

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

(13) Ausschuss für Gesundheit

und Soziale Sicherung

Ausschussdrucksache

0248(94)

vom 27.06.03

15. Wahlperiode

Stellungnahme zu Fragen der Telematik im Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens

Von Dr. Frank Warda

Direktor des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Die im GMG vorgesehenen Regelungen zur Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte in Verbindung mit einem elektronischen Rezept sind **richtige Schritte** in die richtige (eigentlich von allen Interessengruppen unterstützte) Richtung.

Die flächendeckende, möglichst frühzeitige Einführung der elektronischen Gesundheitskarte als wiederbeschreibbare Multiprozessorkarte wird alleine durch optimierte Ausgabeprozesse **Verwaltungskosten** bei den Kassen von bis zu 150 Mio. € p.a. **einsparen** können¹.

Wichtig ist hierbei, den **Einsatz der Karte verpflichtend** zu machen. Nur so wird in einem engen Zeitfenster ein flächendeckender Einsatz erreicht, der zur Nutzung aller Synergien nötig ist. Technisch und logistisch ist nach einstimmiger Aussage der Industrie eine Ausgabe neuer Multiprozessorkarten bis spätestens **2006 unproblematisch**. An anderer Stelle getroffene Aussagen, dieses ginge nicht vor 2008, sind die üblichen und in der Vergangenheit oft erlebten Verzögerungstaktiken diverser Interessengruppen, die Partikularinteressen gefährdet sehen. Inhaltlich und technisch sind diese Aussagen unzutreffend.

Das elektronische Rezept wird neben der Vermeidung heute üblicher Medienbrüche zu einer **erhöhten Transparenz** der Verordnungen und in Verbindung mit der geplanten Arzneimitteldokumentation zur einer **erhöhten Therapiesicherheit** führen. Da das Rezept mit ca. 750 Mio. Transaktionen p.a. der häufigste und bedeutendste Geschäftsvorgang ist, wird die gleichzeitige obligate Einführung von **Gesundheitskarte und eRezept zum Schlüsselement** einer zukünftigen telematischen Infrastruktur.

¹ **Annahme:** heute jährlich neu ausgegebene 18,7 Mio. Karten lassen sich auf durch Online-Updates auf 5 Mio. Karten reduzieren. Die Einsparung resultiert aus geschätzten Vollkosten der Ausgabe pro Karte in Höhe von 11,60 € für eine heutige Karte und 13,54 € für eine Multiprozessorkarte.

Auch das **eRezept muss verpflichtend eingeführt werden**, um unnötige Verzögerungen zu vermeiden. Zu tätige Investitionen bei allen Beteiligten sind nur dann sinnvoll, wenn diese auch in maximalem Maß genutzt werden.

Welcher technische Weg zur Realisierung eingesetzt wird, ergeben die aktuell in der Ausschreibung befindlichen Planungsprojekte des BMGS und der Selbstverwaltung. Sicher ist, dass jedes gewünschte Szenario realisiert werden kann. Deutschland kann bisher auf wenige telematische Erfolge verweisen, weil bisher immer die Diskussion geführt wurde, ob etwas geschehen soll und nicht wegen mangelnder technischer Umsetzungsmöglichkeit.

Deshalb begrüße ich ausdrücklich die Anstrengungen des BMGS zum Einsatz von Telematik, die im GMG-Entwurf ihre nachvollziehbare und praktikable Umsetzung finden.

Die in §68 geregelte Möglichkeit für die Krankenkassen, Finanzierungsmodelle für den Einsatz elektronischer Gesundheitsakten zu schaffen, ist ein richtungsweisender Schritt.

Damit wird es endlich möglich, für Patienten und Ärzte Anreizsysteme zu entwickeln, die den Einsatz einer sektorenübergreifenden **elektronischen Patientenakte in der Hand des Patienten in die Routine** überführen. Technische Möglichkeiten gibt es heute längst, in den USA ist das Routine. In Deutschland wurde der Einsatz bisher verhindert, weil die Finanzierung der von kommerziellen Anbietern entwickelten elektronischen Patientenakten nicht geregelt war.

Das häufig gehörte Gegenargument des gläsernen Patienten erscheint in Wirklichkeit der Angst vor einem transparenten Leistungserbringer zu entspringen. Patienten begrüßen die **Stärkung ihres informationellen Selbstbestimmungsrechtes** und damit Verminderung der Abhängigkeit vom einzelnen Behandler.

Technische Lösungen für elektronische Patientenakten gibt es viele. Über die beste Variante sollte weder die Selbstverwaltung noch die Politik entscheiden, sondern in einem **funktionierenden Wettbewerb der Kassen und Industrie** die Patienten und Ärzte.

Abzulehnen ist der Wunsch beteiligter Interessengruppen nach einem allumfassenden globalen Datenmodell, welches erst in vielen Jahren durch die Selbstverwaltung definiert werden müsste. Damit erreicht man nichts außer zeitlicher (gewünschter?) Verzögerung.

Die Ärzteschaft und in geringerem Maße die Patienten müssen festlegen, welche Daten in einer elektronischen Patientenakte gespeichert werden sollen. Datenmodelle, Schnittstellen und die nötige Interoperabilität der heterogenen EDV-Systeme wird dann bei einem funktionierenden Anreizmodell die Industrie in kurzer Zeit entwickeln.

Wenn es gelingt, durch die elektronische Gesundheitskarte und das elektronische Rezept bis 2006 die Telematik-Rahmenarchitektur einzuführen und in die Routine zu überführen, werden die elektronischen Patientenakte und Arzneimitteldokumentation in einem zweiten Schritt viele der erhofften Qualitätsverbesserungen und Einsparpotentiale möglich machen.

Siehe auch Anlage: „Investitionen und Finanzierungsmodelle für eine Telematikinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen“ von Dr. Frank Warda, DIMDI und Dr. Guido Noelle, FH Bonn-Rhein-Sieg

Investitionen und Finanzierungsmodelle für eine Telematikinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen

Dr. Frank Warda, DIMDI und Dr. Guido Noelle, FH Bonn-Rhein-Sieg

Zusammenfassung

Nach dem Willen der Gesundheitspolitik soll die elektronische Gesundheitskarte ab 2006 flächendeckend zur Verfügung stehen. Unklar ist dabei bislang, wer die Investitionskosten von bis zu 200 Mio. Euro innerhalb der Apotheken und Arztpraxen zu tragen hat. Eine Vergütung „elektronischer Leistungen“ als Investitionsanreiz scheint auf Grundlage bisheriger Erfahrungen dabei unumgänglich. Würde die Ausstellung eines elektronischen Rezeptes mit jeweils 20 Cent vergütet, könnten sich die Investitionen für die Leistungserbringer schon rechnen und auch die laufenden Betriebskosten weitgehend abdecken.

Die Umsetzung einer Reihe von Themen der zurückliegenden langjährigen Telematikdiskussion im Gesundheitswesen steht bevor. Für alle Beteiligten ist es ermutigend und motivierend, dass nicht mehr die Frage des „Ob“, sondern nur noch des „Wie“ im Vordergrund steht. Alle Interessengruppen sind sich einig, dass durch den Einsatz der Telematik Kosten gespart, Abläufe optimiert und die Behandlungsqualität verbessert werden kann. Damit hört die schöne Einigkeit aber auch schon auf. Um die geeigneten Wege wird inhaltlich und politisch heftig gerungen. Eigentlich zu Recht, werden doch alle Menschen in Deutschland von der einzuführenden Technik und zu verändernder Organisation nicht unerheblich beeinflusst.

Nun steht die Realisierung im Vordergrund. Und ganz plötzlich wird klar, dass es nicht bei den bisherigen Unverbindlichkeiten bleiben kann. Telematik einsetzen zu wollen ist en vogue, hundertfach gibt es Vorschläge, wie man es machen könnte. Jetzt aber werden konkrete Schritte erforderlich, die (viel) Geld kosten, Arbeit und Umgewöhnung für die Betroffenen bedeuten, Investitionen bedingen und damit auch spürbare Auswirkungen haben werden. Es muss also Verantwortung übernommen werden, der Übergang vom Konjunktiv zum Imperativ muss erfolgen.

Um konkret zu werden und die Entwicklung voranzutreiben, sind drei aktuelle Initiativen von hoher Bedeutung. Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) befindet sich mit einer neu aufgestellten und dem Staatssekretär Dr. Theo Schröder unterstellten Projektgruppe Telematik in der Ausschreibungsphase für eine längerfristige Unterstützung bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des elektronischen Rezeptes (eRezept) auf der Basis eines sog. Card enabled Network². Mit der Auftragserteilung ist im August 2003 zu rechnen. Der Zeitplan sieht den Beginn einer flächendeckenden Einführung in Deutschland ab 2006 vor.

² Siehe auch F. Warda, G. Noelle: Telemedizin und eHealth in Deutschland – Materialien und Empfehlungen für eine nationale Telematikplattform, 2003 sowie D. Grönemeyer: Med. in Deutschland, 2000.

Das Aktionsforum für Telematik im Gesundheitswesen (ATG) bündelt die Telematikaktivitäten der Selbstverwaltung und hat relativ zeitgleich zum BMGS einen Planungsauftrag für die Einführung von eRezept und elektronischem Arztbrief ausgeschrieben. Hierbei steht der Einsatz vernetzter Strukturen im Vordergrund, die flächendeckende Einführung der eGK ist keine zwingende Voraussetzung.

Die Hersteller von Software- und Kommunikationslösungen im Gesundheitswesen haben ihre Aktivitäten im Spitzenverband Informationstechnologie im Gesundheitswesen (svitg³) zusammengefasst. Diesem Verband gehören wiederum der VDAP⁴ (Verband der Arztpraxis-Softwarehersteller), Verband Deutscher Dentalsoftware Unternehmen (VDDS⁵) und VHIgG (Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen, überwiegend Hersteller von Klinik-EDV) und die Arbeitsgemeinschaft deutscher Apotheken-Softwarehäuser (ADAS⁶) an. Gemeinsam wird ein Konzept zur flächendeckenden Umsetzung von Telematik im Gesundheitswesen erarbeitet und im Juni diesen Jahres dem BMGS übergeben.

Mit Sicherheit wird nicht ein einzelner Ansatz die Lösung aller Probleme sein, sondern nur eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten und die Vereinigung der besten Teilkonzepte zu einer Gesamtlösung wird die Realisierung der erhofften positiven Aspekte innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes ermöglichen.

Der Erfolg wird dabei aber letztlich von der Akzeptanz aller Beteiligten abhängen. Hierbei sind in erster Linie Ärzte, Apotheker und Patienten zu nennen. Die Motivation und Ausgangslage ist für alle unterschiedlich.

Während für den **Patienten** der individuelle Krankheits- bzw. Gesundheitsaspekt im Vordergrund steht, verdienen Ärzte und Apotheker ihren Lebensunterhalt mit der Ausübung ihrer Profession. Patienten werden im ersten Schritt überwiegend von einer Stärkung des informellen Selbstbestimmungsrechtes mit Einblick in ihre medizinischen Daten und weniger Doppeluntersuchungen sowie größerer Sicherheit der Arzneimittelverordnungen profitieren. Der finanzielle Aspekt steht sicher zu Recht bei ihnen im Hintergrund.

Ganz anders ist die Situation für die **Apotheker**. Sobald das erste eRezept im Umlauf ist, müssen die Apotheken dieses völlig unabhängig von der dann geltenden Rechtslage auch annehmen. Andernfalls drohen Umsatzeinbußen. Für den Apotheker sichert also die Investition in die nötige Infrastruktur für eRezept und eGK die Existenz. Die Frage, ob die Investition sinnvoll ist, stellt sich dabei nicht. Im Schnitt ist pro Apotheke von zwei benötigten neuen Kartenlesern zum Stückpreis⁷ von ca. 150,- € auszugehen. Damit wären mit einer eGK transportierte eRezepte einlösbar, ohne jedoch schon eine Onlinekommunikation zu nutzen. Diese ist jedoch unabdingbar, wenn eRezepte netzbasiert über Server übermittelt werden sollen. Sollte noch kein Kommunikations-PC in der Apotheke vorhanden sein bzw. die existierende Infrastruktur nicht genutzt werden sollen, sind ca. 1.750,- € Kosten für den PC mit Router sowie ca. 300,- € für zwei neue Kartenleser anzusetzen. Es ist davon auszugehen, dass nötige Softwarekomponenten von den Herstellern der Apothekensoftware kostenlos bzw. im Rahmen der laufenden

³ www.svitg.de

⁴ www.vdap.de

⁵ www.vdds.de

⁶ www.adas.de

⁷ den angenommenen Preisen liegen die vermuteten hohen Mengengerüste bei Ausrüstung von Ärzten und Apothekern und dadurch erzielbaren Rabattierungen zu Grunde

Softwarepflege zur Verfügung gestellt werden. Bei 22.000 Apotheken kann deshalb von einem maximalen initialen Investitionsvolumen in Höhe von 45 Mio. € ausgegangen werden, wenn alle Apotheken einen neuen Kommunikations-PC erwerben. Kosten für Schulung, Beantragung eines ISDN-Anschlusses etc. bleiben dabei unberücksichtigt.

Für Apotheker ist kein unmittelbarer betriebswirtschaftlicher Benefit mit dem Einsatz von eGK und eRezept verbunden. Durch Onlineprüfung bei der Abgabe von Medikamenten verhinderte unerwünschte Wirkungen verbessern die Beratungssituation und sparen der Versichertengemeinschaft Kosten, führen jedoch zu keiner Umsatz- oder Ertragsoptimierung des Apothekers. Organisationsverbesserungen durch lesbare Rezepte oder schnellere Übernahme der Abgabe in das Warenwirtschaftssystem mögen eintreten, werden jedoch zu keinen Kosteneinsparungen im Sinne von Personalreduktion innerhalb einer einzelnen Apotheke führen.

Kliniken und Krankenhausärzte werden erst dann von der eGK tangiert, wenn medizinische Kommunikation z.B. in Form von Arztbriefen oder Überweisungen zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten ausgeübt wird. Investitionen in eine technische Infrastruktur des Krankenhauses sind dabei zu vernachlässigen. Kommunikations-PC's und Onlineanschlüsse sind in der Regel vorhanden, die Vernetzung innerhalb der Klinik muss aus anderem Grunde erfolgen.

Ganz anders ist die Situation bei **niedergelassenen Ärzten**. Ca. 80% der 100.000 Praxen arbeiten mit einem Computersystem, aber nur die Hälfte davon mit einem modernen Windows-Betriebssystem. Auch wenn schon in ca. 50% der computereinsetzenden Praxen die Möglichkeit zur Internetnutzung besteht, wird doch in der Regel ein zusätzlicher Kommunikations-PC mit Router nötig sein. Geht man davon aus, dass auch in Arztpraxen im Schnitt zwei Kartenleser benötigt werden, ist zur Ausrüstung aller 80.000 Praxen mit Praxis-EDV ein Investitionsvolumen von 164 Mio. € für die „Grundausstattung“ nötig. Auch hier ist wiederum davon auszugehen, dass die Praxis-EDV-Hersteller die benötigten Softwarekomponenten kostenlos bzw. im Rahmen der Pflegeverträge zur Verfügung stellen werden.

Die Anpassungen in der Praxis-EDV werden aber spürbar umfangreicher ausfallen als bei Apotheken und in Kliniken. Es werden zentrale Bereiche wie Medikamentenverordnung, medizinische Dokumentation und Praxisorganisation zu ändern sein. Damit steigt auch der Schulungsbedarf in den Praxen. Ebenso ist zu erwarten, dass die Hauptlast der „Schulung“ der Patienten im Umgang mit eGK und eRezept bei Ärzten und Arzthelferinnen liegen wird. Dem steht jedoch kein Mehrerlös oder Ausgleich für die Praxen gegenüber. Wie schon in der Vergangenheit mit Einführung der KVK, Blankoformularbedruckung usw. geschehen, werden sich die Ärzte der Innovation nicht entziehen können, aber mit großer Sicherheit nicht ohne zwingenden Grund und, auch vor dem Hintergrund realer oder vermeintlicher Einkommensverluste, nur sehr zögerlich mitmachen. Es gilt also, die niedergelassenen Ärzte als einen der für den Erfolg der Einführung einer Telematikinfrastruktur kritischen Faktoren zur engagierten Teilnahme zu motivieren.

Hierzu werden finanzielle **Anreiz- und Vergütungsmodelle** für niedergelassene Ärzte nötig sein. Wie von verschiedenen Experten⁸ berechnet werden die erwar-

⁸ Debold & Lux Beratungsgesellschaft: Kommunikationsplattform im Gesundheitswesen – Kosten-Nutzen-Analyse Neue Versichertenkarte und elektronisches Rezept, 2001 sowie F. Warda, G. Noelle: Telemedizin und eHealth in Deutschland – Materialien und Empfehlungen für eine nationale Telematikplattform,

teten Einsparungseffekte zu mehr als 90% auf Seiten der Krankenkassen zu erwarten sein, insbesondere wegen zu möglicher Effizienzsteigerung bei Verwaltungsvorgängen rund um eine Krankenversichertenkarte und reduzierter unerwünschter Arzneimittelwirkungen durch eine Arzneimitteldokumentation. Bei dieser ungleichen Kosten/Nutzenallokation scheint ein Vergütungsmodell zur nachhaltigen Umverteilung sinnvoll. Geht man vom eRezept als erster bedeutender Anwendung auf der Telematikinfrastuktur aus, könnte bei ca. 700 Mio. ausgestellten Rezepten p.a. alleine durch die Vergütung von 0,25 € pro Rezept das gesamte für niedergelassene Ärzte nötige Investitionsvolumen im ersten Jahr finanziert werden.

Weil hier ein sicheres, kalkulierbares Geschäftsmodell vorliegt, werden insbesondere die Praxis-EDV-Hersteller ein Modell mit ihren Kunden finden, um nötige Investitionen zu forcieren.

Andere Vergütungsmodelle, die nicht die Nutzung, sondern die einmalige Investition fördern, haben vielfach und gerade im Zusammenhang mit Telematikprojekten nicht zum gewünschten nachhaltigen Erfolg geführt. Vielmehr sollte man noch eine zeitliche Komponente einführen, die die frühe Nutzung eines eRezeptes fördert. Z.B. eine Vergütung von 0,30 € pro Rezept im ersten Jahr, 0,25 € im zweiten Jahr und dann folgend 0,20 € p.a.

Alternativ zur Individualvergütung des Arztes könnte auch an einen oder mehrere Betreiber der Telematikinfrastuktur eine ähnliche Rückvergütung gezahlt werden, wenn diese(r) z.B. die Investitionskosten in der Einführungsphase übernimmt. Aber auch hier sollte auf eine nutzungsabhängige Vergütung geachtet werden. Diese Betreiber werden auch nötige Serverinfrastrukturen sowie Softwareanwendungen entwickeln, finanzieren und vorhalten müssen. Auch diese Kosten sollten von den Institutionen getragen werden, die von der Kostenersparnis profitieren.

Führt man die Vergütung pro eRezept über die Investitionsphase hinaus weiter, können damit auch Erhaltungsaufwände und Betriebskosten der Praxen finanziert werden. In gleicher Weise wäre z.B. eine erhebliche Förderung der Arzneimitteldokumentation oder der Austausch von elektronischen Arztbriefen zu erwarten, wenn diese einzeln vergütet würden.

Da die niedergelassenen Ärzte an der Schnittstelle zwischen Patienten, Apotheken und Kostenträgern sitzen und ohne deren Mitarbeit am Ende weder die nötigen Leistungen erbracht noch Einsparungen erzielt werden, scheint es sinnvoll zu sein, sich auf die Motivation der Ärzte zur Nutzung einer Telematikinfrastuktur mit ihren Anwendungen zu konzentrieren. Wenn der Arzt ein eRezept ausstellt, wird der Apotheker dieses ohne jeden Zweifel einlösen. Und nur wenn die Ärzte eine vollständige und sinnvolle Arzneimitteldokumentation durchführen, werden erwartete Qualitätsverbesserungen und Einsparungen auch zu realisieren sein. Sobald ein klares Geschäftsmodell definiert und gesichert ist, werden mit hoher Wahrscheinlichkeit auch schon lange währende und blockierende Diskussionen im Zusammenhang mit der Telematik im Gesundheitswesen schneller beendet sein, weil dann die Kräfte des Marktes wirken können und die im wahrsten Sinne des Wortes betroffenen Ärzte die betriebswirtschaftlich sinnvollen Entscheidungen für ihr Unternehmen Arztpraxis treffen werden.

Weil insbesondere Betreiber und Softwareindustrie schon deutlich vor Einführung der eGK und des eRezeptes umfangreiche Investitionsentscheidungen treffen müssen, wird die Entwicklungs- und Implementierungsgeschwindigkeit steigen, wenn die nötigen Entscheidungen zur Vergütung telematischer Leistungen von Selbstverwaltung und Gesetzgeber möglichst frühzeitig und eindeutig getroffen werden. Dies sollte angesichts des ambitionierten Zeitplanes auch unabhängig von der schleppenden Diskussion um die Einführung des lange erwarteten neuen EBM 2000+ erfolgen!

Tabellen:

	Anzahl	Investition	Summe
Arztpraxen	100.000	2.050 €	164.000.000 €
Apotheken	22.000	300 €	6.600.000 €
		2.050 €	45.100.000 €

	Anzahl p.a.	Vergütung	Summe p.a.pro Arztpraxis	
eRezept	700.000.000	0,50 €	350.000.000 €	4.375 €
	700.000.000	0,30 €	210.000.000 €	2.625 €
	700.000.000	0,25 €	175.000.000 €	2.188 €
	700.000.000	0,20 €	140.000.000 €	1.750 €
	700.000.000	0,10 €	70.000.000 €	875 €
	700.000.000	0,05 €	35.000.000 €	438 €