



VDAP e. V. * Bleibtreustraße 24 * 10707 Berlin

Frau
Dr. Martina Bunge, MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Es schreibt Ihnen:
Ursula Keller
Telefon: (030) 236310-830

E-Mail: ursula.keller@vdap.de

Koblenz, 20. November 2006

Anhörung zum GKV-WSG am 13. und 14. November 2006

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

mit Interesse haben wir die Anhörungen des Gesundheitsausschusses zum GKV- WSG verfolgt und als einziger IT-Verband der Deutschen Gesundheitswirtschaft aktiv begleitet.

Mit Bedauern mussten wir feststellen, dass auch in den Anhörungen die Gesundheitstelematik als Schlüsseltechnologie zur Umsetzung bzw. Erreichung der politischen Ziele wie z.B.

- mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit
- schlankere und effektivere Prozesse
- Erschließung von Einsparpotenzialen, z.B. durch Einschränkung von Kartenmissbrauch
- usw.

nur eine untergeordnete bis keine Rolle in der politischen Meinungsbildung zu spielen scheint. Um dies im weiteren parlamentarischen Verfahren zu verändern möchten wir mit diesem Schreiben nochmals auf folgende Punkte hinweisen (basierend auf unseren Eindrücken der Anhörungen):

Im Rahmen der Anhörung zum Thema neue Versorgungsformen bzw. Selektivvertragssystem (§§ 73b, 73c und 140a SGB V) war auffällig, dass die Akteure untereinander (Hausärzte vs. KBV) in der Sache darum ringen, wer zukünftig welchen Teil vom Honorarkuchen erhält. Die Frage jedoch "Wie können mit der Einführung bzw. dem weiteren Ausbau des Selektivvertragssystems gleichzeitig Verfahrensabläufe, Medienbrüche und Kommunikationsbarrieren im System vermieden bzw. beseitigt werden?" wird hierbei nicht betrachtet.



Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation entstehen jedoch bis zu 40% der Kosten im Gesundheitssektor durch Information und Kommunikation. Eine durchgängige Gesundheitstelematikinfrastruktur würde diese Medienbrüche, Zeitverluste und Fehlerquellen nachhaltig reduzieren und beseitigen. Heute bereits ist die Erfassung, Weiterverarbeitung und Abrechnung von DMP sowie Verträgen zur Integrierten Versorgung (§140 SGB V) integraler Bestandteil von Arztinformationssystemen. Dass dennoch die meisten Abrechnungen in Papierform auf dem Postwege versendet werden ist dem Umstand der mangelnden Vernetzung der Akteure untereinander geschuldet.

Die Arztinformationssysteme von heute sind in der Lage, die Geschäftsprozesse für die neuen Versorgungsformen (Selektivverträge § 72b, § 72c, § 140a usw.) elektronisch abzubilden und somit einen erheblichen Beitrag für eine wirtschaftlichere und effizientere Versorgung zu leisten.

Die schnellere Ausweitung der Vernetzung unter den Akteuren des Gesundheitswesens wird jedoch erheblich durch das Projekt „Einführung der elektronischen Gesundheitskarte“ behindert. Die mehrfach revidierten Terminpläne, der monolithische Ansatz, sowie die nicht geklärten konzeptionellen Fragen in diesem Projekt verhindern, dass kurzfristig erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven im deutschen Gesundheitswesen erschlossen werden können.

Wir schlagen deshalb für die Bereiche der neuen Versorgungsformen (Selektivvertragsystem) vor, die vorhandenen technischen Möglichkeiten der Gesundheitstelematik-Industrie zu nutzen und verbindliche Regelungen hierzu in den einschlägigen Paragraphen (73b, 73c, 140a) aufzunehmen. Nur so kann verhindert werden, dass für die neuen Versorgungsbereiche überbordende bürokratische Prozesse aufgebaut werden, die dann erst mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (wahrscheinlich nach 2010) langsam wieder abgebaut werden.

Auch das Thema Erschließung von Einsparpotenzialen im deutschen Gesundheitswesen wurde mehr oder weniger ohne Einbeziehung moderner Informations- und Kommunikationstechnologie erörtert, obwohl noch im Eckpunktepapier der Bundesregierung zur Gesundheitsreform ein deutlicher Hinweis bezüglich der Verhinderung von Versichertenkartenmissbrauch gemacht wurde.

Der konsequente und kompatible Einsatz von modernen Informationstechnologien in Verbindung mit intra- und interinstitutioneller Vernetzung eröffnet jedoch erst den Raum zu mehr Effizienz, Integration, Vergleichbarkeit und Wissenstransfer bei allen klinischen und administrativen Prozessen im deutschen Gesundheitswesen. Die schon jetzt in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen vorhandene - zum Teil redundante Datenmenge - wird künftig noch größere Ausmaße annehmen, was den Einsatz einer gemeinsamen digitalen Infrastruktur dringend erforderlich macht. Unabdingbare Voraussetzung für einen breiten Einsatz von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien bei der Gesundheitsversorgung ist eine gemeinsame und kompatible Infrastruktur, die zeitnah (nicht erst 2010) zur Verfügung stehen muss. Beispiele wie jüngst (Kartenbetrug im MMH Hannover) könnten heute bereits verhindert werden, wenn die vorhandenen technischen Lösungen der Arztinformationssystemanbieter nicht nur von einzelnen Krankenkassen genutzt würden. Das Beispiel zeigt, dass auch bzw. gerade im stationären Bereich signifikante Einsparpotenziale gehoben werden können durch die Eindämmung des Missbrauchs von Krankenversichertenkarten.



Der VDAP schlägt daher vor, im § 15 SGB V - so wie im Eckpunktepapier der Regierung vorgesehen - eine verpflichtende Regelung zur Bekämpfung des Versichertenkartenmissbrauchs aufzunehmen. Die jetzige Formulierung „die Krankenkassen haben einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken“ verpflichtet die Kassen nicht ausdrücklich dazu, bis zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, also auch vor 2009, vorhandene technische Lösungen zu nutzen.

Nach dem Gesetzentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes soll die Übermittlung von arztindividuellen Verordnungsdaten eingeschränkt werden, um zukünftig eine missbräuchliche Nutzung durch pharmazeutische Unternehmen zu unterbinden. Wie wir hierzu in der Anhörung darstellten, werden durch die vorliegende Formulierung des Gesetzentwurfs jedoch zusätzlich auch die Interessen von Ärzten und Anbietern von Arztinformationssystemen in einer Weise beschnitten, die nicht nur mit der eigentlichen Intention des Entwurfs nichts zu tun hat, sondern dieser sogar diametral entgegensteht.

Durch die Übermittlung und Analyse von Leistungs- und insbesondere Verordnungsdaten wird bereits heute mittels zahlreicher Systeme im Markt ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen geleistet. Außerdem wird durch den geplanten Ausschluss einer praxisbezogenen Aufbereitung von Arzneimittelverordnungsdaten in die Berufsfreiheit der Arztinformationssystemanbieter und privater Dienstleistungsanbieter eingegriffen. Hierdurch wird in dem betroffenen Sektor eine berufliche Tätigkeit, nämlich die Bereitstellung arztindividueller Informationen über Arzneimittelverordnungen, monopolisiert, indem bestimmte Dienstleistungen auf einen Anbieter beschränkt werden. Private Anbieter haben aufgrund dieser ausschließlichen Aufgabenzuweisung nicht mehr die Möglichkeit, im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eigene entsprechende Dienstleistungen anzubieten und zu erbringen. Ihnen verbleibt allenfalls noch die Möglichkeit, allgemeine Informationen über einen regionalen Bereich ohne individuellen Bezug im freien Wettbewerb anzubieten.

Für weitere Informationen und Gespräche stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit zur Verfügung. Als Anlagen fügen wir diesem Schreiben nochmals unsere Stellungnahme sowie die Fragen und Antworten zur Anhörung bei.

Mit freundlichen Grüßen

Ursula Keller
Geschäftsführerin

Anlagen:

Stellungnahme zum GKV-WSG

Fragen und Antworten zum Anhörungsblock I Finanzierung

Fragen und Antworten zum Anhörungsblock IV Medizinische Versorgung



Stellungnahme
Verband Deutscher Arztinformationssystemhersteller und Provider e. V.
zum Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz-GKV-WSG)
07.11.2006

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) hat sich zum Ziel gesetzt, dass die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens modernisiert und neu geordnet werden:

Dazu zählen unter anderem:

- Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringer soll transparenter, flexibler und wettbewerbsfähig ausgestaltet sein.
- Bürokratieabbau
- Aufbau von neuen effizienten medizinisch-technischen Fortschritts

Im Zuge der Konzentration der öffentlichen politischen Debatte auf Themen wie Gesundheitsfond, monatliche Patientenzahlung etc. sind offensichtlich andere entscheidende und für das Gesundheitswesen zukunftsweisende Themen wie die künftige Gesundheitstelematik ins Hintertreffen geraten. Die Weichenstellungen für die IT des Gesundheitswesens sind jedoch nicht nur für unsere Branche, sondern auch für alle am System Beteiligten von zentraler Bedeutung. Daher nehmen wir wie folgt zu den bisher im GKV-WSG vorgesehenen gesetzlichen Regelungen Stellung:

Zu § 15 SGB V

In § 15 Abs. 6 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Die Krankenkassen haben einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken."

Entgegen den ausdrücklichen Entscheidungen in **den Eckpunkten der Koalition** enthält der Gesetzentwurf **keinerlei verpflichtende Entscheidungen** zur Nutzung schon heute vorhandener Möglichkeiten, z.B. **den Missbrauch von Versichertenkarten zu bekämpfen** (Eckpunktepapier Arzneimittelversorgung Lfd. Nr. 6f). Die Formulierung im 15 § verpflichtet die Kassen ausdrücklich nicht, wie im Eckpunktepapier vorgesehen!

Damit wird eine wirksame Möglichkeit der Missbrauchsbekämpfung, der Senkung von Kosten und der Gewinnung von politischer Kompetenz vergeben bzw. wird bis zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eher in 2010) verhindert.



Unsere Empfehlung: Die Krankenkassen werden gesetzlich dazu verpflichtet, die bereits eingesetzten Lösungen zum Versichertenkartenmissbrauch – ggf. auch übergangsweise - unverzüglich und flächendeckend einzuführen. Eine solche Verpflichtung hat das erfreuliche Ergebnis zur Folge, jährlich bis zu 2 Milliarden Euro eingespart werden können.

Zu §§ 291a, 291b SGB V

Der Entwurf zeigt in Ansätzen in die richtige Richtung, ist insgesamt aber aus Industriesicht unbefriedigend und birgt nach wie vor die Gefahr der Monopolisierung.

Zwar soll die Neuregelung des § 291b Abs. 1b) Satz 5 SGB V vorsehen, dass Anbieter zum Betrieb der Telematikinfrastruktur zuzulassen sind - dies ist ein richtiger Schritt. Jedoch soll diese Regelung erst ab dem 01.01.2009 gelten.

Aus der Begründung ergibt sich, dass in der Phase des Systemaufbaus das Vergabeverfahren durch die gematik und ihre Gesellschafter durchgeführt werden soll. Die gematik vergibt also Aufträge; Anbieter können nur auf dem Markt tätig werden, wenn und soweit sie Aufträge der gematik oder deren Gesellschafter erhalten. Daraus folgt: Zunächst werden mit dem operativen Start der gematik-Tätigkeit die bestehenden Märkte geschlossen. Die derzeitigen Anbieter können nur tätig werden und bleiben, soweit sie einen Auftrag von der gematik erhalten. In dieser Phase findet der Systemaufbau statt.

Erst wenn die Systeme aufgebaut sind, wird das Vergabeverfahren durch das Zulassungsverfahren ersetzt. Dann können sich alle Anbieter, die die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, zulassen lassen. Sie müssen dann aber zu den Anbietern in Wettbewerb treten, die - aufgrund der Vergabe in der Startphase - ihre Systeme bereits aufgebaut haben und in dem Markt etabliert sind. Mit anderen Worten: Zunächst wird den derzeitigen Anbietern der Boden entzogen, der Markt geschlossen und ein Monopol (Vergabe durch gematik) errichtet. Später wird der Markt wieder geöffnet, dann aber müssen die Newcomer gegen die unter dem Schutz des Vergabeverfahrens bereits etablierten Unternehmen antreten.

Diese Regelung sieht damit also die zeitlich befristete Errichtung eines Monopols vor. Den derzeitigen Anbietern hilft es nicht, wenn das Monopol später aufgehoben wird, wenn sie jetzt dem Monopol zunächst weichen müssen. In jedem Fall ist anzustreben, dass bereits mit den 10.000er Tests in das Zulassungsverfahren eingestiegen wird.

Durch eine Finanzierung von 1 EUR je Versichertem und Jahr ist zu befürchten, dass die gematik als immenser bürokratischer Apparat aufgebaut wird. Werden die Aufgaben der gematik auf Spezifikation und Zulassung beschränkt, werden deutlich geringere jährliche Kosten anfallen. Des Weiteren können Sonderlösungen zur Finanzierung von Krankenhäusern entfallen, wenn die Telematikleistungen transaktionsorientiert für alle Leistungserbringer honoriert werden. Damit ist außerdem die Bereitschaft zur Investition bei den Leistungserbringern gegeben und die Betriebskosten werden gedeckt.



Die gravierendsten Nachteile der aktuell hier vom BMG entworfenen Vorgehensweise sind jedoch folgende Punkte:

1. Der Entwurf und Aufbau des Systems erfolgt monolithisch, d. h. die gematik und Ihre angeschlossenen Organe verzichten weiterhin auf die enormen Kräfte eines marktwirtschaftlichen Geschehens in Deutschland.
2. Die verzögerte Öffnung zu einem marktwirtschaftlichen Ansatz schafft unnötige Begehrlichkeiten der aktuell handelnden Personen und Institutionen aus dem Umfeld der gematik. Sie verhindert, durch Blockierung der bestehenden Lösungsansätze, deren Möglichkeiten zum Ausbau der bereits vorhandenen Potentiale zur Effizienz- und Qualitätssteigerung, welche seit nunmehr bald fünf Jahren hätten genutzt werden können.

Zu § 305a SGB V

Nach der Begründung des Gesetzentwurfes soll das GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) den Wettbewerb im einschlägigen Bereich stärken um dadurch Kosteneinsparungen auszulösen. Der Entwurf zur Ergänzung des § 305a SGB V entspricht jedoch diesem Ziel nicht, er verhindert es vielmehr aus folgenden Gründen:

1. Die Einschränkung der Datenweitergabe hat mit der Stärkung von Wettbewerb nichts zu tun. Vielmehr werden hier Aufgaben und Befugnisse einmal mehr von der Privatwirtschaft auf den Staat monopolisiert.
2. Unabhängig von Punkt 1 wird der Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit des Ordnungsverhaltens nicht gefördert sondern gerade behindert. Die Begründung zur Ergänzung des § 305 a SGB V sagt selbst ausdrücklich: „Ein schützenswertes Recht der Pharmaunternehmen, das ärztliche Ordnungsverhalten individuell zu überprüfen und zu steuern, besteht nicht, wenn dies mit dem sozialstaatlich legitimierten Ziel einer strikten Bindung der Ordnungen ausschließlich an die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, der Zweckmäßigkeit und der medizinischen Notwendigkeit kollidiert“. Dies ist jedoch gerade nicht der Fall, denn die Weitergabe der Daten an Auswertungsstellen unterstützt diese Ziele gerade. Grundsätzlich trägt Transparenz zu mehr Wettbewerb bei. Statistische Auswertungen durch Dienstleister und Information durch die pharmazeutische Industrie auf Basis des individuellen Ordnungsverhaltens sind die wesentlichen Bausteine für effizientes und damit wirtschaftliches Ordnungsverhalten. Damit ist ein Weitergabeverbot kontraproduktiv. Dies wird auch unterstützt durch eine uns vorliegende Studie, die wir Ihnen gerne zur Verfügung stellen können.

Es gibt noch weitere formale Einwände gegen das Gesetz, wie die Nichtbeschränkung auf den GKV-Bereich und ggfs. einen Verstoß etwa gegen die Berufsausübungsfreiheit, Eigentums-garantie der Art 12, 14 GG. Bei letzterem wird man vor dem Hintergrund des Verhältnismäßig-keitsgrundsatzes fragen dürfen, weshalb ein solches Verbot eine notwendige, geeignete und ver-hältnismäßige Einschränkung der benannten Rechtsgüter sein soll.



Insbesondere verfassungsrechtlich höchst bedenklich ist der Umstand, dass der Gefahr einer Beeinflussung des Arztes durch den Pharmaberater mit dem Ziel einer Optimierung des vertrieblichen Erfolgs von pharmazeutischen Unternehmen dadurch begegnet werden soll, dass generell nur noch die Verarbeitung von auf eine gesamte Region einer Kassenärztlichen Vereinigung aggregierte Daten zulässig ist. Es wird hier „mit Kanonen auf Spatzen geschossen“, was mithin einen klassischen Fall eines Verstoßes gegen den geltenden Verhältnismäßigkeitgrundsatz darstellt.

Die Frage der Vereinbarkeit der avisierten Änderungen zu § 305 a SGB V mit geltendem Recht, insbesondere Verfassungsrecht, wird derzeit auch durch in dem einschlägigen Gebiet fachkundige Rechtsanwälte geprüft. Dies gilt insbesondere auch für Projekte wie den „Therapiereport“ unserer Mitgliedsunternehmens ifap, für das einzelne Verträge mit den teilnehmenden Ärzten abgeschlossen werden.

Die avisierte Ergänzung zu § 305a SGB V darf damit nicht verabschiedet werden und muss gänzlich unterbleiben. Sie ist aus den dargelegten Gründen nicht geeignet und erforderlich, den in der Gesetzesbegründung enthaltenen Zielen zu dienen. Ohne diesen Standpunkt zu verlassen haben wir gleichwohl im Sinne eines konstruktiven Beitrages Ergänzungen bzw. Änderungen in den Entwurf und die Begründung zu § 305 SBG V eingearbeitet (vgl Anlage 1), die aus unserer Sicht sicherstellen, dass dem formulierten Anliegen Rechnung getragen wird ohne dass damit in unverhältnismäßiger und unwirtschaftlicher Weise in die Regelungen zur Verarbeitung von Verordnungsdaten eingegriffen wird.

Unsere Empfehlung:

§ 305 a SGB V werden folgende Sätze angefügt:

Ist gesetzlich nichts anderes bestimmt, dürfen Vertragsärzte Daten über von ihnen im Rahmen der GKV verordnete Arzneimittel, nur solchen Stellen übermitteln, die sich verpflichten, die Daten ausschließlich als Nachweis für die in einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer größeren Region insgesamt in Anspruch genommenen Leistungen zu verarbeiten, sofern diese Verarbeitung der vertrieblichen Erfolgskontrolle von pharmazeutischen Unternehmen dient; eine für den vorgenannten Zweck bestimmte Verarbeitung dieser Daten mit regionaler Differenzierung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung, für einzelne Vertragsärzte oder Einrichtungen sowie für einzelne Apotheken ist unzulässig. Satz 4 gilt auch für die Übermittlung von Daten über die nach diesem Buch verordnungsfähigen Arzneimittel durch Apotheken, den Großhandel, Krankenkassen sowie deren Rechenzentren.

Änderungsvorschlag zur Begründung

Zu Nummer X (§ 305a)

Durch die Regelung wird der Schutz der Arzneimittelverordnungsdaten verbessert. Die Aufbereitung dieser Daten in einer Detailliertheit, die Verordnungen einzelner Vertragsärzte nachvollziehbar macht, durch Dritte, die hierzu nicht ausdrücklich gesetzlich befugt sind, wird datenschutzrechtlich dann unterbunden, wenn die Verarbeitung dieser Daten dazu bestimmt ist, der vertrieblichen Erfolgskontrolle von pharmazeutischen Unternehmen zu dienen .



Damit wird die Aufgabe des Pharmaberaters auf die eigentlichen Zwecke des Arzneimittelgesetzes zurückgeführt, nämlich die Information des Arztes. Ein schützenswertes Recht der Pharmaunternehmen, das ärztliche Ordnungsverhalten individuell zu überprüfen und zu steuern, besteht nicht, wenn dies mit dem sozialstaatlich legitimierten Ziel einer strikten Bindung der Ordnungen ausschließlich an die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, der Zweckmäßigkeit und der medizinischen Notwendigkeit kollidiert. Es wird gewährleistet, dass die arztbezogene Steuerung der ärztlichen Ordnungsweise ausschließlich durch die Partner der Selbstverwaltung erfolgt.

Die Regelung bezieht neben den Vertragsärzten, den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen auch die Datenübermittlung durch Apotheken und den Großhandel ein, soweit es sich um Arzneimittel handelt, die in der gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähig sind und bei denen davon auszugehen ist, dass sie in überwiegendem Umfang zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

Durch die Aggregation der Daten für die Region einer Kassenärztlichen Vereinigung wird ein Rückschluss auf das Ordnungsverhalten einzelner Ärzte durch Dritte, die nicht durch das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch hierzu ermächtigt sind, ausgeschlossen. Der Gesetzgeber hat eine arztbezogene Steuerung der ärztlichen Ordnungsweise ausschließlich den Partnern der Selbstverwaltung vorbehalten. Damit soll die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen gewährleistet werden. Das Recht der Pharmazeutischen Unternehmen, einzelne Ärzte sachgerecht über die eigenen Produkte zu informieren, bleibt unberührt. Unberührt bleibt auch das Recht des Erwerbs und der Verwertung von Ordnungsdaten durch die Hersteller oder Anbieter von Arzneien oder in deren Auftrag. Eine Verarbeitung und Nutzung von Daten über verordnete Arzneimittel durch Dritte bleibt möglich, soweit und sofern diese Verarbeitung und Nutzung nicht für die vertriebliche Erfolgskontrolle für pharmazeutische Unternehmen bestimmt ist. Eine Verarbeitung und Nutzung von Daten über verordnete Arzneimittel, die für die Region einer Kassenärztlichen Vereinigung aggregiert sind durch die pharmazeutische Industrie bleibt möglich. Damit wird den legitimen Interessen der Pharmaunternehmen Rechnung getragen. Die Verpflichtung zur Abstimmung einer entsprechenden Datenverarbeitung mit dem Datenschutzbeauftragten soll dazu beitragen, dass Missbräuche zum Zwecke der Absatzförderung vermieden werden.

Weiterhin zulässig ist die Verarbeitung und Nutzung für gesetzlich vorgesehene Zwecke. Dies sind der Verarbeitung eigener Abrechnungsdaten zur Verwendung durch den Auftraggeber (Arzt, Apotheke, Großhandel) insbesondere die Abrechnung mit den Krankenkassen, die Information der Ärzte über verordnete Leistungen, die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die § 303f genannten Zwecke, insbesondere die Forschung. In diesem Rahmen haben die Anbieter ordnungspflichtiger Leistungen sowie Dritte weiterhin die Möglichkeit, Daten über das Ordnungsverhalten arztbezogen aufzubereiten. Allerdings soll die Verpflichtung zur Offenlegung solcher Vorhaben gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung dazu beitragen, dass Missbräuche zum Zwecke der Absatzförderung entsprechend der Vorschrift des Arzneimittelgesetzes durch die Offenlegung von Anwendungsbeobachtungen (§ 67 Arzneimittelgesetz) vermieden werden.



Dass Deutschland seine international führende Rolle in der Informationstechnologie des Gesundheitswesens behalten kann, sieht der VDAP als wichtigste Grundlage für den freien Wettbewerb unter den Anbietern der Industrie. Nur er ermöglicht die Lösungsvielfalt, die für die optimale Vernetzung sämtlicher Beteiligten des Gesundheitswesens notwendig ist. Wenn man versucht, diesen Markt durch zentrale Betreiberstrukturen zu regulieren, beraubt man ihn seiner Kräfte. Eben das geschieht aber im Zuge der sogenannten Gesundheitsreform. Die Leidtragenden eines solchen Versuchs sind alle Beteiligten im Gesundheitswesen, vor allem aber die Versicherten und damit die Patienten.

Durch eine Fehlsteuerung, wie sie derzeit politisch verankert wird, wird darüber hinaus die Schaffung Tausender neuer und zukunftsfähiger Arbeitsplätze verhindert. Wenn man auch in Zukunft Deutschland im Gesundheitswesen als Hightech-Standort erhalten will, dann muss man Hightech auch zulassen und eben nicht durch Einbahnstraßen und Sackgasen blockieren und verhindern.

Anhörungsblock I Finanzierung

Botschaften VDAP:

Entgegen den ausdrücklichen Entscheidungen in den Eckpunkten der Koalition enthält der Gesetzentwurf keinerlei verpflichtende Entscheidungen zur Nutzung schon heute vorhandener Möglichkeiten, z.B. den Missbrauch von Versichertenkarten zu bekämpfen (Eckpunktepapier Arzneimittelversorgung lfd. Nr. 6f; anders § 15 Referentenentwurf GKV WSG: „die Krankenkassen haben einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken.“ Diese Formulierung verpflichtet die Kassen ausdrücklich nicht, wie im Eckpunktepapier vorgesehen!) Damit wird eine wirksame Möglichkeit der Missbrauchsbekämpfung, der Senkung von Kosten und der Gewinnung von politischer Kompetenz bisher vergeben bzw. wird bis zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eher in 2010) verhindert.

- Es wird vorgeschlagen, in § 15 SGB V eine Regelung aufzunehmen und die Kassen entsprechend zu verpflichten bis zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vorhandene Lösungen einzusetzen.

Entgegen den schon heute vorhandenen technischen Möglichkeiten (und den impliziten Entscheidungen in den Eckpunkten der Koalition) enthält der Referentenentwurf keinerlei Entscheidungen zur Nutzung heute schon vorhandener Möglichkeiten, wie z.B. Rezepte, eFormulare usw. (ab einem zu bestimmenden Stichtag, beispielsweise 1.7.2007) elektronisch auszustellen und alle Beteiligten zu verpflichten, sich diesen Verfahren anzuschließen – wie schon zuvor (1995) geschehen bei der Verpflichtung der Kassen, die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung nur noch elektronisch einzuziehen. Damit werden die Möglichkeit nicht genutzt, mehr Transparenz und Wettbewerb – auch auf der Seite der Technik-Anbieter – herzustellen und „Interaktionskosten“ im Gesundheitswesen zu senken.

- Es wird vorgeschlagen, entsprechende Regelungen in den Gesetzentwurf aufzunehmen

Die Einführung des Zulassungsverfahrens erst ab dem 01.01.2009 bedeutet, dass bis zu diesem Zeitpunkt ein zeitlich befristetes Monopol aufgebaut wird. Die Anbieter, welche erst nach dem 01.01.2009 zum Zuge kommen, müssen dann zu den Anbietern in Wettbewerb treten, die - aufgrund der Vergabe in der Startphase - ihre Systeme bereits aufgebaut haben und in dem Markt etabliert sind. Zunächst wird den meisten der derzeitigen Anbietern der Boden entzogen, der Markt geschlossen und ein Monopol (Vergabe durch gematik) errichtet. Später wird der Markt wieder geöffnet, dann aber müssen die Newcomer gegen die unter dem Schutz des Vergabeverfahrens bereits etablierten Unternehmen antreten.

- Es wird vorgeschlagen das Zulassungsverfahren bereits für die Testphasen einzuführen

Fragen:

Was können Sie uns sagen zu der Leistungsfähigkeit der heutigen Gesundheitstelematik, bezogen auf die neuen und komplexen Prozesse (z.B. Selektivvertragssystem § 72b, 73c, 140a), die sich aus dem Gesetzentwurf für die Zukunft ergeben. Und was leistet die Telematik heute schon, hinsichtlich mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Deutschen Gesundheitswesen.

- Können Sie uns dazu Beispiele nennen?

Würden die Arztinformationssystem Anbieter sagen, dass man heute schon „Zwischenschritte“ gehen kann auf dem Weg zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, und dass damit Wirtschaftlichkeit gesteigert und die Erschließung von Einsparpotentialen sowie Verhinderung von z.B. Versichertenkartenmissbrauch unmittelbar realisiert werden kann?

- Haben Sie dafür Beispiele?
- Wie sollte Ihrer Ansicht nach die Anwendung solcher „Zwischenschritte“ gefördert werden?

Antworten:

Die Leistungsfähigkeit moderner Arztinformationssysteme wird heute aufgrund mangelnder Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen, aufgrund der Verzögerungseffekte des monolithischen Großprojektes der „eGK“ sowie aufgrund der leider immer noch ungeeigneten gesetzlichen Rahmenbedingungen bei weitem nicht ausgeschöpft.

Eine zeitnahe Umsetzung medizinisch relevanter Anwendungen - wie z.B. der elektronischen Patientenakte, des elektronischen Rezepts oder des Versichertenclearing – ist technisch und wirtschaftlich möglich und Versicherte, Leistungserbringer und Kostenträger würden gleichermaßen von der Vermeidung von Doppeluntersuchungen, unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Bürokratieabbau sowie Vermeidung von Versichertenkartenmissbrauch profitieren. (Beispiele VERAX Liste und andere, 18.000 Tote jährlich durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen).

Um diese Effekte zu realisieren, ist es notwendig, dass die Kostenträger verpflichtet werden, eine vom Versicherten gewünschte und zur Nutzung den Leistungserbringern bereitgestellte elektronische Patientenakte zu fördern, indem sie einen Teil der Kosten dem Versicherten erstatten. Außerdem müssen die Kostenträger zur Annahme elektronisch gelieferter Daten, wie z.B. elektronischer Formulare und des eRezeptes verpflichtet werden.

Ergänzend zu den von der gematik vorgeschlagenen Konzepten zur Standardisierung der Schnittstellen der unterschiedlichen eingesetzten Systeme schlägt der VDAP daher folgenden Aktionsplan zur raschen und sicheren Umsetzung der Gesundheitstelematik in Deutschland vor:

1. Aufbau/Betrieb Telekommunikationsinfrastruktur

- Die Telekommunikationsinfrastruktur (TKI) wird durch die Industrie Nutzer orientiert und im freien Wettbewerb und kompatibel bereitgestellt und betrieben. Die beteiligten Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger entscheiden, was bedarfsgerecht bzw. marktgerecht ist.

- Die gematik begleitet die Entwicklung der Sicherheitsstandards sowie der erforderlichen Schnittstellen für die Kommunikation mit den Kostenträgern, bietet jedoch selbst keine Betreiberleistung oder sonstige Produkte und Dienstleistungen an.
- Vorhandene und anerkannte Sicherheitsinfrastrukturen werden ausgebaut und übergangsweise genutzt. Gleiches gilt für notwendige Schnittstellen zu den Kostenträgern (Beispiel Versichertenclearing)
- Die Industrie unterstützt den Entwicklungsprozess der gematik zu Standards und Schnittstellen und verpflichtet sich, diese bei Verfügbarkeit umzusetzen.
- Zeitdauer: Nutzungsbereitschaft innerhalb von 3 Monaten

2. Einführung des Versichertenclearings

- Der VSDD wird aufgeteilt in einen Kassen internen Dienst (*VSDD Kasse*) und einen externen Dienst (*VSDD extern*). VSDD extern umfasst die Interaktion mit den Leistungserbringern und liefert dem VSDD Kasse die erforderlichen Informationen zur Durchführung der Autorisierung und Rückmeldung an den Leistungserbringer. VSDD extern wird als Service durch qualifizierte Anbieter aus der Industrie angeboten.
- Die Industrie startet mit bestehenden Lösungen.
- Die gematik begleitet die Entwicklung der Datensatzformate für Blacklist, Whitelist, Kommunikationsschnittstelle und Versichertendatenabgleich.
- Die Industrie berät die gematik anhand bestehender Lösungen.
- Zeitdauer etwa 3 Monate

3. eRezept: Beginn ohne HBA/eGK auf Rezeptformular (Muster 16) und schrittweiser Übergang auf voll elektronische Verfahren nach Verfügbarkeit des HBA und der eGK.

- Die Übermittlung des digitalen Verordnungsdatensatzes ist auch ohne HBA und eGK ohne Medienbruch möglich. Die Verordnungsdaten werden von den Ärzten verschlüsselt auf Verordnungsserver übertragen, die Identifizierung und Entschlüsselung einer Verordnung erfolgt mit Hilfe eines Tickets, welches als Barcode auf dem Rezeptformular (Muster 16) aufgedruckt wird.
- Die parallele – zeitlich begrenzte – Übermittlung des Papierrezeptes dient zur Autorisierung der Verwendung des Verordnungsdatensatzes und bis zur Einführung des HBA zu weiteren Legitimations- und Revisionszwecken
- Schrittweiser Übergang auf rein elektronische Verfahren.
- Alle Dienste werden von der Industrie im freien Wettbewerb Kostenträgern, Patienten und Leistungserbringern angeboten.
- Zeitdauer etwa 6 Monate

4. Positive Auswirkungen auf die Einführung der eGK

- Der vorgeschlagene Aktionsplan garantiert den Aufbau einer funktionierenden Telematikinfrastruktur unabhängig und zeitlich entkoppelt von der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.
- Im weiteren Fortgang wird die eGK in den aufgezeigten Anwendungen von immer mehr Menschen in einer funktionierenden Telematikinfrastruktur genutzt und ermöglicht dann (in Kombination mit den elektronischen Heilberufs- und Berufsausweisen) sukzessive den Verzicht auf Papierbelege.
- Gleichzeitig werden wesentliche Investitionsrisiken gemindert, da die medizinisch bedeutsamen Anwendungen der eGK (z.B. Arzneimitteldokumentation) beim Abschluss des eGK Roll-Outs bereits vollständig in der Fläche verfügbar sein könnten.

- Die zeitnahe Stufenweise Umsetzung des Projektes „eGK“ und die damit erreichten Einsparungen sichern dessen Finanzierung und entlasten darüber hinaus die öffentlichen Haushalte in Milliardenhöhe.
- Durch die Umsetzung medizinisch relevanter Anwendungen (elektronische Patientenakte, Interaktionscheck, ...) profitieren darüber hinaus Versicherte (Patienten), Leistungserbringer und Kostenträger gleichermaßen.
- Ein gleitender Übergang von der bestehenden Krankenversichertenkarte erleichtert die Einführung der eGK.
- Allein die Verifikation der Versicherungsverhältnisse und die damit verbundene Eindämmung des Kartenmissbrauches erschließen den Kassen ein Einsparpotenzial von mehr als 1 Mrd. € p.a

Hierzu wäre erforderlich das im Gesetzentwurf folgende Punkte verbindlich aufgenommen werden:

- Verpflichtung der Kostenträger zur Teilnahme am VSDD Kasse
- Möglichkeit der Beteiligung der Leistungserbringer am Einsparpotential der beschriebenen Verfahren
- Verpflichtung der Apotheken und Kostenträger zur Annahme des elektronischen Rezeptes
- Kurzfristige Einführung der elektronischen Heilberufsausweise (HBA) bei nötigenfalls befristeter Zulassung alternativer Verfahren

Zugeordnet zu Nummer 153 (§ 221)

Zu Buchstabe a

Der Bund leistet im Jahr 2008 insgesamt Zuschüsse in Höhe von 1,5 Mrd. Euro zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen an die gesetzliche Krankenversicherung. Die Zahlung erfolgt wie bisher zum 1. Mai und zum 1. November in gleichgroßen Teilbeträgen über das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen. Ab dem Jahr 2009 erfolgt die Zahlung des Bundeszuschusses an den dann bis dahin errichteten Gesundheitsfonds. Die Zuschüsse des Bundes für die Jahre 2006 (4,2 Mrd. Euro) und 2007 (1,5 Mrd. Euro).

Anhörungsblock IV Medizinische Versorgung

A. Ärztliche und zahnärztliche Versorgung

Botschaft VDAP

Im Rahmen der integrierten Versorgung sollten hinsichtlich der Förderungswürdigkeit Regelungen aufgenommen werden, wonach eine Förderung nach § 140 SGB V nur möglich ist, wenn für die Geschäftsprozesse die Möglichkeiten der elektronischen Kommunikation nach dem jeweiligen Stand der Technik genutzt werden.

Frage:

Sind die Arztinformationssysteme sowie die heute vorhandene und genutzte Telematikinfrastruktur zur Schaffung von Transparenz, zur Bereitstellung zeitnaher Informationen sowie zur Vermeidung von unnötiger Bürokratie im Rahmen der integrierten Versorgung nach §140a ff in der Lage, und können diese Systeme die komplexen und neu benötigten Prozesse zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern wirtschaftlich und kurzfristig abbilden (gilt analog auch für §73b und 73c)?

Antwort:

Heute bereits ist die Erfassung und Abrechnung von DMP sowie Verträgen zur Integrierten Versorgung (§140 SGB V) integraler Bestandteil von Arztinformationssystemen. Dass dennoch die meisten Abrechnungen in Papierform auf dem Postwege versendet werden ist dem Umstand geschuldet, dass auch hier, wie in vielen anderen Bereichen des Gesundheitswesens, die mangelnde Vernetzung der Akteure untereinander immer wieder zu kostspieligen Medienbrüchen, Zeitverlust und unnötigen Prozesskosten führt.

Die Arztinformationssysteme von heute (nicht erst die von morgen) sind in der Lage, die Geschäftsprozesse für die neuen Versorgungsformen (Selektivverträge § 72b, 72c, 140a usw.) elektronisch abzubilden und somit einen erheblichen Beitrag für eine wirtschaftlichere und effizientere Versorgung zu leisten. (Beispiel Kosten Papier/elektronischer Versand)

Die schnellere Ausweitung der Vernetzung unter den Akteuren des Gesundheitswesens wird jedoch erheblich durch das Projekt „Einführung der elektronischen Gesundheitskarte“ behindert. Die mehrfach revidierten Terminpläne, der monolithische Ansatz, sowie die nicht geklärten konzeptionellen Fragen in diesem Projekt verhindern, dass erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven im deutschen Gesundheitswesen kurzfristig erschlossen werden können. (Beispiele z.B. Verax)

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation entstehen bis zu 40% der Kosten im Gesundheitssektor durch Information und Kommunikation. Eine durchgängige Gesundheitstelematikinfrastruktur reduziert Medienbrüche, Zeitverluste und Fehlerquellen.

Wir schlagen deshalb für die Bereiche der neuen Versorgungsformen (Selektivvertragsystem) vor, die vorhandenen technischen Möglichkeiten der Gesundheitstelematikindustrie zu nutzen und verbindliche Regelungen hierzu in den einschlägigen Paragraphen (73b, 73c, 140a) aufzunehmen. Nur so kann verhindert werden, dass für die neuen Versorgungsbereiche keine überbordenden bürokratischen Prozesse aufgebaut werden, die dann erst mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (wahrscheinlich nach 2010) erst langsam wieder abgebaut werden.

Zugeordnet zu Nummer 119 (§ 140a Abs. 1),

Buchstabe a

Die integrierte Versorgung hat sich gut entwickelt. Bei der hierfür zuständigen Registrierungsstelle sind zum Stichtag 30. Juni 2006 2590 Verträge gemeldet worden. Häufig handelt es sich um Verträge, die auf bestimmte medizinische Indikationen ausgerichtet sind (z.B. Hüft- und Knieendoprothesen) mit regionalem Bezug. Darüber hinaus werden jedoch vermehrt auch breiter angelegte Verträge abgeschlossen. Diese Entwicklung ist zu unterstützen. Für Verträge, die nach dem 1. April 2007 abgeschlossen werden, stehen daher künftig durch die Neufassung des § 140d Abs. 1 nur dann Mittel der Anschubfinanzierung zur Verfügung, wenn diese Verträge eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung zum Gegenstand haben. Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ist insbesondere dann anzunehmen, wenn entweder in einer größeren Region (z.B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in einer integrierte Versorgung angeboten wird oder in einer auch kleinere Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehen der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird. Neue Integrationsverträge, die keine bevölkerungsbezogene Flächendeckung zum Gegenstand haben, bleiben möglich, erhalten jedoch keine Mittel aus der Anschubfinanzierung (weitere Einzelheiten vgl. unten § 140d Abs. 1, Buchstabe a).

B. Krankenhausversorgung

Botschaft VDAP:

- **Entgegen** den ausdrücklichen Entscheidungen in **den Eckpunkten der Koalition** enthält der Gesetzentwurf **keinerlei verpflichtende Entscheidungen** zur Nutzung schon heute vorhandener Möglichkeiten z.B. **den Missbrauch von Versichertenkarten zu bekämpfen**. (Eckpunktepapier Arzneimittelversorgung lfd. Nr. 6f; anders § 15 Referentenentwurf GKV WSG: „die Krankenkassen haben einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken. “Diese Formulierung verpflichtet die Kassen ausdrücklich nicht, wie im Eckpunktepapier vorgesehen!“)
- Damit wird eine wirksame Möglichkeit der Missbrauchsbekämpfung, der Senkung von Kosten und der Gewinnung von politischer Kompetenz bisher vergeben bzw. bis zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eher in 2010) verhindert.

Fragen:

- Wie kann der Missbrauch von Krankenversichertenkarten im stationären Bereich (siehe neuestes Beispiel MHH Hannover)¹ bis zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte aus Sicht des VDAP signifikant eingedämmt werden?
- Ist durch den Einsatz vorhandener ITK Lösungen zur besseren sektoralen Vernetzung ein signifikantes Einsparpotenzial im Stationären Bereich zeitnah zu erschließen Wenn ja kann dieses beziffert werden?

¹ Beispiel MMH Hannover: Herz-Op mit gestohlener Chipkarte erschlichen

Betrüger schädigt Medizinische Hochschule Hannover um 21 000 Euro / Defibrillator-Kennzeichnung als Beweis

HANNOVER (cben). Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) hat durch einen Betrüger 21 000 Euro verloren. Ein offenbar nicht krankenversicherter Mann hatte sich im Februar 2006 mit einer gestohlenen AOK-Versicherungskarte in der MHH einen Defibrillator einsetzen lassen.

Der 53jährige Patient war mit akuten Herzproblemen aus dem Krankenhaus Neustadt überwiesen worden. "Wir haben sofort operiert", sagte MHH-Sprecher Stefan Zorn. Die Klinik verließ sich auf die Angaben des überweisenden Krankenhauses und des Patienten, auch weil er eine Versichertenkarte vorlegte. Aus Kreisen der MHH hieß es, daß Behandlungen oft schon vor der Zusage der Kostenübernahme begonnen würden.

Aufgeflogen ist der Schwindel um die Herz-Op schließlich, weil der Mann die Zuzahlungen an die MHH nicht leistete. Im Neustädter Krankenhaus hatte er seine Zuzahlungen noch bar beglichen. In der MHH indessen war der Patient verschwunden, ohne bezahlt zu haben. Darauf wandte sich das Krankenhaus an den tatsächlichen Besitzer der Karte, der nichts von der Operation wußte.

Identifiziert wurde der Betrüger, weil er in der MHH seine Mobil-Telefonnummer hinterlassen hatte. Im Gerichtsverfahren werde der Beweis des Betruges nicht schwerfallen, sagte Zorn. "Die Defibrillatoren sind gekennzeichnet. Wir können mit einem Lesegerät zeigen: Der betreffende Patient hat ein Implantat im Körper, das wir offiziell einem anderen eingesetzt haben." Der Betrugsfall sei eine Seltenheit, in den letzten sechs Jahren sei an der MHH Vergleichbares nur zweimal vorgekommen.

Antwort:

Der konsequente und kompatible Einsatz von modernen Informationstechnologien in Verbindung mit intra- und interinstitutioneller Vernetzung eröffnet den Raum zu mehr Effizienz, Integration, Vergleichbarkeit und Wissenstransfer bei allen klinischen und administrativen Prozessen im deutschen Gesundheitswesen.

Die schon jetzt in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen vorhandene - zum Teil redundante Datenmenge - wird künftig noch größere Ausmaße annehmen, was den Einsatz einer gemeinsamen digitalen Infrastruktur dringend erforderlich macht. Unabdingbare Voraussetzung für einen breiten Einsatz von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien bei der Gesundheitsversorgung ist eine gemeinsame und kompatible Infrastruktur die zeitnah (nicht erst 2010) zur Verfügung stehen muss.

Beispiele wie das des MMH in Hannover könnten heute bereits verhindert werden, wenn die vorhandenen technischen Lösungen der Arztinformationssystemanbieter nicht nur von einzelnen Krankenkassen genutzt würden. Das Beispiel (Beispiel Leu aus einem Krankenhaus)..... zeigt, dass auch bzw. gerade im stationären Bereich signifikante Einsparpotentiale gehoben werden durch Vermeidung des Missbrauchs von Krankenversichertenkarten.

Der VDAP schlägt daher vor im § 15 SGB V - so wie im Eckpunktepapier der Regierung vorgesehen - eine verpflichtende Regelung zur Bekämpfung des Versichertenkartenmissbrauchs aufzunehmen. Die jetzige Formulierung „**die Krankenkassen haben einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken**“ verpflichtet die Kassen nicht ausdrücklich, bis zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, also auch vor 2009 vorhandene technische Lösungen zu nutzen.

Zugeordnet zu Artikel 15 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Um die Krankenhäuser an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung zu beteiligen, sollen sie einen Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt einem Prozent der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen erbringen. Davon werden rd. 0,2 Prozentpunkte durch die Absenkung der Mindererlösausgleichsquote in § 4 Abs. 9 Satz 2 von bisher 40 auf 20 Prozent erbracht; die Regelung nimmt die entsprechende Änderung vor. Krankenhäuser, die weniger Leistungen erbringen als mit dem Budget vereinbart, erhalten somit für die Finanzierung der Vorhaltekosten einen Anteil von 20 Prozent der nicht erzielten Erlöse. Weitere 0,1 Prozentpunkte des Sanierungsbeitrags werden durch die Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen für nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung erbracht (§ 140d Abs. 1 Satz 9 - neu – SGB V). Der verbleibende Einsparbeitrag wird durch einen Abzug von der Rechnung des Krankenhauses in Höhe von 0,7 Prozent, der nur bei gesetzlich versicherten Patienten vorzunehmen ist, erzielt (vgl. Nummer 2).

C Weitere Versorgung

Botschaft VDA

Im Rahmen der integrierten Versorgung sollten hinsichtlich der Förderungswürdigkeit Regelungen aufgenommen werden, wonach eine Förderung nach § 140 SGB V nur möglich ist, wenn für die Geschäftsprozesse die Möglichkeiten der elektronischen Kommunikation nach dem Stand der Technik genutzt werden.

Frage:

Ist aus Sicht der Arztinformationssysteme-Hersteller für den Fall einer gesetzlichen Verpflichtung zum Einsatz von ITK Technologie für den Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern im Rahmen der integrierten Versorgung zur Schaffung von Transparenz, zur Bereitstellung zeitnaher Informationen sowie zur Vermeidung unnötiger Bürokratie eine wirtschaftliche technische Lösung kurzfristig möglich oder erst mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarte realisierbar (somit nach 2009, gilt analog auch für §73b und § 73c)?

Antwort:

Heute bereits ist die Erfassung und Abrechnung von DMP sowie Verträgen zur Integrierten Versorgung (§140 SGB V) integraler Bestandteil der Arztinformationssysteme. Das dennoch die meisten Abrechnungen in Papierform auf dem Postwege versendet werden ist dem Umstand geschuldet, dass auch hier, wie in vielen anderen Bereichen des Gesundheitswesens die mangelnde Vernetzung der Akteure untereinander immer wieder zu kostspieligen Medienbrüchen und unnötigem Zeitverlust führt.

Die Arztinformationssysteme von heute (nicht erst die von morgen) sind in der Lage, die Geschäftsprozesse für die neuen Versorgungsformen (Selektivverträge § 72b, 72c, 140a usw.) elektronisch abzubilden und somit für eine wirtschaftlichere und effizientere Versorgung einen erheblichen Beitrag zu leisten. (Beispiel Kosten Papier/elektronischer Versand)

Die schnellere Ausweitung der Vernetzung unter den Akteuren des Gesundheitswesens wird jedoch derzeit erheblich durch das Projekt „Einführung der elektronischen Gesundheitskarte“ behindert. Die mehrfach revidierten Terminpläne, die monolithische Vorgehensweise des BMG sowie die nicht geklärten konzeptionellen Fragen in diesem Projekt verhindern, dass erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven im deutschen Gesundheitswesen kurzfristig erschlossen werden können (Beispiele z.B. Verax).

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation entstehen bis zu 40% der Kosten im Gesundheitssektor durch Information und Kommunikation. Eine durchgängige Gesundheitstelematikinfrastruktur reduziert Medienbrüche, Zeitverluste, Fehlerquellen und hohe Prozesskosten.

Wir schlagen deshalb vor, für die Bereiche der neuen Versorgungsformen (Selektivvertragssystem) die bereits vorhandenen technischen Möglichkeiten der Gesundheitstelematikindustrie zu nutzen und verbindliche Regelungen hierzu in den einschlägigen Paragraphen (73b, 73c, 140a) aufzunehmen. Nur so kann verhindert werden, dass für die neuen Versorgungsbereiche überbordende bürokratische Prozesse aufgebaut werden, die dann erst mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (wahrscheinlich nach 2010) erst langsam wieder abgebaut werden.

Botschaft VDAP

Das geplante Verbot zur Erhebung und Weiterverarbeitung von Verordnungsdaten im § 305 GKV WSG verhindert den Einsatz von Auswertungswerkzeugen, die dem Arzt erst ermöglichen, ein wirtschaftliches Verordnungsverhalten an den Tag zu legen. Darüber hinaus bestehen juristische Bedenken, da es sich bei dieser Regelung um einen Eingriff in die Berufsfreiheit handeln könnte. Außerdem werden damit schon bestehende Möglichkeiten der Informationstechnik behindert, um Patienten z. B. gegen Fehlverordnungen zu schützen.

Frage:

Glauben Sie, dass die Regelung zur Weiterverarbeitung von Verordnungsdaten durch den § 305a zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen geeignet ist?

Antwort:

Nach dem Gesetzentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes soll die Übermittlung von arztindividuellen Verordnungsdaten eingeschränkt werden, um zukünftig eine missbräuchliche Nutzung durch pharmazeutische Unternehmen zu unterbinden. Auch wenn wir grundsätzlich der Meinung sind, dass derartige regulatorische Eingriffe in den Markt langfristig nicht zielführend sind, wird das Ziel bzgl. der missbräuchlichen Nutzung von uns unterstützt.

Allerdings werden durch die vorliegende Formulierung des Gesetzentwurfes zusätzlich die Interessen von Ärzten und Anbietern von Arztinformationssystemen in einer Weise beschnitten, die nicht nur mit der eigentlichen Intention des Entwurfs nichts zu tun haben, sondern dieser sogar diametral entgegenstehen.

Durch die Übermittlung und Analyse von Leistungs- und insbesondere Verordnungsdaten wird bereits heute durch zahlreiche bestehende Systeme im Markt ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen geleistet (siehe Gutachten Medimed).

Als Beispiel seien hier einige Systeme genannt, deren Sinnhaftigkeit sicher außer Frage steht und bei denen wir uns nicht vorstellen können, dass diese zukünftig gesetzlich verboten werden sollen:

- kontinuierliche und zeitnahe Wirtschaftlichkeitsanalysen zur Einhaltung von Arzneimittelbudgets (u. a. Darstellung von Generika-, Reimport- und Analogpräparatequoten und Aufzeigen von bestehenden Einsparpotentialen)
- Arzneimittel-Sicherheits-Checks zur Identifizierung und Vermeidung von lebensbedrohlichen Therapiefehlern (Arzneimittel-Interaktionen, Kontraindikationen, Dosierungsfehler usw.)
- automatisierte Warnsysteme bei der Erlangung neuer Erkenntnisse in der Arzneimitteltherapie (sog. „Rote Hand Briefe“)
- Beratungs- und Controlling-Systeme im Rahmen der ärztlichen Therapie

Außerdem wird durch den geplanten Ausschluss einer praxisbezogenen Aufbereitung von Arzneimittelverordnungsdaten in die Berufsfreiheit der Arztinformationssystemanbieter und private Dienstleistungsanbieter eingegriffen. Gleichzeitig beinhaltet dieser gesetzlich bestimmte Ausschluss eine ausschließliche Zuweisung der nicht dem Aggregationsgebot unterliegenden Beratungsbefugnis auf die Selbstverwaltungsträger im Gesundheitswesen, d.h. insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Hierdurch wird in dem betroffenen Sektor eine berufliche Tätigkeit, nämlich die Bereitstellung arztindividueller Information über Arzneimittelverordnungen monopolisiert, indem bestimmte Dienstleistungen auf einen Anbieter beschränkt werden. Private Anbieter haben aufgrund dieser ausschließlichen Aufgabenzuweisung nicht mehr die Möglichkeit, im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eigene entsprechende Dienstleistungen anzubieten und zu erbringen. Ihnen verbleibt allenfalls noch die Möglichkeit, allgemeine Informationen über einen regionalen Bereich ohne individuellen Bezug im freien Wettbewerb anzubieten.

Zumindest wird durch den Gesetzentwurf ein faktisches Monopol begründet, da sich die Nachfrage nach arztbezogenen Informationen nur auf die Selbstverwaltungsträger beschränken wird und damit private Anbieter zumindest faktisch nicht mehr die Möglichkeit haben, sich in dem bisherigen Markt zu betätigen.

Es stellt sich des Weiteren die Frage, ob diese Regelung nicht auch einen Eingriff in die Berufswahlfreiheit darstellt. Die hier in Frage stehenden Dienstleistungen werden den Selbstverwaltungsträgern gestattet, privaten Dienstleistern jedoch untersagt. Die Wahl einer in § 305a SGB V geregelten Tätigkeit ist damit privaten Dienstleistern nicht möglich.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Monopolisierung im Ergebnis zu einer Berufssperre für private Anbieter führt. Es bleibt festzuhalten, dass durch die geplante Zuweisung der Aufgabe der arztbezogenen Information auf die Selbstverwaltungsträger in das Recht der Berufsfreiheit privater Anbieter eingegriffen wird und stellt einen massiven Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit dar.

Zudem liegt uns eine Studie vor, die belegt, dass diejenigen Ärzte, die heute an Auswertungsprojekten teilnehmen, bedingt durch die sich aus der Teilnahme ergebende Transparenz im Durchschnitt günstiger verordnen als nicht teilnehmende Ärzte.

Letztlich ist ebenfalls rechtlich fragwürdig, ob Auswertungsprojekte verboten werden können, wenn der teilnehmende Arzt einen individuellen Vertrag mit einem entsprechenden Dienstleister abgeschlossen hat.

Zugeordnet zu Nummer 209 (§ 305a)

Durch die Regelung wird der Schutz der Arzneimittelverordnungsdaten verbessert. Die Aufbereitung dieser Daten in einer Detailliertheit, die Verordnungen einzelner Vertragsärzte nachvollziehbar macht, durch Dritte, die hierzu nicht ausdrücklich gesetzlich befugt sind, wird datenschutzrechtlich unterbunden. Damit wird die Aufgabe des Pharmaberaters auf die eigentlichen Zwecke des Arzneimittelgesetzes zurückgeführt, nämlich die Information des Arztes. Ein schützenswertes Recht der Pharmaunternehmen, das ärztliche Ordnungsverhalten individuell zu überprüfen und zu steuern, besteht nicht, wenn dies mit dem sozialstaatlich legitimierten Ziel einer strikten Bindung der Verordnungen ausschließlich an die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, der Zweckmäßigkeit und der medizinischen Notwendigkeit kollidiert. Es wird gewährleistet, dass die arztbezogene Steuerung der ärztlichen Ordnungsweise ausschließlich durch die Partner der Selbstverwaltung erfolgt. Die Regelung bezieht neben den Vertragsärzten, den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen auch die Datenübermittlung durch Apotheken und den Großhandel ein, soweit es sich um Arzneimittel handelt, die in der gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähig sind und bei denen davon auszugehen ist, dass sie in überwiegendem Umfang zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden. Durch die Aggregation der Daten für die Region einer Kassenärztlichen Vereinigung wird ein Rückschluss auf das Ordnungsverhalten einzelner Ärzte durch Dritte, die nicht durch das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch hierzu ermächtigt sind, ausgeschlossen. Der Gesetzgeber hat eine arztbezogene Steuerung der ärztlichen Ordnungsweise ausschließlich den Partnern der Selbstverwaltung vorbehalten. Damit soll die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen gewährleistet werden. Das Recht der Pharmazeutischen Unternehmer, einzelne Ärzte sachgerecht über die eigenen Produkte zu informieren, bleibt unberührt. Unberührt bleibt auch das Recht des Erwerbs und der Verwertung von Ordnungsdaten durch die Hersteller oder Anbieter von Arzneien oder in deren Auftrag. Eine Verarbeitung und Nutzung von Daten über verordnete Arzneimittel, die für die Region einer Kassenärztlichen Vereinigung aggregiert sind durch die pharmazeutische Industrie bleibt möglich. Damit wird den legitimen Interessen der Pharmaunternehmen Rechnung getragen. Weiterhin zulässig ist die Verarbeitung und Nutzung für gesetzlich vorgesehene Zwecke. Dies sind der Verarbeitung eigener Abrechnungsdaten zur Verwendung durch den Auftraggeber (Arzt, Apotheke, Großhandel) insbesondere

die Abrechnung mit den Krankenkassen, die Information der Ärzte über verordnete Leistungen, die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die § 303f genannten Zwecke, insbesondere die Forschung. In diesem Rahmen haben die Anbieter verordnungspflichtiger Leistungen sowie Dritte weiterhin die Möglichkeit, Daten über das Verordnungsverhalten arztbezogen aufzubereiten.