerverzeichnis
Dr. med. Hermann Habicht

**Vertragsübersicht**

**Versorgungsverträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag
- Integrierter Versorgungsvertrag Diabetisches Fußsyndrom
- Rheuma Versorgungsvertrag
- Qualitätsmanagementvereinbarung

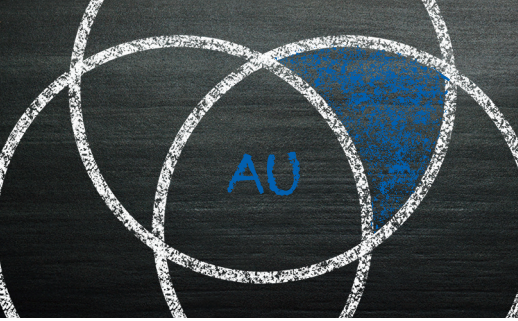
**Patientenübersicht für den gewählten Vertrag:**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Status	Datum
● Buntspecht	Barbara	01.12.1950	ingeschrieben	04.01.2016
● Drossel	Dietmar	15.05.1988		
● Drossel	Daniela	01.01.1990	ingeschrieben	01.12.2015
● Grünfink	Anton	01.01.1985	ausgetragen	04.01.2016
● Kleiber	Karl	01.12.1936		
● Kranich	Karsten	01.01.1980	ingeschrieben	01.11.2015
● Ringeltaube	Richard	01.06.1960	ingeschrieben	15.10.2015
● Specht	Sebastian	01.06.1978	ingeschrieben	04.01.2016
● Tannenmeise	Tina	01.01.1980		

Zuletzt Aktualisiert: 04.01.2016

Hilfe
Aktualisieren
Drucken
Abbrechen

Aktuelle Teilnehmerverzeichnisse ohne Medienbrüche – die Vertragspartner können mit weniger Aufwand schneller auf Änderungen der Status bei den Teilnehmern reagieren.



# Weiterbehandlungsmanagement

## Arbeitsunfähigkeitsmanagement (AU)

### Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen - Aufwand und Konsequenzen

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU), auch ‚gelber Schein‘ oder Krankschreibung genannt, gehört zu den am häufigsten in Arztpraxen ausgestellten Verordnungen. Wenn hierbei Prozesse verbessert werden, hat das deutlich positive wirtschaftliche Effekte für Praxen und Krankenkassen. Auch Patienten profitieren davon: unterlassen sie es, sich arbeitsunfähig zu melden oder verspäten sie sich mit der Weiterleitung der Formulare, kann das entsprechende Konsequenzen haben, wie eine verzögerte Zahlung des Krankengeldes oder eine Aussetzung. In extremen Fällen ist eine Kündigung die Folge.

### Eine Schnittstelle reduziert den Arbeitsaufwand und ....

Die S3C-Arbeitsunfähigkeit-Schnittstelle (S3C-AU) unterstützt Ärzte beim korrekten Ausfüllen der verschiedenen AU-Formulare in ihrem Arztsinformationssystem: Der Aufwand der manuellen Eingabe wird verringert, nützliche Hinweise werden angeboten und es wird geprüft, ob die Eingaben richtig und vollständig sind. Insgesamt erhöht sich dadurch die Qualität der AU-Bescheinigungen und der Arbeitsaufwand in der Praxis nimmt erheblich ab.

Ein weiterer Vorteil: Durch die Verwendung der S3C-AU-Schnittstelle sinkt die Rücklaufquote unvollständig oder falsch ausgefüllter Formulare.

### ... verhindert gravierende Folgen

Die Weitergabe der Formulare an Arbeitgeber und Krankenkassen liegt in der Verantwortung der Patienten und erfolgt derzeit manuell. Die S3C-AU-Schnittstelle kann auch für Patienten erhebliche Erleichterungen bedeuten, wenn sie in den digitalen Austausch eingebunden werden. Eine verzögerte Auszahlung des Krankengeldes oder sogar Kündigung sind damit ausgeschlossen.



### Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ist ein Patient arbeitsunfähig, können Bescheinigungs- und Genehmigungsverfahren mit der S3C-AU-Schnittstelle durchgehend elektronisch und damit ohne Medienbrüche abgebildet werden. Der notwendige Zeitaufwand zur Klärung von Unstimmigkeiten sinkt signifikant - bei Ärzten und Krankenkassen. Zusätzlich ist ein elektronischer Datenaustausch zwischen Arzt und Arbeitgeber möglich, so dass Patienten keine Formulare mehr per Post versenden müssen.

### Anwendung

Ein Arzt stellt für seinen Patienten eine AU-Bescheinigung aus. Die dokumentierte Diagnose lässt darauf schließen, dass es sich um einen Arbeitsunfall handeln könnte. Diagnosen, die auf einen Arbeitsunfall verweisen, sind durch die S3C-AU-Schnittstelle hinterlegt.

Da es sich um einen kleineren Unfall handelt, kann der Allgemeinarzt den Patienten behandeln. Er bekommt vom System den Hinweis, dass er in diesem Fall den Patienten nicht länger als einen Tag arbeitsunfähig krankschreiben darf. Eine längere Arbeitsunfähigkeit darf nur ein Durchgangsarzt bescheinigen.

Ohne S3C-AU-Unterstützung würde der Allgemeinarzt bei einer längeren Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit seine Behandlung von der Krankenkasse nicht bezahlt bekommen, da in diesem Falle die gesetzliche Unfallversicherung der Kostenträger ist.

## Darstellung einer Umsetzung

Grünfink, Anton [geb. 01.01.1985] AOK Die Gesundheitskasse **Arbeitsunfähigkeit** Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

**AU - Ausstellung**

**AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)**

ICD-10 - Code: T14.2

Bruch des linken Digiti manus III, Phalanx II

sonstiger Unfall  
Unfallfolgen

Es wird die Einleitung

Leistungen zur  
medizinischen R

Sonstige

**Hinweis**

Bitte prüfen Sie, ob ein  
Arbeitsunfall vorliegt.

Im Krankengeldfall  ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall  Endbescheinigung

Intelligente Hinweise bei der Verordnung über normale Prüfungen hinaus.

Grünfink, Anton [geb. 01.01.1985] AOK Die Gesundheitskasse **Arbeitsunfähigkeit** Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**

**eingeschriebene Verträge**

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

**AU - Ausstellung**

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit  dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit 0 4 0 1 1 6

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit 1 8 0 1 1 6

festgestellt am 0 4 0 1 1 6

**Ausfertigung z**

**AU-begründende D**

ICD-10 - Code: T14.2

Bruch des linken Digiti manus III, Phalanx II

**Hinweis**

Der Patient darf nur von einem  
Durchgangsarzt länger als  
einen Tag krank geschrieben werden!

Unterstützung des Arztes bei der Verordnung, damit auch kleine Fehler nicht zu langen Abstimmungen mit der Krankenkasse führen müssen.



## Weiterbehandlungsmanagement Einweisungsmanagement (EW)

### Welches Krankenhaus für welche Indikation?

Im Jahr 2014 wurden 19 Millionen Patienten stationär in Krankenhäusern behandelt. Über die Hälfte von ihnen wurden von ihrem Haus- oder Facharzt eingewiesen. (Quelle: *destatis.de*). Die Qualität stationärer Behandlungen kann sich von Krankenhaus zu Krankenhaus massiv unterscheiden - gemessen an der durchzuführenden Therapie und Diagnostik. Daher kommt der Auswahl eines geeigneten Krankenhauses unter qualitativen und damit auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten hohe Bedeutung zu.

### Entscheidungshilfe durch die Einweisungsmanagement-Schnittstelle

Einweisende Ärzte benötigen effiziente und qualitative Unterstützung für ihre Entscheidungen, idealerweise schon direkt bei ihrer Arbeit im Arztinformationssystem. Für diese Unterstützung stellt die gevko die S3C-EW-Schnittstelle zur Verfügung.

Abhängig vom medizinischen Fall erhält der Arzt während der Verordnung einer Krankenhausbehandlung Vorschläge für das am besten geeignete Krankenhaus. Die Basis dafür sind objektive Qualitätsgesichtspunkte. Darüber hinaus erhält der Arzt Unterstützung beim Ausfüllen des Einweisungsformulars. Er erfährt, welche Voruntersuchungen und Dokumente für den stationären Aufenthalt notwendig sind.



### Anwendung

Nach der Anamnese diagnostiziert ein Arzt bei seinem Patienten eine Hüftarthrose. Ergänzend zur Röntgenuntersuchung wird eine Sonographie durchgeführt. Dadurch stellt sich heraus, dass eine konservative Behandlung aufgrund der Schwere der Arthrose nicht ratsam ist und das Gelenk mit einer Hüftprothese stationär ersetzt werden muss. Die S3C-EW-Schnittstelle schlägt dem Arzt in seinem AIS mehrere Krankenhäuser zur Behandlung vor - unter Berücksichtigung der individuellen Patientendaten, der Diagnose und dem Wohnort des Patienten. Zeitgleich wird der Arzt auf Untersuchungen hingewiesen, die im Vorfeld noch durchzuführen sind.

Weiterhin assistiert die Schnittstelle beim Ausfüllen des Einweisungsformulars und gibt Hinweise auf die Formulare und Voruntersuchungen, die dem Patienten zur Aufnahme ins Krankenhaus mitzugeben sind. Dazu gehören der Arztbrief, Röntgenaufnahmen und Ultraschalluntersuchungen.

Zusätzlich stellt die S3C-EW-Schnittstelle für den Patienten alle relevanten Informationen zur Operation zusammen und eine Liste aller Dinge, die er zur Aufnahme im Krankenhaus mitbringen muss, wie der Allergiepass, seine Versichertenkarte oder Gehhilfe. Sämtliche Informationen können dem Patienten als Ausdruck zur Verfügung gestellt werden.

## Darstellung einer Umsetzung

**Krankenseite** | Dr. med. Hermann Habicht

**Dauermedikation**  
- Blutdrucksenkendes Mittel

**eingeschriebene Verträge**  
 Versorgungszusatzvereinbarung  
 Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

**CAVE**

**Einweisung**

**Diagnose**  
- Hüftarthrose [M16.1]

**Dauerdiagnose**

**Achtung**  
Bei einer Koxarthrose [M16] oder dem Verdacht auf diese, sollte eine Sonographie durchgeführt werden.

**Verordnung von Krankenhausbehandlung 2**  
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Belegarztbehandlung  Notfall  
 Unfall, Unfallfolgen  Versorgungskassen (BVG)

Nächstreichbare, geeignete Krankenhäuser

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
Muster 2a (10.2014)

Hilfe | Speichern | Drucken | Abbrechen

Hinweise auf notwendige Untersuchungen im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung mit der S3C-EW-Schnittstelle.

**Einweisungsmanagement**

ICD:  OPS:

PLZ:  Umkreis:  km

LB:

**Abfrage senden**

**Vorschlagsliste:**

Name	Entf.	Fälle gesamt	Fälle LB	Patienten- bewertung	GQS
Maria Klinikum GmbH	8.49 km	18748	195	92%	●
St. Joseph Krankenhaus	11.35 km	21996	195	85%	●
Sankt Getrauden-Krankenhaus GmbH	7.53 km	18748	195	84%	●
Sana Klinikum Lichtenberg	20.25 km	25281	185	79%	●
St. Hedwig-Krankenhaus Berlin	15.45 km	12540	177	45%	●

**Übernehmen** **Abbrechen**

Qualitativ hochwertige Behandlungen – die S3C-EW-Schnittstelle schlägt geeignete Kliniken für die jeweilige Diagnose vor.



# Weiterbehandlungsmanagement Krankenförderung (KB)

## Wirtschaftliche Verordnung notwendiger Krankentransporte

Einige Patienten sind auf Krankentransporte angewiesen. Diese Transporte können ein unentbehrliches Beförderungsmittel sein, um zum Behandlungsort zu gelangen - sie verursachen aber auch Kosten. Für die Erstattung müssen Krankentransporte vom behandelnden Arzt verordnet und im Anschluss von den Krankenkassen genehmigt werden.

Im Verlauf der Verordnung gilt es, spezifische Regelungen der Krankenkassen zu berücksichtigen, sowie die Krankentransportrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Deshalb sind korrekt ausgefüllte Formulare für die Versicherten wichtig, damit Genehmigungen durch Kostenträger nicht verweigert werden. Auf der anderen Seite ist für die gesetzlichen Krankenkassen eine wirtschaftliche Verordnung im Rahmen der Krankenförderung von Bedeutung. Der Hintergrund: Im Jahr 2014 haben knapp 40 Mio. Krankentransporte zu Aufwendungen in Höhe von rund 4,5 Mrd. Euro geführt. (Quelle: amtliche Statistik KJ1 und KG2)

## Dank der S3C-KB-Schnittstelle: Auswahl mit Augenmaß

Für diese Problematik hat die gevko eine Schnittstelle entwickelt. Die S3C-KB-Schnittstelle unterstützt den Arzt beim Ausfüllen des Verordnungsformulars und sorgt mit Ausfüllhilfen und Hinweisen für eine qualitativ hochwertige und richtige Verordnung. Das funktioniert folgendermaßen: Notwendige Vorbedingungen werden abgefragt und auch Abhängigkeiten zwischen verschiedenen Feldern des Formulars geprüft. Fehler werden vermieden.

Zusätzlich ist es möglich, individuelle Leistungsverzeichnisse aller in Frage kommenden Fahrdienstleister zu erstellen und zu hinterlegen. Es können auch solche Dienstleister dazu gehören, die eine Vergütungsvereinbarung mit einer Krankenkasse geschlossen haben. So kann über die S3C-KB-Schnittstelle eine kostenbewusste Auswahl erfolgen, die die Nähe zum Wohnort der Patienten berücksichtigt. Auf diese Weise gehören nicht



genehmigte Verordnungen aufgrund von Ausstellungsmängeln der Vergangenheit an und alle wirtschaftlichen Potenziale werden ausgeschöpft.

## Anwendung

Ein Arzt verordnet für seinen Patienten, der an einer Niereninsuffizienz leidet, den Krankentransport zur Dialysestation. Da die Krankenkasse des Patienten Vergütungsverträge mit Fahrdienstleistern geschlossen hat, wird dem Arzt mit Hilfe der S3C-KB-Schnittstelle ein entsprechendes Unternehmen vorgeschlagen.

Für die Verordnung des Krankentransports des Dialysepatienten werden weitere Angaben notwendig. Sie werden im Verlauf der Verordnung auf ihre Plausibilität hin geprüft. Durch dieses Vorgehen erhält die Krankenkasse eine Verordnung, die nach ihren speziellen Vorgaben fehlerfrei ausgestellt wurde.

Die positiven Folgen: Der Prüfaufwand seitens der Krankenkasse wird erheblich reduziert; der Patient bekommt für seine Situation den bestmöglichen Krankentransport und kann sich sicher sein, dass die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden.

## Darstellung einer Umsetzung

Buntspecht, Barbara [geb. 01.12.1950]  
AOK Die Gesundheitskasse

Dr. med. Hermann Habicht

Dauermedikation

**eingeschriebene Verträge**  
 Versorgungszusatzvereinbarung  
 Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

CAVE

**Verordnung**

**Gebühr** Krankenkasse bzw. Kostenträger  
AOK Die Gesundheitskasse

**Gebührpflicht** Name, Vorname des Versicherten  
Buntspecht, Barbara geb. am  
Französische Straße 48 01.12.1950  
10117 Berlin

Kostenträgerkennung: 0123456  
Versicherten-Nr.: 12345678  
Betriebsstätten-Nr.: 12345678

**C) ambulante Behandlung**  
Begründung des Ausnahmefalls (von der Hochfrequente Behandlung)  
 gemäß Anlage 2 der Krankentransport- oder Strahlentherapie  
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: \_\_\_\_\_  
ggf. Zeitraum der Serienverordnung: \_\_\_\_\_

**2. Beförderungsmittel**  Taxi, Miet-  Kranken-  Transportwagen  Rettungs-  Notarzt-  andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10):  
**Patientin hat eine altersbedingte eingeschränkte Mobilität**

Medizinisch-technische  kein  Trage-  nicht umsetzbar  leidend  andere

**Verordnung einer Krankenförderung** 4

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 204a SGB V  
 Unfall,  Arbeitsunfall,  Versorgungsleiden  sonstiger Schaden  
 Unfallfolgen,  Berufskrankheit (BVG u.a.)

**1. Hauptleistung**  
 **A) im Krankenhaus**  
 Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär  
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

**B) ambulante Operation** Datum: \_\_\_\_\_  
 ambulante Operation gem. § 115b SGB V  
 Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation  
 sonstige

in (ggf. Angabe ICD-10): \_\_\_\_\_  
 Behandlungsdauer: \_\_\_\_\_

**2. Beförderungsmittel**  Kranken-  Transportwagen  Rettungs-  Notarzt-  andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10):  
**Patientin hat eine altersbedingte eingeschränkte Mobilität**

Medizinisch-technische  kein  Trage-  nicht umsetzbar  leidend  andere

**Fahrdienstleister**

Im Rahmen der Versorgungszusatzvereinbarung, stehen die folgenden Krankenförderungsanbieter zur Verfügung:

- Krankentransport Lichtenberg GmbH
- Krankentransport Berlin
- Transportdienst Hasen
- Hanse Krankentransport Verein

Qualifizierte Anbieter von Krankenförderung finden, die in einem Versorgungsvertrag genannt sind.

Buntspecht, Barbara [geb. 01.12.1950]  
AOK Die Gesundheitskasse

Dr. med. Hermann Habicht

Dauermedikation

**eingeschriebene Verträge**  
 Versorgungszusatzvereinbarung  
 Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag

CAVE

**Verordnung**

**Gebühr** Krankenkasse bzw. Kostenträger  
AOK Die Gesundheitskasse

**Gebührpflicht** Name, Vorname des Versicherten  
Buntspecht, Barbara geb. am  
Französische Straße 48 01.12.1950  
10117 Berlin

Kostenträgerkennung: 0123456  
Versicherten-Nr.: H987654321  
Betriebsstätten-Nr.: 123456789  
AZI-Nr.: 088808

**C) ambulante Behandlung**  
Begründung des Ausnahmefalls (von der Hochfrequente Behandlung)  
 gemäß Anlage 2 der Krankentransport- oder Strahlentherapie  
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: \_\_\_\_\_  
ggf. Zeitraum der Serienverordnung: \_\_\_\_\_

**2. Beförderungsmittel**  Taxi, Miet-  Kranken-  Transportwagen  Rettungs-  Notarzt-  andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10):  
**Patientin hat eine altersbedingte eingeschränkte Mobilität**

Medizinisch-technische  kein  Trage-  nicht umsetzbar  leidend  andere

**Verordnung einer Krankenförderung** 4

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 204a SGB V  
 Unfall,  Arbeitsunfall,  Versorgungsleiden  sonstiger Schaden  
 Unfallfolgen,  Berufskrankheit (BVG u.a.)

**1. Hauptleistung**  
 **A) im Krankenhaus**  
 Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär  
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

**B) ambulante Operation** Datum: \_\_\_\_\_  
 ambulante Operation gem. § 115b SGB V  
 Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation  
 sonstige

in (ggf. Angabe ICD-10): \_\_\_\_\_  
 Behandlungsdauer: \_\_\_\_\_

**2. Beförderungsmittel**  Kranken-  Transportwagen  Rettungs-  Notarzt-  andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10):  
**Patientin hat eine altersbedingte eingeschränkte Mobilität**

Medizinisch-technische  kein  Trage-  nicht umsetzbar  leidend  andere

**Übermittlung**

Die Verordnung wurde an die Krankenkasse übermittelt.  
Die Genehmigung liegt vor.

✓

Die elektronische Übermittlung und sofortige Genehmigung durch die Krankenkasse mit der S3C-KB-Schnittstelle führt zu mehr Planungssicherheit für den Patienten.





# Weiterbehandlungsmanagement Überweisungsmanagement (UW)

## Selektivverträge - Leitlinien, Regelungen und Überweisungen

Viele Selektivverträge sehen vor, dass Patienten unter bestimmten Bedingungen zu einem Facharzt überwiesen werden. Die Leitlinien und Behandlungsleitfäden der entsprechenden Versicherungsverträge regeln häufig genau, wann es ratsam erscheint einen Patient zu überweisen und welche Facharztgruppe zur Weiterbehandlung infrage kommt.

Außerdem kann in den Versicherungsverträgen beispielsweise vereinbart werden, bei bestimmten Indikationen einen ambulant operierenden Facharzt hinzuzuziehen. Dadurch wird es möglich, eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden.

## Den Überblick behalten

Ärzte haben bei Überweisungsprozessen viele Fragen zu berücksichtigen. Notwendige Informationen wie zum Beispiel über qualifizierte und regional verfügbare Fachärzte liegen für überweisende Ärzte derzeit aber nicht digital vor. Die S3C-UW-Schnittstelle unterstützt den Entscheidungsprozess von der Indikationsstellung über die Auswahl eines geeigneten Facharztes bis zum Ausfüllen des Überweisungsformulars.

## Umfassende Informationen und Service für Ärzte und Patienten

Dabei können auf Basis von Diagnosen geeignete Leistungserbringer vorgeschlagen werden, auch unter besonderer Berücksichtigung der Nachbarschaft der Patienten. Die S3C-UW-Schnittstelle weist auch auf notwendige Voruntersuchungen hin und auf alle relevanten Dokumente, die Patienten für eine ambulante Behandlung bei einem anderen Facharzt mitzugeben sind.

Ein weiteres Angebot der S3C-UW-Schnittstelle: Sie schlägt alternative und ergänzende Behandlungen vor und stellt Patienteninformationen zur festgestellten Indikation bereit. Zusätzlich wird das



gesamte Überweisungsformular einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Damit wird sichergestellt, dass es vollständig und korrekt ausgefüllt wurde.

## Anwendung

Ein Arzt diagnostiziert bei seinem Patienten, der unter einem ‚Diabetes Mellitus‘ leidet, ein diabetisches Fußsyndrom. Diese Indikation erfordert laut der vereinbarten Leitlinie zum Selektivvertrag die Einbeziehung einer Fußambulanz sowie eines Angiologen, d.h. eines Gefäßspezialisten.

Die S3C-UW-Schnittstelle weist den Arzt darauf hin, dass eine Überweisung zu einer diabetischen Fußambulanz angezeigt ist. Sie schlägt ihm direkt in seinem Arztsinformationssystem eine dafür infrage kommende Einrichtung in der Nähe des Wohnortes des Patienten vor. Dabei werden bevorzugt die Ambulanzen mit einbezogen, die ebenfalls an diesem Selektivvertrag teilnehmen und die definierten Qualitätsrichtlinien erfüllen.

Darüber hinaus weist die S3C-UW-Schnittstelle den Arzt auf wichtige Voruntersuchungen hin, die im Vorfeld der Überweisung stattgefunden haben sollten. In diesem Fall wird eine Differenzialdiagnostik vorgeschlagen, um eine periphere arterielle Verschlusskrankheit auszuschließen. Hierfür ist eine Dopplersonographische Untersuchung der Beinarterien notwendig.

Für die Überweisung an Fachärzte oder Ambulanzen werden noch die notwendigen Dokumente im System angezeigt, wie die Werte der letzten Blutuntersuchung oder das Ergebnis der Dopplersonographischen Untersuchung.

## Darstellung einer Umsetzung

Kranich, Karsten [geb. 01.01.1980]  
AOK Die Gesundheitskasse

**Überweisungsmanagement**

Dr. med. Hermann Habicht

Dauermedikation

eingeschriebene Verträge

- Versorgungszusatzvereinbarung
- Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag
- DFS-Versorgungsvertrag

CAVE

Überweisung

**Überweisungsschein**

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
AOK Die Gesundheitskasse

Name, Vorname des Versicherten  
Kranich, Karsten  
Französische Straße 48 0  
10117 Berlin

Kostenträgerkennung  
21212121

Versicherten-Nr.  
H0101010101

Berufskategorie-Nr.  
091111111

Arzt-Nr.  
08880888

Diagnose/Verdachtsdiagnose  
Diabetes mellitus Typ

Befund/Medikation

Auftrag

**Empfehlung**

**Indikationsbedingte ÜW-Empfehlung:**  
(zertifizierte) diabetologische Fußambulanz

Einrichtungen

- Diabetes-Zentrum Fuß, Berlin
- Diabetische Fußambulanz
- Diabetologie- ABC Klinik Lichtenberg

Hinweise

**Voruntersuchung:** Dopplersonographie Beinarterie

**Mitzubringende Unterlagen:** 1. Letzte Blutwerte  
2. Sonographiebefund (Doppler)

Soll eine Terminanfrage gestartet werden?

Ja Nein

Hilfe Speichern Drucken Abbrechen

Mit der S3C-UW-Schnittstelle den Arzt bei der Auswahl geeigneter Spezial-einrichtungen und notwendiger Voruntersuchungen unterstützen.