

eCH-0237 – SHIP Prozessstandard «Pflege»

Name	SHIP Prozessstandard «Pflege»
eCH-Nummer	eCH-0237
Kategorie	Standard
Reifegrad	Definiert
Version	1.1
Status	Abgelöst
Beschluss am	2020-06-04
Ausgabedatum	2020-06-25
Ersetzt Version	1.0
Voraussetzungen	eCH-0234 V1.0, eCH-0235 V1.0
Beilagen	BEIL1_eCH-0237_V1.0_Schema.zip <ul style="list-style-type: none"> • eCH-0237_V1.0_01_070.xsd • eCH-0237_V1.0_01_080.xsd • eCH-0237_V1.0_01_130.xsd • eCH-0237_V1.0_01_140.xsd • eCH-0237_V1.0_02_010.xsd • eCH-0237_V1.0_02_030.xsd • eCH-0237_V1.0_02_040.xsd • eCH-0237_V1.0_02_050.xsd • eCH-0237_V1.0_02_060.xsd • eCH-0237_V1.0_02_070.xsd • eCH-0237_V1.0_02_130.xsd • eCH-0237_V1.0_03_010.xsd • eCH-0237_V1.0_03_020.xsd • eCH-0237_V1.0_03_050.xsd • eCH-0237_V1.0_03_060.xsd
Sprachen	Deutsch (Original), Französisch (Übersetzung)
Autoren	Stefan Rohner, stefan.rohner@sasis.ch Doris Felber, doris.felber@sasis.ch Cécile Portmann, cecile.portmann@sasis.ch Thomas Grotehen, thomas.grotehen@ti8m.ch Gregor Ineichen, gregor.ineichen@helsana.ch Stefan Müller, stefan.mueller@altroadvice.ch
Herausgeber / Vertrieb	Verein eCH, Mainaustrasse 30, Postfach, 8034 Zürich T 044 388 74 64, F 044 388 71 80 www.ech.ch / info@ech.ch

Zusammenfassung

Der vorliegende **SHIP Prozessstandard «Pflege»** definiert die fachliche Prozesslogik und Meldungsinhalte des bidirektionalen SHIP Meldesystems für die harmonisierte und weitgehend automatisierte Abwicklung des administrativen Prozesses zwischen den Pflegeeinrichtungen (Spitex Organisationen und Pflegeheimen), den anordnenden Ärzten und den Kostenträgern (Krankenversicherer) des schweizerischen Gesundheitswesens bezogen auf die Heilungskosten-Abwicklung.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Status	5
1.2	Anwendungsgebiet	5
2	Grundlagen	6
2.1	Terminologie der Empfehlungen.....	6
2.2	Referenzierte eCH Standards	6
2.3	Nutzung des SHIP Prozessstandards «Pflege»	6
3	Prozessstandard «Pflege»	6
3.1	Umfang	6
3.2	Nutzungseinschränkungen	7
3.3	Abgrenzung	7
3.4	Akteure	7
3.5	Geschäftsbeziehungen	8
3.6	Teilprozesse	8
4	Teilprozess 01 Leistungsfall eröffnen.....	8
4.1	Prozessschritte, Meldungen.....	8
4.2	Einstiegsereignis	9
4.3	Prozessschritte	9
4.4	Ausstiegsereignis	13
4.5	Meldungstypen.....	13
4.5.1	M_01.070 Anfrage Kostenträger	13
4.5.1	M_01.080 Antwort Kostenträger.....	14
4.5.2	M_01.130 Mitteilung Leistungsfalleröffnung	14
4.5.3	M_01.140 Antwort Leistungsfalleröffnung.....	15
5	Teilprozess 02 Leistungsfall planen und Kosten sichern	16
5.1	Prozessschritte, Meldungen.....	16
5.2	Einstiegsereignis	17
5.3	Prozessschritte	18
5.4	Ausstiegsereignis	21
5.5	Meldungstypen.....	21
5.5.1	M_02.010 Bedarfsmeldung administrative Daten	22
5.5.2	M_02.030 Entscheid Bedarfsmeldung Versicherer KVG	23
5.5.3	[ZWINGEND] Angabe der subProcessID.M_02.040 Informationen Stufe 2 einfordern.....	24
5.5.4	M_02.050 Informationen Stufe 2 senden.....	26
5.5.5	M_02.060 Informationen Stufe 3 einfordern	27
5.5.6	M_02.070 Informationen Stufe 3 senden.....	28
5.5.7	M_02.130 Entscheid Bedarfsmeldung Anordner und Krankenversicherung darüber informieren.....	30

6	Teilprozess 03 Leistungsinformationen austauschen	31
6.1	Prozessschritte, Meldungen.....	31
6.2	Einstiegsereignis	32
6.3	Prozessschritte	32
6.4	Ausstiegsereignis	32
6.5	Meldungstypen.....	32
6.5.1	M_03.010 Meldung Behandlungsbeginn	33
6.5.2	M_03.020 Kenntnisnahme Behandlungsbeginn	33
6.5.3	M_03.050 Meldung Behandlungsende	34
6.5.4	M_03.060 Kenntnisnahme Behandlungsende	35
7	Versionierung.....	35
8	Sicherheitsüberlegungen.....	35
8.1	Abrufverfahren	35
8.2	Verwendung der AHV-Nummer	36
8.3	Verhältnismässigkeit	36
9	Haftungsausschluss/Hinweise auf Rechte Dritter	37
10	Urheberrechte	37
	Anhang A – Referenzen & Bibliographie.....	38
	Anhang B – Mitarbeit & Überprüfung	38
	Anhang C – Abkürzungen und Glossar	38
	Anhang D – Änderungen gegenüber Vorversion	41
	Anhang E – Abbildungsverzeichnis	43
	Anhang F – Tabellenverzeichnis	43

Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird im vorliegenden Dokument bei der Bezeichnung von Personen ausschliesslich die maskuline Form verwendet. Diese Formulierung schliesst Frauen in ihrer jeweiligen Funktion ausdrücklich mit ein.

1 Einleitung

1.1 Status

Abgelöst: Das Dokument wurde durch eine neue, aktuellere Version ersetzt. Die Benutzung ist zwar noch möglich, es wird aber empfohlen, die neuere Version einzusetzen.

1.2 Anwendungsgebiet

Für eine Qualitäts- und Effizienzsteigerung sowie Kostenoptimierung von administrativen Prozessen haben Akteure des Gesundheitswesens gemeinsam unter dem Namen [\[SHIP\]](#) (Swiss Health Information Processing) ein bidirektionales Meldesystem für die harmonisierte und weitgehend automatisierte Abwicklung von verschiedenen administrativen Prozessen definiert.

Der vorliegende **SHIP Prozessstandard «Pflege»** definiert die fachliche Prozesslogik und Meldungsinhalte des bidirektionalen SHIP Meldesystems für die harmonisierte und weitgehend automatisierte Abwicklung des administrativen Prozesses zwischen den Pflegeeinrichtungen (Spitex Organisationen und Pflegeheimen), den anordnenden Ärzten und den Kostenträgern (Krankenversicherer) des schweizerischen Gesundheitswesens.

Prozess, Inhalt	SHIP Prozessstandard „Spital stationär“ eCH-0236	SHIP Prozessstandard „Pflege“ eCH-0237	SHIP Prozessstandard „xy“ eCH-xy
Inhaltstypen	SHIP Datenstandard Leistungsfälle Administration Gesundheitswesen eCH-0234		
Routing, Prozesseinhaltung	SHIP Meldungsstandard eCH-0235		
Transport	SHIP Connector (Referenzimplementierung)		

Abbildung 1: Einordnung SHIP Standards

Die aktuelle Version des SHIP Prozessstandards «Pflege» umfasst die administrativen Prozessschritte zu den Teilprozessen 01 «Leistungsfall eröffnen», 02 «Leistungsfall planen und Kosten sichern» sowie 03 «Leistungsinformationen austauschen».

2 Grundlagen

2.1 Terminologie der Empfehlungen

Die Richtlinien in diesem Dokument werden gemäss der Terminologie aus [\[RFC2119\]](#) angegeben, dabei kommen die folgenden Ausdrücke zur Anwendung, die durch GROSS-SCHREIBUNG als Wörter mit den folgenden Bedeutungen kenntlich gemacht werden:

- **[ZWINGEND]** Der Verantwortliche muss die Vorgabe umsetzen.
- **[EMPFOHLEN]** Der Verantwortliche kann aus wichtigen Gründen auf eine Umsetzung der Vorgabe verzichten.
- **[OPTIONAL]** Es ist dem Verantwortlichen überlassen, die Vorgabe umzusetzen.

2.2 Referenzierte eCH Standards

[\[eCH-0158\]](#) BPMN-Modellierungskonventionen für die öffentliche Verwaltung

[\[eCH-0018\]](#) XML Best Practice

[\[eCH-0044\]](#) Datenstandard Austausch von Personenidentifikationen

[\[eCH-0046\]](#) Datenstandard Kontakt

[\[eCH-0064\]](#) Spezifikation für das System Versichertenkarte

[\[eCH-0234\]](#) SHIP Datenstandard Leistungsfälle Administration Gesundheitswesen

[\[eCH-0235\]](#) SHIP Meldungsstandard

2.3 Nutzung des SHIP Prozessstandards «Pflege»

[ZWINGEND] Die bidirektionale Kommunikation im Rahmen der Nutzung vom SHIP Prozessstandard «Pflege» [\[eCH-0237\]](#) erfolgt via SHIP Connector, welcher über den SHIP Meldesystem Dienstleistungsanbieter [\[SASIS AG\]](#) zur Verfügung gestellt wird.

[ZWINGEND] Sämtliche Kommunikationspartner des SHIP Meldesystems sind in SHIP Central Services von SASIS AG als SHIP Teilnehmer registriert und können die SHIP Meldungen via SHIP Connector gemäss den Vorgaben vom SHIP Prozessstandard «Pflege» [\[eCH-0237\]](#) senden und empfangen.

[OPTIONAL] Sämtliche Teilnehmer des SHIP Meldesystems dürfen im Rahmen der Nutzung vom SHIP Prozessstandard «Pflege» [\[eCH-0237\]](#) die SHIP Referenzapplikation zur Visualisierung und Bearbeitung der via dem SHIP Connector übermittelten Meldungen nutzen.

3 Prozessstandard «Pflege»

3.1 Umfang

Der Prozessstandard «Pflege» beinhaltet die administrativen Prozesse zwischen Leistungs-

erbringen, Anordnern und Kostenträgern zu einem Pflegefall. Dabei tauschen die beteiligten Akteure Informationen zum Leistungsfall aus.

Die aktuelle Version umfasst den Meldungs austausch zu Leistungsfällen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG).

3.2 Nutzungseinschränkungen

In der aktuellen Version sind folgende Gebiete/Themen/Prozesse noch nicht berücksichtigt:

- Leistungsfälle von freipraktizierende Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern
- Leistungsfälle für Tages- oder Nachtstätten
- Leistungsfälle für ambulanten In-House-Pflege
- Leistungsfälle für Akut- und Übergangspflege
- Leistungsfälle für Pflegeheime
- Leistungsfälle mit Gesundheitseinrichtungen ohne ZSR-Nummer
- Leistungsfälle von Personen ohne AHV-Nummer
- Leistungsfälle an Unfallversicherer, Militärversicherung, Invalidenversicherung
- Involvierung des Restfinanzierers und der VVG Versicherung
- Teilprozess 04 Leistungsfall abschliessen

Der in Version 1.0 beschriebene Subprozess mit der nichtdigitalen Anordnung (Prozessschritte 02.200 – 02.240) steht ab der Version 1.1 nicht mehr zur Verfügung, da SHIP nur für digitale Prozesse dienen soll. Die bestehenden Papierprozesse werden somit von SHIP nicht tangiert.

3.3 Abgrenzung

- Medizinische Handlungen des Leistungserbringers sind nicht Bestandteil des Leistungsfalls «Pflege».
- Auch nicht Bestandteil des Leistungsfalls «Pflege» ist der administrative Austausch zwischen versicherter Person und ihrer Versicherung.

3.4 Akteure

Im Leistungsfall des Prozessstandards «Pflege» gibt es folgende involvierte Akteure und Rollen:

Akteurtyp	Akteur	Rolle
Gesundheitseinrichtung	Pflegeeinrichtung	Leistungserbringer
Finanzorganisation	KVG Versicherung	Kostenträger
Gesundheitseinrichtung	Arzt	Anordner
Person	Person	Patient Versicherte

Tabelle 1: Akteure Prozess Pflege

3.5 Geschäftsbeziehungen

Benötigt eine Person Pflege, werden die entsprechenden administrativen Prozesse gestartet.

Bei der Kostenübernahme der Pflege hat der Krankenversicherer eine wichtige Rolle. Damit die KVG Versicherung aber die Kosten tragen kann, muss die Person in seiner Rolle als Versicherter einen Vertrag mit der Versicherung abgeschlossen haben.

Des Weiteren müssen Pflegeleistungen gemäss KLV angeordnet werden. Diese Anordnung holt sich die Pflegeeinrichtung beim Arzt ein, der in der Verantwortung ist, den Pflegebedarf für die Person, in der Rolle als Patient, anzuordnen.

Massgebend für die Identifikation des betroffenen Kostenträgers ist das entsprechende Sozialversicherungsgesetz KVG, UVG, IVG, MVG. Die Zuordnung zur gesetzlichen Basis ist abhängig vom Ereignis bzw. vom Behandlungsgrund, aufgrund dessen der Leistungsfall eröffnet wird.

3.6 Teilprozesse

Der Teilprozess 01 «Leistungsfall eröffnen» wird durch erste administrative Abklärungen der Pflegeeinrichtung mit der Person in der Rolle als Patient bezüglich eines möglichen Bedarfs ausgelöst (Start) und führt administrativ in jedem Fall in einem ersten Schritt zu einer Eröffnung eines Leistungsfalles.

Nach der positiven Bestätigung des Leistungsfalles durch den zuständigen Arzt sowie die zuständige Versicherung wird der Prozess mit dem zweiten administrativen Teilprozess 02 „Leistungsfall planen und Bedarf melden“ fortgesetzt. In diesem Teilprozess geht es darum, die Pflegeleistungen zu planen sowie den Bedarf für den Leistungsfall zu melden.

Mit dem Beginn der Pflege startet der dritte administrative Teilprozess 03 „Leistungsinformationen austauschen“, welcher die Meldung des Pflegebeginns und des Pflegeabschlusses beinhaltet.

Beim Prozessstandard «Pflege» müssen die Teilprozesse 01, 02 und 03 durchgeführt werden.

4 Teilprozess 01 Leistungsfall eröffnen

[ZWINGEND] Der Teilprozess umfasst die Identifikation der Person, des potenziell zuständigen Kostenträgers und die Ermittlung des Anordners für den konkreten Leistungsfall. Es gilt, nur so viele Daten auszutauschen, wie für die Identifikation/Verifikation nötig sind. Am Schluss des Teilprozesses teilt der Leistungserbringer dem Kostenträger und dem Anordner die Eröffnung des Leistungsfalles mit.

4.1 Prozessschritte, Meldungen

Ziel ist die Identifizierung des Kostenträgers und des Anordners, welche für diesen Leistungsfall zuständig sind. Voraussetzung zur Mitteilung der Leistungsfalleröffnung an den Kostenträger ist, dass die Person in der Rolle als Patient, der Anordner sowie der Kostenträger identifiziert sind. Häufig erhält die Pflegeeinrichtung die Personalien und die Angaben der Versicherung und jene des Anordners von Angehörigen oder einer anderen Stelle, welche

der Person in der Rolle als Patient beim Organisieren der Pflegeleistungen unterstützt.

Als Kostenträger gilt jener Krankenversicherer, bei welchem die Person zum Zeitpunkt der Meldungsanfrage versichert ist.

Als Anordner gilt jener Arzt, der die Person als Patient kennt und sich in der Verantwortung sieht, Pflegebedarf anzuordnen.

Wichtig: Bei diesem Teilprozess handelt es sich nicht um eine Kostensicherungsmeldung. Allfällige Prämienausstände, Angaben zu einem Leistungsaufschub, Leistungsvorbehalte etc. sind zur Identifikation/Verifikation des potenziellen Kostenträgers nicht relevant.

Als potenzieller Kostenträger für Leistungen in einem Fall nach KVG gilt jener Krankenversicherer, bei welchem die Person zum Zeitpunkt der Behandlung versichert ist.

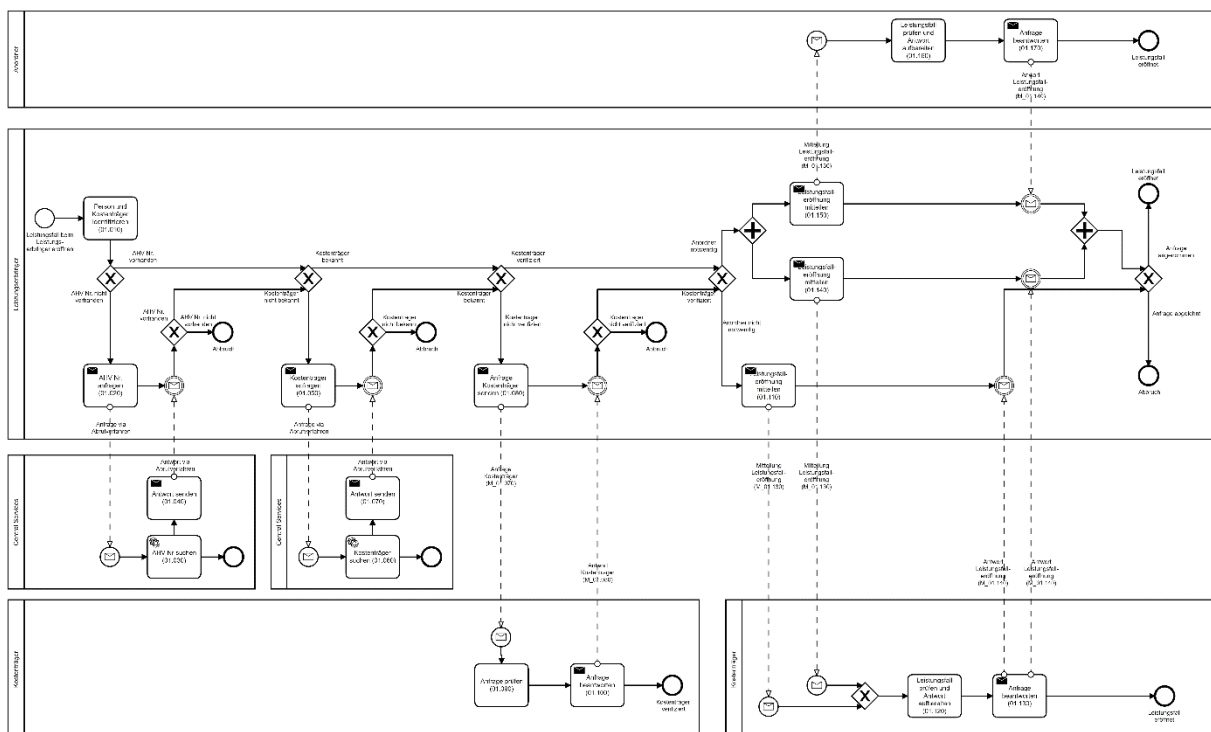


Abbildung 2: Teilprozess Leistungsfall eröffnen

4.2 Einstiegereignis

Der Teilprozess beginnt mit der Kontaktaufnahme zwischen der Person und der Pflegeeinrichtung bezüglich einem konkreten Leistungsfall.

Sobald die Person mit der AHV-Nummer bekannt ist, erfolgt die Ermittlung des Kostenträgers und des Anordners.

4.3 Prozessschritte

Prozessschritt	Beschreibung
Person, Kostenträger und	Die Pflegeeinrichtung ist für die korrekte Identifikation der

Prozessschritt	Beschreibung
<p>Anordner identifizieren 01.010</p>	<p>Person und den am Leistungsfall beteiligten Krankenversicherung verantwortlich.</p> <p>Eine Person gibt im Kontext mit einem Pflegefall der Pflegeeinrichtung ihre Personendaten, den für den Pflegefall verantwortlichen Anordner sowie ihre Krankenversicherung bekannt.</p> <p>Sobald Abklärungen zu einer Pflege erfolgen, wird seitens der Pflegeeinrichtung ein administrativer Leistungsfall eröffnet.</p> <p>In folgenden Fällen wird ein neuer Fall eröffnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstmalige Pflege (Neuer Patient) • Pflege ist abgeschlossen und ein neuer Fall entsteht • Person wechselt Einrichtung • Person wechselt Versicherung <p>Allenfalls wird auch nach Spitalaufenthalt, ein neuer Fall eröffnet.</p> <p>Der Leistungserbringer legt den Behandlungsgrund (Krankheit, Mutterschaft, Unfall, Geburtsgebrechen) und die Behandlungsart (ambulant, stationär) fest.</p> <p>Zur Identifikation der Person ist die korrekte AHV-Nummer zentral. Sobald diese bekannt ist, gilt diese Nummer zusammen mit dem Geburtsdatum als Schlüssel und es werden zur Person keine weiteren Personalien ausgetauscht.</p> <p>Betreffend Identifikation der Kostenträger hat die Pflege Organisation diverse Möglichkeiten, den Kostenträger in Erfahrung zu bringen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versichertenkartenabfrage [eCH-0064] • Interne Anmeldeplattform • Kostenträger bereits bekannt aufgrund ambulanter Vorbehandlungen • etc. <p>SHIP unterstützt die Pflege Organisationen mit optionalen Möglichkeiten die AHV-Nr. und die Kostenträger zu ermitteln. Siehe dazu die Prozessschritte 01.020 bis 01.100.</p>
<p>AHV-Nr. ermitteln 01.020</p>	<p>Für die Kommunikation mit den Kostenträgern muss die korrekte AHV-Nummer für die Identifikation der Person vorliegen. Falls diese nicht bekannt ist, kann die Pflegeeinrichtung diese mittels Abrufverfahren abfragen. Um eine Person in ausreichend zuverlässiger Weise zu identifizieren, müssen die zu liefernden persönlichen Kenndaten insgesamt folgenden Mindestgrad an Attributen ausweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name • Vorname • Geburtsdatum

Prozessschritt	Beschreibung
	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht
AHV Nr. suchen 01.030	<p>[Central Service] gibt die AHV-Nummer zurück, sofern diese anhand der übermittelten persönlichen Kenndaten eindeutig ermittelt werden kann:</p> <p>AHV-Nummer wird zurückgegeben.</p> <p>Keine AHV-Nummer wird zurückgegeben: Die gesuchte Person ist in den Central Services (noch) nicht bekannt, oder konnte mit den übermittelten persönlichen Kenndaten nicht identifiziert werden. Die Pflege Organisation muss die Kriterien überprüfen.</p>
AHV-Nr. senden 01.040	Der [Central Service] sendet das Resultat dem Leistungserbringer zurück.
Kostenträger anfragen 01.050	Der Leistungserbringer hat die Möglichkeit anhand der AHV-Nummer, via Abrufverfahren bei [Central Service] den Kostenträger (KVG-Versicherung) zur Person zu ermitteln.
Kostenträger suchen 01.060	Der [Central Service] sucht die Versicherungen zur Person.
Kostenträger senden 01.070	[Central Service] stellt der Pflege Organisation die Informationen dem Leistungserbringer zur Verfügung.
Anfrage Kostenträger senden 01.080	Die Pflege Organisation kann beim Kostenträger (KVG Versicherung) die Verifikation zu einem bestehenden Versicherungsverhältnis anfragen. Die Anfrage ist optional.
Anfrage prüfen 01.090	Der angefragte Kostenträger prüft anhand der AHV-Nummer und des Geburtsdatums, ob die Person <u>zum Anfragezeitpunkt</u> eine KVG-Versicherung abgeschlossen hat.
Anfrage beantworten 01.100	Die Antwort stellt der Kostenträger der Pflege Organisation zu. Bei fehlender Versicherung, muss die Pflege Organisation mit der Person (in der Rolle des Patienten) den Sachverhalt klären.
Leistungsfall mitteilen 01.140	<p>Hat die Pflege Organisation alle relevanten Angaben zur Person und dem Kostenträger, übermittelt es die Eröffnung des Leistungsfalls an die für diesen Leistungsfall identifizierten Kostenträger.</p> <p>In diesem Prozessstandard ist ein Anordner notwendig. Daher wird auch diesem Akteur eine Eröffnung des Leistungsfalls geschickt,</p> <p>Kann die Meldung dem gewünschten Kostenträger nicht zugestellt werden, weil dieser nicht Teilnehmer des SHIP Meldesystems ist, liegt es im Ermessen der Pflege Organisation, ob und in welcher Form und mit welchem Medium diese Information dem Kostenträger und dem Anordner übermittelt wird. Mit den Versicherungen bestehen dazu allenfalls vertragliche Vereinbarungen</p>

Prozessschritt	Beschreibung
<p>Leistungsfall prüfen und Antwort aufbereiten 01.120</p>	<p>Der Kostenträger erhält die Information, dass die Pflege Organisation für die Person einen Leistungsfall eröffnet hat. Die Versicherer prüfen, ob die Person zum Eintrittszeitpunkt die nötigen Versicherungen zu den gesetzlichen Angaben, welche der Leistungserbringer kommuniziert, auch tatsächlich versichert hat.</p> <p>Der Kostenträger kann die erhaltenen Informationen zur Eröffnung des Leistungsfalls weiter nutzen. Bei Behandlungsgrund Unfall kann der Versicherer prüfen, ob bereits ein entsprechendes Unfall-Schadendossier mit einer entsprechenden Unfall-Nummer angelegt wurde. Wenn dem nicht so ist, kann der Versicherer den KVG-Versicherten auffordern, ein entsprechendes Unfallformular auszufüllen, damit der Unfall geprüft und ein Unfall-Schadendossier mit einer entsprechenden Unfall-Nummer angelegt werden kann. Diese weiteren Schritte (Unfallabklärungen, Patientensteuerung etc.), welche die Kostenträger aufgrund des eröffneten Leistungsfalls einleiten, sind nicht Bestandteil von SHIP.</p>
<p>Anfrage beantworten 01.130</p>	<p>Der Kostenträger antwortet dem Leistungserbringer auf die Meldung der Leistungsfalleröffnung. Entweder bestätigt er die Eröffnung oder lehnt diese ab.</p> <p>Bei Ablehnung des Kostenträgers muss die Pflege Organisation mit der Person (in der Rolle des Patienten) den Sachverhalt klären und prüfen, ob der Behandlungsfall mit SHIP weitergeführt werden kann oder allenfalls abgebrochen werden muss.</p>
<p>Leistungsfalleröffnung mitteilen 01.150</p>	<p>Gemäss KLV Art. 8 bedingt die Pflege eine ärztliche Anordnung. Diese holt die Pflegeeinrichtung beim Arzt ein, welcher von der Person beim Prozessschritt PS_01.010 als zuständig deklariert wurde. Auch hier ist zur Identifikation der Person die korrekte AHV-Nummer zentral. Sobald diese bekannt ist, gilt diese Nummer zusammen mit dem Geburtsdatum als Schlüssel und es werden zur Person keine weiteren Personalien ausgetauscht. Da in dieser Meldung auch die Fallnummer und der Behandlungsgrund an den Anordner weitergegeben werden, steht der Prozessschritt in Abhängigkeit mit dem Prozessschritt 01.140.</p>
<p>Leistungsfall prüfen und Antwort aufbereiten 01.160</p>	<p>Der Anordner prüft aufgrund der erhaltenen AHV-Nummer, des Geburtsdatums und des Behandlungsgrunds ob diese Person bei ihm Patient ist und er sich in der Verantwortung sieht, Pflegebedarf anzuordnen.</p>
<p>Anfrage beantworten 01.170</p>	<p>Wenn er die Person kennt und eine Bedarfsmeldung anordnen kann, beantwortet er die Anfrage positiv. Erfolgt eine positive Rückmeldung, kann die Fallnummer von der Pflegeeinrichtung beim Anordner registriert werden. Kennt er die Person aufgrund der AHV-Nummer in Kombination mit dem Geburtsdatum nicht oder ist aus seiner Sicht die Pflege nicht ausgewiesen, meldet er dies an die Pflegeeinrichtung mit einer negativen Antwort zurück. Die Pflegeeinrichtung muss</p>

Prozessschritt	Beschreibung
	nun mit der Person Kontakt aufnehmen und die angegebene Daten erneut prüfen.

Tabelle 2: Prozessschritte Teilprozess Leistungsfall eröffnen

4.4 Ausstiegsereignis

Sofern der relevante KVG Versicherer sowie der Anordner identifiziert/verifiziert sind und diese den Leistungsfall registriert haben, wird der Teilprozess abgeschlossen. Bei fehlender Kostenträger- bzw. Anordner-Bestätigung erfolgt eine Rückfrage bezüglich Kostenträger und Anordner beim Patienten (Prozessschritt PS_01.010) oder der Kostenträger und der Anordner werden an die noch ausstehende Antwort erinnert. Ein weiterer möglicher Ausstiegspunkt ist der Fall-Abbruch. Dieser kann sich auf den ganzen Leistungsfall oder nur auf einen einzelnen Teilnehmer beziehen.

4.5 Meldungstypen

Dieses Kapitel beschreibt den spezifischen Meldungsinhalt und Prozessregeln der einzelnen Meldungen, wobei die im Anhang enthaltenen XML-Schemas [\[W3C\]](#) eine integraler Bestandteil der Beschreibung darstellt.

[ZWINGEND] Elemente mit Qualifikation 1,1 sind zwingend. Es muss minimal 1 Element, maximal 1 Element vorhanden sein.

[ZWINGEND] Elemente mit Qualifikation 1,n sind zwingend. Es muss minimal 1 Element, maximal n Elemente vorhanden sein.

[OPTIONAL] Elemente mit Qualifikation 0,1 sind optional. Es muss minimal 0 Element, maximal 1 Element vorhanden sein.

[OPTIONAL] Elemente mit Qualifikation 0,n sind optional. Es muss minimal 0 Element, maximal n Elemente vorhanden sein.

[ZWINGEND] sämtliche Prozessregeln sind zwingend.

4.5.1 M_01.070 Anfrage Kostenträger

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			
personSSN	Identifikation der Person	eCH-0234: personSSN	1,1
personBirthDate	Geburtsdatum der Person	eCH-0234: personBirthDate	1,1

Tabelle 3: Datenstruktur M_01.070

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist eine Pflegeeinrichtung. Empfänger Akteur ist ein Kostenträger, Versicherung KVG.

Tabelle 4: Prozessregeln M_01.070

[OPTIONAL] Meldung ist fachlich nicht zwingend.

[ZWINGEND] Es gibt keine Wiederholung der Meldung.

[OPTIONAL] Ein Cancel auf diese Meldung ist möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um keine sensitiven Daten handelt.

4.5.1 M_01.080 Antwort Kostenträger

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: decisionProcessIn- formatinType	1,1

Tabelle 5: Datenstruktur M_01.080

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist ein Kostenträger, Versicherung KVG Empfänger Akteur ist eine Pflegeeinrichtung.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_01.070 in dieser Konversation muss empfangen worden sein

Tabelle 6: Prozessregeln M_01.080

[ZWINGEND] Antwort auf Anfrage ist zwingend.

[ZWINGEND] Es gibt keine Wiederholung der Meldung.

[ZWINGEND] Ein Cancel auf diese Meldung ist nicht möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um keine sensitiven Daten handelt.

4.5.2 M_01.130 Mitteilung Leistungsfalleröffnung

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInforma- tionType	1,1
Akteur spezifisch Insurance KVG:			
plannedTreatment-Start	Geplantes Eintrittsdatum	eCH-0234: plannedTreatment- Start	1,1
accidentNumber	Unfallnummer	eCH-0234:	0,1

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
		accidentNumber	
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			
personSSN	Identifikation der Person	eCH-0234: personSSN	1,1
personBirthDate	Geburtsdatum der Person	eCH-0234: personBirthDate	1,1
ACID	Fallnummer	eCH-0234: ACID	1,1
treatmentReason	Behandlungsgrund	eCH-0234: treatmentReason	1,1
kind	Behandlungsart	eCH-0234: kind	1,1

Tabelle 7: Datenstruktur M_01.130

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist eine Pflegeeinrichtung. Empfänger Akteur ist ein Kostenträger, Versicherung KVG.
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist eine Pflegeeinrichtung. Empfänger Akteur ist ein Anordner.

Tabelle 8: Prozessregeln M_01.130

[ZWINGEND] Meldung ist zwingend.

[OPTIONAL] Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.

[OPTIONAL] Ein Cancel auf diese Meldung ist möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um keine sensitiven Daten handelt.

4.5.3 M_01.140 Antwort Leistungsfalleröffnung

Die Antwort auf die Leistungsfalleröffnung.

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: decisionProcessIn- formatinType	1,1
Akteur spezifisch KVG Insurance:			
refusalReason	Gründe für Nichtregistrierung	eCH-0234: refusalReason	0,1
accidentNumber	Unfallnummer	eCH-0234: accidentNumber	0,1
Akteur spezifisch Anordner:			

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
refusalReason	Gründe für Nichtregistrierung	eCH-0234: refusalReason	0,1
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			

Tabelle 9: Datenstruktur M_01.140

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist ein Kostenträger, Versicherung KVG Empfänger Akteur ist eine Pflegeeinrichtung.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_01.130 in dieser Konversation muss empfangen worden sein

Tabelle 10: Prozessregeln M_01.140

[ZWINGEND] Antwort auf Anfrage ist zwingend.

[OPTIONAL] Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.

[ZWINGEND] Ein Cancel auf diese Meldung ist nicht möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um keine sensitiven Daten handelt.

5 Teilprozess 02 Leistungsfall planen und Kosten sichern

[ZWINGEND] Wie der Titel aussagt, geht es in diesem Teilprozess darum, die Planung der Pflege sowie den Bedarf für den Leistungsfall zu melden und strukturiert mit elektronischen Meldungen über das SHIP Meldesystem abzuwickeln.

In diesem Teilprozess spielen viele fachliche Anforderungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung und Verordnungen sowie vertragliche Vereinbarungen hinein.

Die fachlichen Ausführungen dienen in erster Linie dazu, die Komplexität aufzulösen und aufzuzeigen, welche Möglichkeiten das SHIP Meldesystem bietet, diesen Teilprozess effizient abzuhandeln ohne vertragliche Vereinbarungen zu beschränken.

5.1 Prozessschritte, Meldungen

Das Ziel der drei Parteien (Person, Pflegeeinrichtung und Kostenträger) ist Transparenz über den Pflegebedarf und die daraus ermittelten Pflegeleistungen zum Leistungsfall zu erhalten.

Aufgrund der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben muss dieser Teilprozess mehrfach ausgelöst werden können. Die Regel dazu ist, dass sich das Beginn- und das Enddatum mit keinem bereits erfassten Bedarf überschneiden.

Der anordnende Arzt erhält den ermittelten Bedarf und prüft dessen Inhalt. Wenn er damit einverstanden ist, erteilt er eine Anordnung. Über das Ergebnis des Versicherers wird der Anordner nicht involviert.

Die Versicherung prüft den Bedarf im Voraus, damit ein allfälliger Aufwand der später nicht vergütet wird, durch die Pflegeeinrichtung nicht erbracht wird bzw. diese die Person informieren kann, dass diese Leistung nicht oder nur teilweise durch die Versicherung vergütet wird.

5.3 Prozessschritte

Prozessschritte	Beschreibung
Bedarf erstellen und oder anpassen 02.010	<p>Aufgrund einer Überweisung oder Anmeldung zur Pflege wird auf einen Pflegebedarf bei einer Person aufmerksam gemacht. Die Pflegefachperson ermittelt den Pflegebedarf mittels eines professionellen Assessments bei der Person und stellt den Bedarf fest.</p> <p>Aufgrund des Pflegebedarfs ermittelt die Pflegefachperson, welche Leistungen zu erbringen sind (KLV Art. 8 Abs. 2). Der Bedarf wird aufgrund des einheitlichen Katalogs aufgelistet und klar definiert in welcher Zeiteinheit die Leistungen in der deklarierten Bedarfsperiode erbracht werden. Diese Auflistung ergibt den zu erwartenden Pflegeaufwand, welchen wir nachfolgend als Bedarfsmeldung bezeichnen (KLV Art. 8 Abs. 3).</p>
Bedarf senden 02.020	<p>Um möglichst wenig Zeit zu verlieren und rasch Planungssicherheit zu erhalten, setzen die Pflegeeinrichtungen je eine Bedarfsmeldung an den anordnenden Arzt und an die zuständige Krankenversicherung ab.</p>
Bedarf prüfen 02.030	<p>Der KVG Versicherer prüft die eingereichte Bedarfsmeldung und beurteilt, ob er eine Entscheidung treffen kann. Es besteht die Möglichkeit zusätzliche Informationen ein zu verlangen.</p> <p>Wenn der KVG Versicherer keine weiteren Informationen benötigt, kann er über die Bedarfsmeldung befinden.</p> <p>Wichtig: Der Kostenträger darf davon ausgehen, dass mit Erhalt der Meldung die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Leistungen gegeben ist. Auch darf der Kostenträger davon ausgehen, dass die Pflegeeinrichtung den Patienten über allfällige Nichtpflichtleistungen informiert hat.</p> <p>Der Versicherer KVG soll in jedem Fall die Pflegeeinrichtung über seinen Entscheid informieren, auch wenn vertraglich eine "stillschweigende Leistungspflicht" vereinbart wurde.</p>
Infos Stufe 2 einfordern 02.040	<p>Ergibt die Prüfung, dass Informationen "Stufe 2" (detaillierte medizinische Informationen) für den Entscheid nötig sind, kann der Kostenträger diese mit entsprechender Meldung einfordern. Er muss begründen warum weitere Informationen eingefordert werden.</p> <p>Wenn der Wert "Controlling vor Ort" eingefordert wird, bedeutet dies für die Pflegeeinrichtung, dass ausserhalb des SHIP Meldesystems mit ihnen Kontakt aufgenommen wird, um einen Termin vor Ort zu vereinbaren. Erst nach der Beurteilung vor Ort kann ein definitiver Entscheid gefällt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeeinrichtung selbst dafür verantwortlich ob sie Leistungen erbringt oder auf den definitiven Entscheid wartet.</p> <p>Abgrenzung: Die Einforderung von Informationen, für welche die Pflegeeinrichtung nicht zuständig ist, weil sie darüber kei-</p>

Prozessschritte	Beschreibung
	ne Kenntnis hat (z. B. Diagnose), sind aktuell «out of Scope» in der aktuellen Version nicht umgesetzt. Dies gilt auch für die Einforderung von weiteren Unterlagen durch den Arzt.
Infos Stufe 2 aufbereiten 02.050	Die Pflegeeinrichtung füllt die notwendigen Informationen ab
Infos Stufe 2 senden 02.060	und sendet diese dem Kostenträger. Dabei sind die Vorgaben von Gesetzen und Verordnungen zu beachten sowie vertragliche Vereinbarungen zu berücksichtigen.
Infos Stufe 2 prüfen 02.070	In diesem Prozessschritt prüft der KVG Versicherer die Informationen "Stufe 2" (detaillierte medizinische Informationen). Es ist Sache des Empfängers zu definieren, wer diese Meldung bearbeiten soll. Falls die erhaltenen Unterlagen für einen Entscheid ausreichen, teilt er dies der Pflegeeinrichtung mit. Die Einforderung «Controlling vor Ort» wird durch die Pflegeeinrichtung bestätigt. Nach der Beurteilung vor Ort kann die KVG Versicherung einen definitiven Entscheid senden.
Infos Stufe 3 einfordern 02.080	Ergibt die Prüfung, dass Informationen "Stufe 3" (detaillierte medizinische Informationen) für den Entscheid nötig sind, kann der Krankenversicherer diese einfordern. Er muss begründen warum weitere Informationen eingefordert werden. Abgrenzung: Die Einforderung von Informationen, für welche die Pflegeeinrichtung nicht zuständig ist, weil sie darüber keine Kenntnis hat (z. B. Diagnose), sind aktuell «out of Scope» in der aktuellen Version nicht umgesetzt. Dies gilt auch für die Einforderung von weiteren Unterlagen durch den Arzt. Diese muss der Arzt ausserhalb des SHIP Meldesystems einfordern.
Infos Stufe 3 aufbereiten 02.090	Die Pflegeeinrichtung füllt die notwendigen Informationen ab
Infos Stufe 3 senden 02.100	und sendet die verlangten Infos Stufe 3 (detaillierte medizinische Informationen).
Infos Stufe 3 prüfen 02.110	Es ist Sache des Empfängers zu definieren wer diese Meldung bearbeiten bzw. prüfen soll. Sind die erhaltenen Unterlagen für einen Entscheid ausreichend, kann die Pflegeeinrichtung über den Entscheid informiert werden. Sind die Angaben zur Fallbeurteilung ausreichend, teilt der Kostenträger sein Prüfergebnis der Pflegeeinrichtung mit.
Entscheid Bedarf mitteilen 02.120	Kann der Versicherer den Bedarf positiv beantworten, akzeptiert oder kürzt er diesen und registriert die Leistungen. Die KVG Versicherung ist selbst dafür verantwortlich sicherzustellen, welcher Bedarf von der Pflegeeinrichtung in Rechnung

Prozessschritte	Beschreibung
	<p>gestellt werden darf.</p> <p>Wichtig: Der KVG Versicherer soll in jedem Fall die Pflegeeinrichtung über seinen Entscheid informieren, auch wenn vertraglich eine "stillschweigende Zusage" vereinbart wurde.</p> <p>Dieser Abschnitt erklärt den Verlauf, wenn die Bedarfsmeldung gesamthaft abgelehnt wird. Die KVG Versicherung weist die Meldung mit Status "abgelehnt" und einer Begründung an die Pflegeeinrichtung zurück.</p> <p>Die Pflegeeinrichtung hat nun die Option, die Pflegeplanung neu zu beurteilen, den gesamten Pflegefall abzubrechen oder eine Wiedererwägung zu starten.</p> <p>Wichtig: Wenn keine neue Planung erfolgt bzw. keine Leistungen gemäss KVG erbracht wurden, muss der ganze Fall mit dem Anordner und dem Versicherer KVG abgebrochen werden.</p>
Entscheid Bedarf KVG registrieren 02.130	Die Pflegeeinrichtung registriert den Entscheid der Versicherung KVG.
Bedarf senden 02.140	Ist der Anordner SHIP Teilnehmer erhält er den Bedarf per SHIP. Er prüft die eingereichte Bedarfsmeldung und beurteilt, ob er eine Entscheidung treffen kann.
Bedarf prüfen 02.150	Der Arzt prüft und beurteilt die eingereichte Bedarfsmeldung. Er kann die gesamte Bedarfsmeldung akzeptieren oder mit Begründung ablehnen.
Entscheid Bedarf mitteilen 02.160	<p>Aufgrund der positiven Rückmeldung wird der gesamte und ungekürzte Bedarf angeordnet. Mit dieser Meldung endet der Austausch zwischen dem Anordner und der Pflegeeinrichtung via SHIP Meldesystems.</p> <p>Bei einer Ablehnung weist der Anordner den Bedarf mit Status "abgelehnt" an die Pflegeeinrichtung zurück. Die Pflegeeinrichtung hat nun die Option, die Pflegeplanung neu zu beurteilen oder den gesamten Leistungsfall abzubrechen.</p> <p>Wichtig: Wenn keine neue Planung erfolgt bzw. keine Leistungen gemäss KVG erbracht wurden, muss der ganze Fall mit dem Anordner und dem Versicherer KVG abgebrochen werden.</p>
Bedarf mit Anordnung registrieren 02.170	<p>Die Pflegeeinrichtung registriert den Eingang der Anordnung und hat somit die Anforderungen gemäss KLV erfüllt, dass ihre Leistungserbringung angeordnet sein muss.</p> <p>Sobald ein Entscheid von der Versicherung KVG gefällt und mitgeteilt wird, befinden sich zwei Bedarfsmeldungen mit eventuell unterschiedlichem Inhalt zum gleichen Leistungsfall bei der Pflegeeinrichtung. Eine Meldung beinhaltet den gesamten, ungekürzten und angeordneten Bedarf, welcher vom Arzt übermittelt wurde. Sobald ein Entscheid von der Versicherung KVG gefällt wird, erhält die Pflegeeinrichtung eine Meldung mit einem akzeptierten oder gekürzten Bedarf. Die</p>

Prozessschritte	Beschreibung
	Pflegeeinrichtung ist selbst dafür verantwortlich mit der Meldung der KVG Versicherung und der Meldung des Anordners umzugehen und sicherzustellen, welcher Bedarf von der KVG Versicherung akzeptiert ist.
Kostenträger über Anordnung informieren 02.180	Die Pflegeeinrichtung teilt dem Versicherer mit, dass der Arzt die gesamten und ungekürzten Leistungen, welche er zur Beurteilung erhalten hat, mittels Visum angeordnet hat.
Bedarf mit Anordnung registrieren 02.190	Versicherung KVG registriert den Erhalt der Anordnung des Arztes für den gesamten und ungekürzten Bedarf. Somit sind die Voraussetzungen gemäss KLV gegeben, dass eine Pflege angeordnet sein muss. Es kann vorkommen, dass der akzeptierte Bedarf der KVG Versicherung im Vergleich zum dem angeordneten Bedarf vom Anordner gekürzt ist. Sobald der Versicherer die Bedarfsmeldung akzeptiert oder gekürzt hat, ist er materiell mit den ermittelten Leistungen einverstanden. Der Krankenversicherer ist selbst dafür verantwortlich sicherzustellen, für welchen Bedarf eine Anordnung notwendig ist.

Tabelle 11: Prozessschritte Teilprozess Leistungsfall planen und Kosten sichern

5.4 Ausstiegsergebnis

Nach Abschluss von Teilprozess 02 liegen bei der Pflegeeinrichtung wie auch bei der KVG Versicherung die gleichen zwei Meldungen vor. Die Anordnung und eine Meldung der KVG Versicherung mit dem gefällten Entscheid. Diese beiden Meldungen bilden die Basis für die Rechnungsstellung und Rechnungsprüfung. Ein weiterer Ausstiegspunkt ist, wenn der Teilprozess abgebrochen wird.

5.5 Meldungstypen

Dieses Kapitel beschreibt den spezifischen Meldungsinhalt und Prozessregeln der einzelnen Meldungen, wobei die im Anhang enthaltenen XML-Schemas [\[W3C\]](#) eine integraler Bestandteil der Beschreibung darstellt.

[ZWINGEND] Elemente mit Qualifikation 1,1 sind zwingend. Es muss minimal 1 Element, maximal 1 Element vorhanden sein.

[ZWINGEND] Elemente mit Qualifikation 1,n sind zwingend. Es muss minimal 1 Element, maximal n Elemente vorhanden sein.

[OPTIONAL] Elemente mit Qualifikation 0,1 sind optional. Es muss minimal 0 Element, maximal 1 Element vorhanden sein.

[OPTIONAL] Elemente mit Qualifikation 0,n sind optional. Es muss minimal 0 Element, maximal n Elemente vorhanden sein.

[ZWINGEND] sämtliche Prozessregeln sind zwingend.

5.5.1 M_02.010 Bedarfsmeldung administrative Daten

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Akteur spezifisch:			
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			
responsibleContactFirstName	Vorname verantwortlicher Kontakt	eCH-0044: Kontakt	0,1
responsibleContactofficialName	Name verantwortlicher Kontakt	eCH-0044: Kontakt	0,1
responsibleContactphone	Telefonnummer verantwortlicher Kontakt	eCH-0046: Kontakt	0,1
responsibleContactemail	E-Mailadresse verantwortlicher Kontakt	eCH-0046: Kontakt	0,1
responsiblePhysician	Anordnender Arzt	eCH-0234: responsiblePhysician	1,1
groupList	Gruppe	eCH-0234: Gruppe	1,n
deliveryMiGeLProductsList	Abgabe MiGeL-Produkte zur Selsbtanwendung	eCH-0234: deliveryMiGeLProductsList	0,n
degreeOfHelplessCompensation	Grad der Hilflosenentschädigung	eCH-0234: degreeOfHelplessCompensation	1,1
serviceList	Leistung	eCH-0234 Leistung	1,n
specialisation	Fachrichtung	eCH-0234: specialisation	1,n
involvedCareProviderList	Involvierte Organisationen	eCH-0234: involvedCareProviderList	0,n
clarifyingPerson	Abklärende Person	eCH-0234: clarifyingPerson	0,1

Tabelle 12: Datenstruktur M_02.010

Prozess Regel	Beschreibung
---------------	--------------

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist eine Pflegeeinrichtung. Empfänger Akteur ist ein Kostenträger, Versicherung KVG oder ein Anordner.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_01.140 dieser Konversation mit einem positiven Entscheid muss empfangen worden sein

Tabelle 13: Prozessregeln M_02.010

[ZWINGEND] Meldung ist zwingend.

[OPTIONAL] Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.

[OPTIONAL] Ein Cancel auf diese Meldung ist möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um sensitive Daten handelt.

[ZWINGEND] Angabe der subProcessID.

[ZWINGEND] Angabe der Werte subProcessStart und subProcessEnd

5.5.2 M_02.030 Entscheid Bedarfsmeldung Versicherer KVG

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.	
ProcessInformation				
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1	
Akteur spezifisch:				
Akteur unspezifisch (CommonInformation)				
decisionDetail	Gesamt Bedarfsmeldungsentscheid	eCH-0234: decisionDetail	1,1	
deniedReason	Gesamt Bedarfsmeldung Ablehnungsgrund	eCH-0234: deniedReason	0,1	
GroupDecisionList	Gruppenentscheid	eCH-0234: Entscheid	0,n	
	Element	Bezeichnung	Referenz	
	decisionDetail	Entscheid	eCH-0234: decisionDetail	1,1
	group	Gruppe	eCH-0234: group	1,1
	total	Summe in Minuten	eCH-0234: total	1,1
	deniedReason	Ablehnungsgrund	eCH-0234: deniedReason	0,1
restriction-Reason	Kürzungsgrund	eCH-0234: restrictionReason	0,1	

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.	
serviceDecisionList	Leistungsentscheid	eCH-0234: Entscheid	0,n	
	Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
	decisionDetail	Entscheid	eCH-0234: decisionDetail	1,1
	service	Leistung	eCH-0234: service	1,1
	count	Anzahl	eCH-0234: count	1,1
	unit	Einheit	eCH-0234: unit	1,1
	duration	Zeit in Minuten	eCH-0234: duration	1,1
	deniedReason	Ablehnungsgrund	eCH-0234: deniedReason	0,1
restriction-Reason	Kürzungsgrund	eCH-0234: restrictionReason	0,1	

Tabelle 14: Datenstruktur M_02.030

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist ein Kostenträger, Versicherung KVG. Empfänger Akteur ist eine Pflegeeinrichtungen.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_02.010 dieser Konversation muss empfangen worden sein

Tabelle 15: Prozessregeln M_02.030

[ZWINGEND] Antwort auf Anfrage ist zwingend.

[OPTIONAL] Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.

[ZWINGEND] Ein Cancel auf diese Meldung ist nicht möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um sensitive Daten handelt.

5.5.3 **[ZWINGEND]** Angabe der subProcessID.M_02.040 Informationen Stufe 2 einfordern

Die Meldung wird benutzt um Informationen der Stufe 2 anzufordern.

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Akteur spezifisch:			
requiredDataList	Einforderung Informationen Stufe	eCH-0234:Anfrage	0,n

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
	2 zu gesamter Bedarfsmeldung		
	Element	Bezeichnung	Referenz
	requiredData	Benötigte Information	eCH-0234: requiredData
	justifyDemand	Begründung	eCH-0234: justifyDemand
demandGroupList	Einforderung Informationen Stufe 2 zu Beitragsgruppe	eCH-0234:Anfrage	0,n
	Element	Bezeichnung	Referenz
	requiredData	Benötigte Information	eCH-0234: requiredData
	reference	Bezug zur Gruppe	eCH-0234: reference
	justifyDemand	Begründung	eCH-0234: justifyDemand
demandServiceList	Einforderung Informationen Stufe 2 zu Leistung	eCH-0234:Anfrage	0,n
	Element	Bezeichnung	Referenz
	requiredData	Benötigte Information	eCH-0234: requiredData
	reference	Bezug zur Leistung	eCH-0234: reference
	justifyDemand	Begründung	eCH-0234: justifyDemand
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			

Tabelle 16: Datenstruktur M_02.040

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist ein Kostenträger. Versicherung KVG. Empfänger Akteur ist eine Pflegeeinrichtung.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_02.010 dieser Konversation muss empfangen worden sein.

Tabelle 17: Prozessregeln M_02.040

[OPTIONAL] Meldung ist nicht zwingend.

[OPTIONAL] Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.

[OPTIONAL] Ein Cancel auf diese Meldung ist möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um keine sensitiven Daten handelt.

[ZWINGEND] Angabe der subProcessID.

5.5.4 M_02.050 Informationen Stufe 2 senden

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.	
ProcessInformation				
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: restrictionProcessInformationType	1,1	
Akteur spezifisch:				
responseDemand	Antwort Informationen Stufe 2 zu gesamter Bedarfsmeldung	eCH0234: Dokument	0,n	
	Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
	requestedData	Dokumentbeschreibung strukturiert	eCH-0234: requestedData	1,1
	attachment	Dokument	eCH-0234: attachment	1,1
responseDemand-GroupList	Antwort Informationen Stufe 2 zu Beitragsgruppe	eCH-0234:Dokument	0,n	
	Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
	requestedData	Dokumentbeschreibung strukturiert	eCH-0234: requestedData	1,1
	reference	Bezug zur Gruppe	eCH-0234: reference	1,1
	attachment	Dokument	eCH-0234: attachment	1,1
responseDemand-ServiceList	Antwort Informationen Stufe 2 zu Leistung	eCH-0234:Dokument	0,n	
	Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
	requestedData	Dokumentbeschreibung strukturiert	eCH-0234: requestedData	1,1
	reference	Bezug zur Leistung	eCH-0234: reference	1,1
	attachment	Dokument	eCH-0234: attachment	1,1
Akteur unspezifisch (CommonInformation)				

Tabelle 18: Datenstruktur M_02.050

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist eine Pflegeeinrichtung. Empfänger Akteur ist ein Kostenträger, Versicherung KVG.

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_02.040 dieser Konversation muss empfangen worden sein

Tabelle 19: Prozessregeln M_02.050

[ZWINGEND] Antwort ist zwingend.

[OPTIONAL] Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.

[ZWINGEND] Ein Cancel auf diese Meldung ist nicht möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um sensitive Daten handelt.

[ZWINGEND] Angabe der subProcessID.

5.5.5 M_02.060 Informationen Stufe 3 einfordern

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.	
ProcessInformation				
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1	
Akteur spezifisch:				
requiredDataList	Einforderung Informationen Stufe 3 zu gesamter Bedarfsmeldung	eCH-0234: Anfrage	0,n	
	Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
	requiredData	Benötigte Information	eCH-0234: requiredData	1,1
	requiredText	Freitext	eCH-0234: requiredText	0,1
justifyDemand	Begründung	eCH-0234: justifyDemand	1,1	
demandGroupList	Einforderung Informationen Stufe 3 zu Beitragsgruppe	eCH-0234: Anfrage	0,n	
	Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
	requiredData	Benötigte Information	eCH-0234: requiredData	1,1
	requiredText	Freitext	eCH-0234: requiredText	0,1
	reference	Bezug zur Gruppe	eCH-0234: reference	1,1
justifyDemand	Begründung	eCH-0234: justifyDemand	1,1	
demandServiceList	Einforderung Informationen Stufe 3 zu Leistung	eCH-0234:Anfrage	0,n	

Element	Bezeichnung		Referenz	Qual.
	Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
	requiredData	Benötigte Information	eCH-0234: requiredData	1,1
	requiredText	Freitext	eCH-0234: requiredText	0,1
	reference	Bezug zur Leistung	eCH-0234: reference	1,1
	justifyDemand	Begründung	eCH-0234: justifyDemand	1,1
Akteur unspezifisch (CommonInformation)				

Tabelle 20: Datenstruktur M_02.060

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist ein Kostenträger. Versicherung KVG. Empfänger Akteur ist eine Pflegeeinrichtung.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_02.050 dieser Konversation muss empfangen worden sein.

Tabelle 21: Prozessregeln M_02.060

[OPTIONAL] Meldung ist nicht zwingend.

[OPTIONAL] Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.

[OPTIONAL] Ein Cancel auf diese Meldung ist möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um sensitive Daten handelt.

[ZWINGEND] Angabe der subProcessID.

5.5.6 M_02.070 Informationen Stufe 3 senden

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: restrictionProcessInformationType	1,1
Akteur spezifisch:			
responseDemand	Antwort Informationen Stufe 3 zu gesamter Bedarfsmeldung	eCH-0234:Dokument	0,n
	Element	Bezeichnung	Referenz
	requestedData	Dokumentbeschreibung strukturiert	eCH-0234: requestedData
	requested-	Dokumentbe-	eCH-0234:
			0,1

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
	FreeTextData	schreibung unstrukturiert	requestedFreeTextData
	attachment	Dokument	eCH-0234: attachment
	freeText	Freitext	eCH-0234: freeText
responseDemandGroupList	Antwort Informationen Stufe 3 zu Beitragsgruppe	eCH-0234:Dokumentation	0,n
	Element	Bezeichnung	Referenz
	requestedData	Dokumentbeschreibung strukturiert	eCH-0234: requestedData
	requestedFreeTextData	Dokumentbeschreibung unstrukturiert	eCH-0234: requestedFreeTextData
	reference	Bezug zur Gruppe	eCH-0234: reference
	attachment	Dokument	eCH-0234 attachment
	freeText	Freitext	eCH-0234: freeText
responseDemandServiceList	Antwort Informationen Stufe 3 zu Leistung	eCH-0234:Dokument	0,n
	Element	Bezeichnung	Referenz
	requestedData	Dokumentbeschreibung strukturiert	eCH-0234: requestedData
	requestedFreeTextData	Dokumentbeschreibung unstrukturiert	eCH-0234: requestedFreeTextData
	reference	Bezug zur Leistung	eCH-0234: reference
	attachment	Dokument	eCH-0234: attachment
	freeText	Freitext	eCH-0234: freeText
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			
Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInfor-	1,1

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
		mationType	
Akteur spezifisch:			
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			

Tabelle 22: Datenstruktur M_02.070

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist eine Pflegeeinrichtung. Empfänger Akteur ist ein Kostenträger, Versicherung KVG.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_02.060 dieser Konversation muss empfangen worden sein

Tabelle 23: Prozessregeln M_02.070

[ZWINGEND] Antwort ist zwingend.

[OPTIONAL] Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.

[ZWINGEND] Ein Cancel auf diese Meldung ist nicht möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um sensitive Daten handelt.

[ZWINGEND] Angabe der subProcessID.

5.5.7 M_02.130 Entscheid Bedarfsmeldung Anordner und Krankenversicherung darüber informieren

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Akteur spezifisch:			
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			
decisionDetail	Anordnung	eCH-0234: decisionDetail	1,1

Tabelle 24: Datenstruktur M_02.130

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist ein Anordner. Empfänger Akteur ist eine Pflegeeinrichtung.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_02.010 dieser Konversation muss empfangen worden sein
Weiterleiten	

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist eine Pflegeeinrichtung. Empfänger Akteur ist ein Kostenträger, Versicherer KVG.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_02.010 dieser Konversation muss empfangen worden sein

Tabelle 25: Prozessregeln M_02.130

- [ZWINGEND] Antwort auf Anfrage ist zwingend.
- [OPTIONAL] Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.
- [ZWINGEND] Ein Cancel auf diese Meldung ist nicht möglich.
- [EMPFOHLEN] Weiterleiten der Meldung
- [ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um sensitive Daten handelt.
- [ZWINGEND] Angabe des PayloadAuthors
- [ZWINGEND] Angabe der subProcessID.

6 Teilprozess 03 Leistungsinformationen austauschen

[ZWINGEND] Ziel dieses Teilprozesses ist die Information des Kostenträgers über den administrativen Stand des Leistungsfalls durch die Pflegeeinrichtung.

6.1 Prozessschritte, Meldungen

Mit dem Beginn der Pflege startet der dritte administrative Teilprozess „Leistungsinformationen austauschen“, welcher die Meldung des Pflegebeginns sowie des Pflegeabschlusses beinhaltet. Der Teilprozess 03 „Leistungsinformationen austauschen“ wird mit dem Pflegeende abgeschlossen inkl. einer entsprechenden Meldung an den Kostenträger.

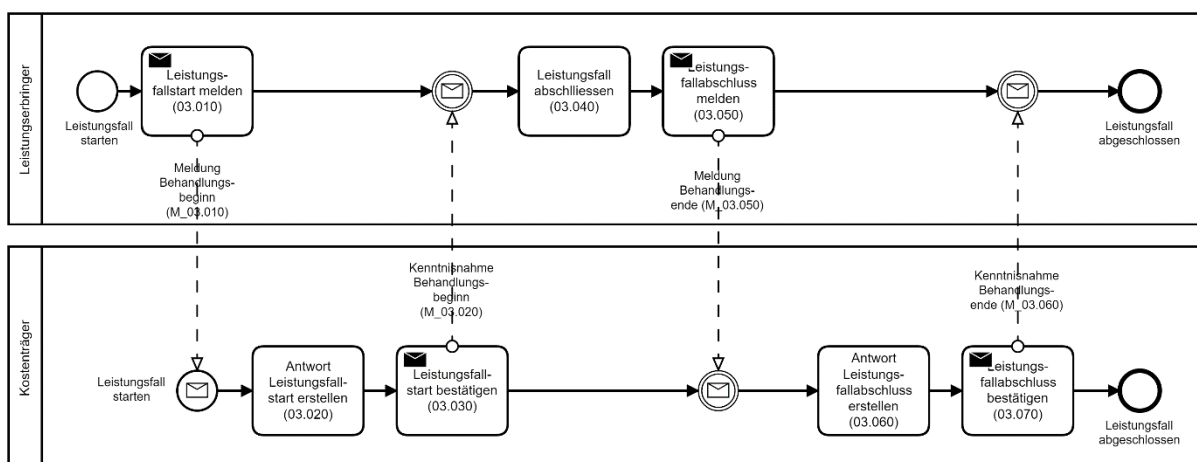


Abbildung 4: Teilprozess Leistungsinformationen austauschen

6.2 Einstiegsereignis

Sobald der Pflegebeginn startet, beginnt auch der Teilprozess 03.

6.3 Prozessschritte

Einstiegspunkt	Beschreibung
Leistungsfallstart melden (03.010)	Der Leistungserbringer meldet dem Kostenträger den Leistungsfallstart mittels der entsprechenden Meldung.
Antwort Leistungsfallstart erstellen (03.020)	Der Kostenträger verarbeitet die Meldung des Leistungserbringers
Leistungsfallstart bestätigen (03.030)	und bestätigt den Erhalt der Meldung.
Leistungsfall abschliessen(03.040)	Der Leistungserbringer entscheidet, ob die Pflege beendet werden kann.
Leistungsfallabschluss melden (03.050)	Kann die Pflege abgeschlossen werden, meldet der Leistungserbringer dies mittels Meldung an den Kostenträger.
Antwort Leistungsfallabschluss erstellen (03.060)	Der Kostenträger verarbeitet die Meldung des Leistungserbringers und bestätigt
Leistungsfallabschluss bestätigen (03.070)	den Erhalt des Behandlungsabschlusschlusses mit der entsprechenden Meldung.

Tabelle 26: Prozessschritte Teilprozess Behandlungsinformationen austauschen

6.4 Ausstiegsergebnis

Üblicherweise endet der Teilprozess «Leistungsinformationen austauschen» mit Übergang in den Teilprozess «Leistungsfall abschliessen», welcher noch nicht SHIP-Bestandteil ist. Eine Abrechnung darf erst erfolgen, wenn die Pflege am Patienten effektiv begonnen hat.

6.5 Meldungstypen

Dieses Kapitel beschreibt den spezifischen Meldungsinhalt und Prozessregeln der einzelnen Meldungen, wobei die im Anhang enthaltenen XML-Schemas [\[W3C\]](#) eine integraler Bestandteil der Beschreibung darstellt.

[ZWINGEND] Elemente mit Qualifikation 1,1 sind zwingend. Es muss minimal 1 Element, maximal 1 Element vorhanden sein.

[ZWINGEND] Elemente mit Qualifikation 1,n sind zwingend. Es muss minimal 1 Element, maximal n Elemente vorhanden sein.

[OPTIONAL] Elemente mit Qualifikation 0,1 sind optional. Es muss minimal 0 Element, ma-

ximal 1 Element vorhanden sein.

[OPTIONAL] Elemente mit Qualifikation 0,n sind optional. Es muss minimal 0 Element, maximal n Elemente vorhanden sein.

[ZWINGEND] sämtliche Prozessregeln sind zwingend.

6.5.1 M_03.010 Meldung Behandlungsbeginn

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Akteur spezifisch:			
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			
treatmentStart	Eintrittsdatum	eCH-0234: treatmentStart	1,1
plannedTreatmentEnd	Geplantes Austrittsdatum	eCH-0234: plannedTreatmentEnd	0,1

Tabelle 27: Datenstruktur M_03.010

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist eine Pflegeeinrichtung. Empfänger Akteur ist ein Kostenträger. Versicherung KVG.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_01.140 dieser Konversation mit einem positiven Entscheid muss empfangen worden sein

Tabelle 28: Prozessregeln M_03.010

[ZWINGEND] Meldung ist zwingend.

[OPTIONAL] Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.

[ZWINGEND] Ein Cancel auf diese Meldung ist nicht möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um keine sensitiven Daten handelt.

6.5.2 M_03.020 Kenntnisnahme Behandlungsbeginn

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Akteur spezifisch:			
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			

Tabelle 29: Datenstruktur M_03.020

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist ein Kostenträger, Versicherung KVG. Empfänger Akteur ist eine Pflegeeinrichtung.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_03.010 in dieser Konversation muss empfangen worden sein

Tabelle 30: Prozessregeln M_03.020

[ZWINGEND] Antwort auf Anfrage ist zwingend.

[OPTIONAL] Meldung kann wiederholt werden.

[ZWINGEND] Ein Cancel auf diese Meldung ist nicht möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um keine sensitiven Daten handelt.

6.5.3 M_03.050 Meldung Behandlungsende

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInformationType	1,1
Akteur spezifisch:			
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			
treatmentEnd	Austrittsdatum	eCH-0234: treatmentEnd	1,1
afterTreatmentStay	Aufenthaltort nach Austritt	eCH-0234: afterTreatmentStay	0,1

Tabelle 31: Datenstruktur M_03.050

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist eine Pflegeeinrichtung. Empfänger Akteur ist ein Kostenträger, Versicherung KVG.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_03.020 dieser Konversation muss empfangen worden sein

Tabelle 32: Prozessregeln M_03.050

[ZWINGEND] Meldung ist zwingend.

[OPTIONAL] Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.

[ZWINGEND] Ein Cancel auf diese Meldung ist nicht möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um keine sensitiven Daten handelt.

6.5.4 M_03.060 Kenntnisnahme Behandlungsende

Element	Bezeichnung	Referenz	Qual.
ProcessInformation			
ProcessInformation	Prozess Information	eCH-0235: baseProcessInforma- tionType	1,1
Akteur spezifisch:			
Akteur unspezifisch (CommonInformation)			

Tabelle 33: Datenstruktur M_03.060

Prozess Regel	Beschreibung
Vorbedingung Akteur Rolle	Sender Akteur ist ein Kostenträger, Versicherung KVG. Empfänger Akteur ist eine Pflegeeinrichtung.
Vorbedingung Ablauf	Eine Meldung M_03.050 in dieser Konversation muss empfangen worden sein

Tabelle 34: Prozessregeln M_03.060

[ZWINGEND] Antwort auf Anfrage ist zwingend.

[ZWINGEND] Meldung kann wiederholt werden.

[ZWINGEND] Ein Cancel auf diese Meldung ist nicht möglich.

[ZWINGEND] Angabe im Header, dass es sich um keine sensitiven Daten handelt.

7 Versionierung

[ZWINGEND] Die XML-Schemas zu den in diesem Standard beschriebenen Datentypen werden gemäss den Vorgaben von [\[eCH-0018\]](#) versioniert.

[ZWINGEND] Dabei folgen die Change und Release Prozesse dieser Schemas den Vorgaben von [\[eCH-0150\]](#).

8 Sicherheitsüberlegungen

8.1 Abrufverfahren

Es besteht eine ausreichende gesetzliche Grundlage, um die beschriebene Abfrage via SHIP-Meldesystem und den definierten Abrufverfahren über den Central Service der SASIS AG durchzuführen. Ohne eine solche Abfragemöglichkeit besteht weiterhin die Gefahr einer Meldung an den falschen Kostenträger. Nur durch eine solche Abfrage kann ein Leistungserbringer die Richtigkeit der erhaltenen Personendaten überprüfen. Insgesamt führt ein solches Abrufverfahren zu einer Erhöhung des Datenschutzes.

8.2 Verwendung der AHV-Nummer

Der Leistungserbringer, der Anordner als auch die Krankenversicherung verfügen über die AHV-Nummer und dürfen diese systematisch verwenden.

Der Leistungserbringer ist dazu berechtigt, die AHV-Nummer systematisch zu verwenden und darf die AHV-Nummer somit verwenden, um den OKP-Versicherer und den zuständigen Arzt der Person in Erfahrung zu bringen.

Es ist notwendig, dass der Leistungserbringer die Person, den anordnenden Arzt sowie die zuständigen Kostenträger mit möglichst hoher Sicherheit bereits bei der Anmeldung bestimmen kann. Dadurch kann im Verlauf der administrativen Leistungsfall-Abwicklung sichergestellt werden, dass nur die zuständigen Personen und Kostenträger Informationen erhalten.

8.3 Verhältnismässigkeit

Leistungserbringer und Kostenträger haben vereinbart, den geplanten Bedarf durch den Kostenträger prüfen zu lassen. Die Notwendigkeit muss gegeben sein und der Austausch der Informationen soll verhältnismässig erfolgen. Der Leistungserbringer stellt dem Kostenträger die Bedarfsinformationen nur zu, wenn dies gemäss Vorgaben der entsprechenden Gesetzgebung oder gemäss Vertrag nötig ist.

Der Leistungserbringer muss dafür sorgen, dass die Kostenträger einerseits alle Daten erhalten, um eine Prüfung vornehmen zu können, andererseits ist er dafür verantwortlich, dass darüber hinaus keine weiteren Informationen weitergegeben werden.

Aus diesem Grund fordern die Kostenträger medizinische Informationen vom Leistungserbringer stufengerecht ein, falls ihnen die ursprünglich mitgeteilten Bedarfsinformationen für einen Entscheid nicht ausreichen. Auf der einen Seite ist es dem Leistungserbringer möglich, zu Beginn wirklich nur jene Daten weiterzugeben, die er für den Kostenträger als relevant erachtet. Fehlen dem Kostenträger Informationen, kann er diese später anfordern. Dadurch kann der Grundsatz der Datensparsamkeit eingehalten werden. Auf der anderen Seite liegt es in der Verantwortung des Kostenträgers, dass er nur die wirklich notwendigen Informationen einfordert. Das SHIP Meldesystem beschränkt durch die Ausgestaltung des Prozesses in diesem ersten Schritt eine umfassende Mitteilung.

Durch die vorgesehene Triage werden dem Kostenträger für die Beurteilung der Kostenübernahme zuerst nur Bedarfsinformationen zugestellt. Erst wenn diese nicht ausreichen, kann der Kostenträger weitere Personendaten sowie medizinische Informationen anfordern.

9 Haftungsausschluss/Hinweise auf Rechte Dritter

eCH-Standards, welche der Verein **eCH** dem Benutzer zur unentgeltlichen Nutzung zur Verfügung stellen oder welche **eCH** referenzieren, haben nur den Status von Empfehlungen. Der Verein **eCH** haftet in keinem Fall für Entscheidungen oder Massnahmen, welche der Benutzer auf Grund dieser Dokumente trifft und / oder ergreift. Der Benutzer ist verpflichtet, die Dokumente vor deren Nutzung selbst zu überprüfen und sich gegebenenfalls beraten zu lassen. **eCH**-Standards können und sollen die technische, organisatorische oder juristische Beratung im konkreten Einzelfall nicht ersetzen.

In **eCH**-Standards referenzierte Dokumente, Verfahren, Methoden, Produkte und Standards sind unter Umständen markenrechtlich, urheberrechtlich oder patentrechtlich geschützt. Es liegt in der ausschliesslichen Verantwortlichkeit des Benutzers, sich die allenfalls erforderlichen Rechte bei den jeweils berechtigten Personen und/oder Organisationen zu beschaffen.

Obwohl der Verein **eCH** all seine Sorgfalt darauf verwendet, die **eCH**-Standards sorgfältig auszuarbeiten, kann keine Zusicherung oder Garantie auf Aktualität, Vollständigkeit, Richtigkeit bzw. Fehlerfreiheit der zur Verfügung gestellten Informationen und Dokumente gegeben werden. Der Inhalt von **eCH**-Standards kann jederzeit und ohne Ankündigung geändert werden.

Jede Haftung für Schäden, welche dem Benutzer aus dem Gebrauch der **eCH**-Standards entstehen ist, soweit gesetzlich zulässig, wegbedungen.

10 Urheberrechte

Wer **eCH**-Standards erarbeitet, behält das geistige Eigentum an diesen. Allerdings verpflichtet sich der Erarbeitende, sein betreffendes geistiges Eigentum oder seine Rechte an geistigem Eigentum anderer, sofern möglich, den jeweiligen Fachgruppen und dem Verein **eCH** kostenlos zur uneingeschränkten Nutzung und Weiterentwicklung im Rahmen des Vereinszweckes zur Verfügung zu stellen.

Die von den Fachgruppen erarbeiteten Standards können unter Nennung der jeweiligen Urheber von **eCH** unentgeltlich und uneingeschränkt genutzt, weiterverbreitet und weiterentwickelt werden.

eCH-Standards sind vollständig dokumentiert und frei von lizenz- und/oder patentrechtlichen Einschränkungen. Die dazugehörige Dokumentation kann unentgeltlich bezogen werden.

Diese Bestimmungen gelten ausschliesslich für die von **eCH** erarbeiteten Standards, nicht jedoch für Standards oder Produkte Dritter, auf welche in den **eCH**-Standards Bezug genommen wird. Die Standards enthalten die entsprechenden Hinweise auf die Rechte Dritter.

Anhang A – Referenzen & Bibliographie

[eCH-0018]	XML Best Practice
[eCH-0044]	Datenstandard Austausch von Personenidentifikationen
[eCH-0046]	Datenstandard Kontakt
[eCH-0064]	Spezifikationen für das System Versichertenkarte
[eCH-0150]	Change und Release Management von eCH-Standards
[eCH-0158]	BPMN-Modellierungskonventionen für die öffentliche Verwaltung
[eCH-0234]	SHIP Datenstandard Leistungsfälle Administration Gesundheitswesen
[eCH-0237]	SHIP Prozessstandard «Pflege»
[RFC2119]	https://www.ietf.org/rfc/rfc2119.txt
[RFC2119]	https://www.ietf.org/rfc/rfc2119.txt
[SASIS AG]	https://www.sasis.ch
[SHIP]	http://ship-standard.ch/
[W3C]	http://www.w3.org/XML/Schema

Anhang B – Mitarbeit & Überprüfung

Bailer Patrick	Spitex Zürich
Baumgartner Daniel	Concordia
Biéler Eric	Assura
Bucher Tanja	Visana
Bühlmann Doris	SASIS AG
Burnier Gilles	Groupe Mutuel
Hedinger Barbara	Spitex Luzern
Hepp Bruno	Pflegezentren der Stadt Zürich
Maurer Markus	Permed AG
Reck Markus	Spitex für Stadt und Land AG
Schüpbach Kathrin	Helsana

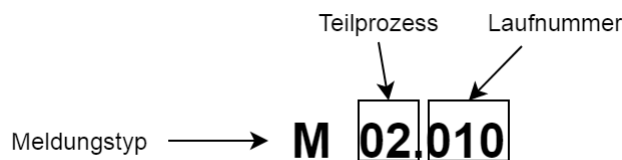
Anhang C – Abkürzungen und Glossar

Das Glossar beschreibt SHIP spezifische Begriffe und erläutert Abkürzungen.

Allgemein bekannte Begriffe und Abkürzungen aus dem schweizerischen Gesundheitswesen sind nicht Gegenstand dieses Glossars.

Administrative Informationen	Administrative Informationen sind die Basis für die Beurteilung durch den Kostenträger. Anhand der administrativen Informationen beurteilt der Kostenträger, ob er für den Leistungsfall einen Entscheid treffen kann oder strukturierte medizinische Informationen benötigt.
Akteur	Der SHIP Akteur bildet die Basis für den Meldungs austausch. Er ist die rechtlich verantwortliche Stelle, die definierten SHIP Meldungstypen zu erhalten bzw. zu empfangen. Ein SHIP Akteur kann mehrere Rollen haben. Jeder SHIP Akteur erhält eine ID und existiert daher nur einmal. Ein SHIP Akteur darf nur einem SHIP Teilnehmer zugeordnet sein.
BPMN	Die Business Process Model and Notation ist eine grafische Spezifikationssprache in der Wirtschaftsinformatik und im Prozessmanagement. Sie stellt Symbole zur Verfügung, mit denen Fach-, Methoden- und Informatikspezialisten Geschäftsprozesse und Arbeitsabläufe modellieren und dokumentieren können.
Detaillierte medizinische Informationen	Der Kostenträger kann detaillierte medizinische Informationen einfordern, wenn die administrativen und strukturierten Informationen für die Beurteilung nicht genügend sind. Detaillierte Informationen können in einem Wertebereich ausgewählt oder frei definiert eingefordert werden.
Leistungsfall	Aufgrund eines Ereignisses einer Person welches ihre Gesundheit betrifft, entstehen Heilungs- und Folgekosten (z.B. Lohnausfall) und damit zusammenhängend administrative Abläufe zur Prüfung und Vergütung der Kosten. Das Ereignis wird einem Fall zugeordnet (Leistungsfall). Im Schweizerischen Gesundheitswesen sind diese Ereignisse entweder obligatorisch über eine Sozialversicherung versichert oder können freiwillig über eine Zusatzversicherung versichert sein.
Need-to-know-Prinzip	Jeder Benutzer (und auch jeder Administrator) sollte nur auf die Datenbestände zugreifen und die Programme ausführen dürfen, die er für seine tägliche Arbeit auch wirklich benötigt.
Personendaten	Daten zu einer Person im Zusammenhang mit einem Leistungsfall. Die Daten können für mehrere Leistungsfälle gelten. Es liegt in der Verantwortung der Akteure, die Daten für ihre Zwecke zu bearbeiten. Im SHIP Meldungsstandard unterscheiden wir zwischen Personendaten und besonders schützenswerten Personendaten. In den Prozessstandards sind die besonders schützenswerten Personendaten als "medizinische Daten" und die restlichen Personendaten als "administrative Daten" ausgewiesen. Personendaten dürfen im Rahmen der Datenschutzbestimmungen zwischen den Akteuren ausgetauscht werden.
Rolle	In SHIP ist die Rolle eine Ausprägung zum Akteur.
SHIP	Siehe Swiss Health Information Processing.
SHIP Central Services	Stellt im SHIP Meldesystem als zentrale Komponente verschiedene Referenzinformationen zur Verfügung. SHIP Central Services steht zur Nutzung der SHIP Prozessstandards bereit und wird von SHIP Services zur Verfügung gestellt.
SHIP Connector	Der SHIP Connector stellt die bidirektionale Punkt-zu-Punkt-

	Kommunikation der SHIP Teilnehmer innerhalb des SHIP Meldesystems sicher.
SHIP Datenstandard	Definiert die übergreifenden fachlichen Konzepte und Datentypen des bidirektionalen SHIP Meldungssystems für die harmonisierte und weitgehend automatisierte Abwicklung von administrativen Prozessen zwischen den Akteuren des schweizerischen Gesundheitswesens.
SHIP Meldesystem	Bidirektionales Meldesystem für den abgesteckten Rahmen (Meldungsrahmen), welcher für die harmonisierte und weitgehend automatisierte Abwicklung von administrativen Prozessen zwischen den Akteuren des schweizerischen Gesundheitswesens vorgesehen ist.
SHIP Meldung	Eine SHIP Meldung enthält alle Informationen eines Meldungstyps.
SHIP Meldungsstandard	Definiert den übergeordneten Meldungsrahmen des bidirektionalen SHIP Meldungssystems für die harmonisierte und weitgehend automatisierte Abwicklung von administrativen Prozessen zwischen den Akteuren des schweizerischen Gesundheitswesens.
SHIP Meldungstyp	Der SHIP Meldungstyp ist ein Set von Informationen, welches zu einem definierten Zeitpunkt im Prozess von einem Akteur an einen anderen gesendet wird. Der Meldungstyp identifiziert den Inhalt mit folgenden Angaben: <ul style="list-style-type: none"> • dass es sich um einen Meldungstyp handelt • in welchem Teilprozess dieser sich befindet sowie • die Laufnummer.



Mit SHIP werden über den Connector zu einem Leistungsfall 1-n Meldungstypen von einem Akteur an einen anderen zugestellt.

Der SHIP Meldungstyp bezeichnet den Inhalt Leistungsfall. Die Bedeutung des Inhalts (Semantik) ist je Meldungstyp definiert.

Im Prozessstandard ist definiert, welche Meldungstypen zum Prozessstandard gehören.

SHIP Prozessstandard	Definiert die fachliche Prozesslogik und Meldungsinhalte des bidirektionalen SHIP Meldungssystems für die harmonisierte und weitgehend automatisierte Abwicklung eines konkreten administrativen Prozesses zwischen den vom Prozess betroffenen Akteuren des schweizerischen Gesundheitswesens (z.B. "Prozessstandard Spital stationär", "Prozessstandard Pflege").
SHIP Referenzapplikation (Client)	Die SHIP Referenzapplikation dient der Visualisierung und Bearbeitung der via dem SHIP Connector übermittelten SHIP Meldungen.
SHIP Referenzdaten	SHIP Referenzdaten sind im SHIP Central Service geführte Daten, welche als Basis im SHIP Meldesystem dienen. Dies ist das Teilnehmerverzeichnis, CodeListen sowie in den Meldungen verwendete Wertebereiche (Valuesets).

SHIP Teilnehmer	Unter einem SHIP Teilnehmer wird die organisatorische Abwicklungseinheit verstanden. Der organisatorischen Abwicklungseinheit werden die Akteure zugeordnet. Es steht dem Teilnehmer frei, die Akteur dem Teilnehmer zuzuordnen.
Strukturierte medizinische Informationen	Strukturierte medizinische Informationen können die Kostenträger einfordern, wenn die administrativen Informationen für die Beurteilung nicht ausreichen. Es können nur die vordefinierten Werte ausgewählt werden.
Stufengerechte Anforderung	Die konsequente Anwendung des Need to Know Prinzip auf die Weitergabe von Informationen zwischen den Akteuren. Stufe 1: Informationen die im Standardfall ausreichen. Stufe 2: Informationen in Ergänzung zu Stufe 1, die in einem Grossteil der weiteren Fälle ausreichend sind. Stufe 3: Informationen in Ergänzung zu Stufe 1 und 2, die nur im Ausnahmefall notwendig sind.
Swiss Health Information Processing	Offener Kommunikationsstandard für die harmonisierte und weitgehend automatisierte Abwicklung von administrativen Prozessen zwischen den Akteuren des schweizerischen Gesundheitswesens.
Teilnehmersystem	System des Teilnehmers, welches an den SHIP-Connector angebunden ist.
Teilprozess	Ein Teilprozess ist eine zusammengesetzte Aktivität, die Teil eines übergeordneten Prozesses ist.
XML-Schema	XML Schema, abgekürzt XSD (XML Schema Definition), ist eine Empfehlung des W3C zum Definieren von Strukturen für XML-Dokumente.

Anhang D – Änderungen gegenüber Vorversion

Das vorliegende Dokument bezieht sich auf die Änderungen von der Version 1.0 zur Version 1.1.

Kapitel	Seite	Anpassung
Diverse	-	Diverse Schreibfehler korrigiert und formale Anpassungen vorgenommen.
4.2	9	Beschreibung Ermittlungsprozess präzisiert.
4.3	11	Beschreibung Prozessschritt 01.140 präzisiert.
4.5.3	16	Business Rule angepasst: Meldung kann mit einer neuen Sequenz wiederholt werden.
5.3	19	Beschreibung Prozessschritt 02.070 präzisiert: Rückmeldung auf die Mitteilung des Werts «Controlling vor Ort» durch die KVG Versicherung.
5.3	20	Beschreibung Prozessschritt 02.160 präzisiert: Verzicht auf die Begründung durch den Anordner.
5.5.1	24	Prozess Regel Meldung M_02.010 generalisiert.

Kapitel	Seite	Anpassung
5.5.3	26	Spezifikation Meldung M_02.040 angepasst: Das Element Begründung ist ein Pflichtfeld.
5.5.3	26	Business Rule M_02.040 angepasst: Die Meldung beinhaltet keine sensitiven Daten.
5.5.4	28	Spezifikation Meldung M_02.050 angepasst: Typ zum Element Prozess Information angegeben.
5.5.5	29	Spezifikation Meldung M_02.060 angepasst: Das Element Begründung ist ein Pflichtfeld.
5.5.6	30	Spezifikation Meldung M_02.070 angepasst: Typ zum Element Prozess Information angegeben.
5.5.7	33	Business Rule M_02.130 angepasst: Weiterleitung der Meldung wird empfohlen.
6.5.3	36	Prozess Regel M_03.050 „Vorbedingung Ablauf“: Beschreibung präzisiert.
6.5.4	37	Business Rule M_03.060 korrigiert: Meldung kann wiederholt werden.
Nicht digitale Anordnung entfernt: Mit SHIP nehmen alle Akteure digital am Prozess teil. Daher wurde der Subprozess mit der nichtdigitalen Anordnung entfernt.		
-	1	Beilagen: Schemas eCH-0237_V1.0_02_300.xsd und eCH-0237_V1.0_02_310.xsd entfernt.
3.2	7	Nutzungseinschränkung ergänzt.
5.1	17	Abbildung 3 angepasst.
5.3	21	Prozessschritt 02.200 – 02.240 entfernt.
5.5.8	33	Meldung M_02.300 gelöscht.
5.5.9	33	Meldung M_02.310 gelöscht.
Angaben zum Kontakt genauer spezifiziert		
2.2	6	eCH-0044 Standard neu referenziert
5.5.1	23	Spezifikation Meldung M_02.010 angepasst: Elemente für „verantwortlicher Kontakt“ spezifiziert.
Sender, Empfänger und Author im Prozessheader bereinigt		
4.5.1	13	Spezifikation Meldung M_01.070 angepasst: Das Element Prozess Information hat neu den Typ baseProcessInformationType.
4.5.2	14	Spezifikation Meldung M_01.130 angepasst: Das Element Prozess Information hat neu den Typ baseProcessInformationType.
Angaben zum Subprozess erweitert		
5.1	16	Beschreibung für das mehrfache Starten eines Teilprozesses ergänzt.

5.5.1	24	Business Rules M_02.010 erweitert: Die Angabe der Werte subProcessStart und subProcessEnd ist zwingend.
5.5.1	24	Business Rules M_02.030 erweitert: Die Angabe der subProcessID ist zwingend.
5.5.2	25	Business Rules M_02.040 erweitert: Die Angabe der subProcessID ist zwingend.
5.5.4	29	Business Rules M_02.050 erweitert: Die Angabe der subProcessID ist zwingend.
5.5.5	30	Business Rules M_02.060 erweitert: Die Angabe der subProcessID ist zwingend.
5.5.6	32	Business Rules M_02.070 erweitert: Die Angabe der subProcessID ist zwingend.
5.5.7	33	Business Rules M_02.130 erweitert: Die Angabe der subProcessID ist zwingend.
Bedarfsbeginn und –ende durch Angaben im Prozessheader abgelöst		
5.5.1	23	Spezifikation Meldung M_02.010 geändert: Die Angaben careNeedStart und careNeedEnd werden neu durch den subProcessStart und subProcessEnd abgebildet.
Autor um weitere Merkmale erweitern		
5.5.7	33	Business Rules M_02.130 angepasst: Die Angabe des payloadAuthors ist in dieser Meldung zwingen.

Anhang E – Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einordnung SHIP Standards	5
Abbildung 2: Teilprozess Leistungsfall eröffnen	9
Abbildung 3: Teilprozess Leistungsfall planen und Kosten sichern	17
Abbildung 4: Teilprozess Leistungsinformationen austauschen	31

Anhang F – Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Akteure Prozess Pflege	7
Tabelle 2: Prozessschritte Teilprozess Leistungsfall eröffnen	13
Tabelle 3: Datenstruktur M_01.070	13

Tabelle 4: Prozessregeln M_01.070.....	14
Tabelle 5: Datenstruktur M_01.080.....	14
Tabelle 6: Prozessregeln M_01.080.....	14
Tabelle 7: Datenstruktur M_01.130.....	15
Tabelle 8: Prozessregeln M_01.130.....	15
Tabelle 9: Datenstruktur M_01.140.....	16
Tabelle 10: Prozessregeln M_01.140.....	16
Tabelle 11: Prozessschritte Teilprozess Leistungsfall planen und Kosten sichern	21
Tabelle 12: Datenstruktur M_02.010.....	22
Tabelle 13: Prozessregeln M_02.010.....	23
Tabelle 14: Datenstruktur M_02.030.....	24
Tabelle 15: Prozessregeln M_02.030.....	24
Tabelle 16: Datenstruktur M_02.040.....	25
Tabelle 17: Prozessregeln M_02.040.....	25
Tabelle 18: Datenstruktur M_02.050.....	26
Tabelle 19: Prozessregeln M_02.050.....	27
Tabelle 20: Datenstruktur M_02.060.....	28
Tabelle 21: Prozessregeln M_02.060.....	28
Tabelle 22: Datenstruktur M_02.070.....	30
Tabelle 23: Prozessregeln M_02.070.....	30
Tabelle 24: Datenstruktur M_02.130.....	30
Tabelle 25: Prozessregeln M_02.130.....	31
Tabelle 26: Prozessschritte Teilprozess Behandlungsinformationen austauschen.....	32
Tabelle 27: Datenstruktur M_03.010.....	33
Tabelle 28: Prozessregeln M_03.010.....	33
Tabelle 29: Datenstruktur M_03.020.....	34
Tabelle 30: Prozessregeln M_03.020.....	34
Tabelle 31: Datenstruktur M_03.050.....	34

Tabelle 32: Prozessregeln M_03.050.....	34
Tabelle 33: Datenstruktur M_03.060.....	35
Tabelle 34: Prozessregeln M_03.060.....	35