



Ausarbeitung

Kosten-Nutzen-Betrachtungen zur elektronischen Gesundheitskarte



Kosten-Nutzen-Betrachtungen zur elektronischen Gesundheits-karte[REDACTED]
Aktenzeichen:

Abschluss der Arbeit:

Fachbereich:

[REDACTED]

[REDACTED]
WD 9 – 3000/098-10

17. Juni 2010

WD 9: Gesundheit, Familie, Frauen und Jugend

[REDACTED]

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	4
2.	Überblick über Kosten Nutzen-Betrachtungen zur elektronischen Gesundheitskarte.	4
2.1.	Debold & Lux	5
2.2.	IBM/ Orga-Kartensysteme	6
2.3.	Booz/ Allen/ Hamilton	6
2.4.	Ergänzende Betrachtungen, Heinz , u.a.	8

1. Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wurden drei größere-Kosten-Nutzen-Analysen vorgelegt:

von Debold & Lux im Jahr 2001,

von IBM, Orga-Kartensysteme 2004

und von Booz/Allen/Hamilton im Jahr 2006.

Die in den Studien genannten Kosten und Nutzen differieren zum Teil erheblich. Allerdings kommen sie – mit unterschiedlichem Zeithorizont – zu dem Ergebnis, dass im Zeitablauf ein positiver Nutzen zu erwarten sei.

Die Annahmen zu den Kosten der Ausgabe und zum Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte fallen in den Studien unterschiedlich aus. Während Debold & Lux sowie IBM/Orga von der Einführung des eRezepts einen positiven Nutzen erwarten, wird diese Sicht von Booz/Allen/Hamilton nicht geteilt. Wichtiger sind reduzierte Kosten in der Verwaltung der Karten, die Verhinderung von Missbrauch und die bessere Kontrolle der Zuzahlungspflicht der Patienten. Um diesen Nutzen zu erzielen, hat die GKV ein besonderes Interesse an einer flächendeckenden, verbindlichen Einführung.

2. Überblick über Kosten Nutzen-Betrachtungen zur elektronischen Gesundheitskarte.

In den letzten Jahren wurden mehrfach Studien über Kosten und Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte vorgelegt. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die zugrunde gelegten Tatbestände (z.B. „Kartenmissbrauch“) unterschiedlich interpretiert werden und von unterschiedlichen Grundannahmen ausgegangen wurde.

Heinz weist zudem in seiner Dissertation auf weitere Probleme hin ¹. Die Wahl des Diskontierungssatzes sei letztlich nicht objektivierbar und stelle damit ein Werturteil dar. Viele Kosten und Nutzen hingen von technischen Spezifikationen und rechtlichen Regelungen ab. Ein weiteres Problem seien monetär nicht oder kaum zu bewertende Nutzen- und Kostenkategorien wie eine gestiegene Behandlungsqualität auf der Grundlage einer besseren Verfügbarkeit von Patientendaten.

Die gematik-Gesellschafterversammlung hat am 20. April 2010 eine Grundsatzentscheidung über die weitere Vorgehensweise getroffen (Anlage 1). Bereits 2009 hatte die Private Krankenversicherung beschlossen, sich nicht an den Kosten zum Aufbau der Infrastruktur und an der Abgabe von Gesundheitskarten zu beteiligen ² Die folgenden Ausführungen orientieren sich daran.

¹ Andreas Heinz, Koordination und Kommunikation im Gesundheitswesen: Kosten, Nutzen und Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte, Marburg 2009, S 105 ff

² Notbremse gezogen, Private Krankenversicherung nimmt nicht an Basis-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte teil, PKV Publik Ausgabe 5/2009,.

2.1. Debold & Lux

2001 legte die Debold & Lux Beratungsgesellschaft ein Gutachten als Kosten-Nutzen-Analyse zur elektronischen Gesundheitskarte vor ³. Für die Einführung der Versichertenkarte wurden 49,033 Mio.€ bei jährlichen Betriebskosten von 11,248 Mio. € angenommen. Für die Einführung des elektronischen Rezepts wurden zusätzlich 511,291 Mio. €. bei Betriebskosten von 15,338 Mio. € veranschlagt ⁴. Die Investitionskosten sollten sich bei der Kombination beider Anwendungen um 5% erhöhen. Einsparungen durch die neue Form der Legitimation wurden nach einer Analyse der Daten von zwei Krankenkassen nicht erwartet. Durch die korrekte Ermittlung der Zuzahlungspflicht wurden allerdings 255,645 Mio. € Mehreinnahmen der Kassen erwartet. Die Einsparungen bei den administrativen Kosten für die Ausstellung von Papierrezepten wurden auf 76,693 Mio. € jährlich geschätzt. Außerdem wurden Einsparungen durch die verbesserte Abrechnung bei den Kassen in gleicher Höhe erwartet ⁵ Durch den Einsatz der Arzneimitteldokumentation sei ein Einsparpotential von 511,291 Mio. € gegeben.

Für die weiteren Betrachtungen wurden die geschätzten Beträge allerdings bei der Prüfung der Zuzahlungspflicht nur mit 60% und bei der Arzneimitteldokumentation mit 22% in die Kalkulationen übernommen. Für die Variante Versichertenkarte (mit dem Merkmal Befreiung von der Zuzahlung), elektronisches Rezept und Arzneimitteldokumentation wurde bei einem Transport des Rezepts über das Netz davon ausgegangen, dass die Investitionskosten von 562,421 Mio.€ innerhalb einen Jahres amortisiert sind und danach Überschüsse erwirtschaftet werden (vgl. Anlage 2). Während für Ärzte Investitionskosten in Höhe von 1789 € und jährliche Betriebskosten von 204 € angenommen wurden, wurden erhebliche Einspareffekte bei den Krankenkassen prognostiziert ⁶.

Bei den Szenarien, die im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse untersucht wurden, wurden auch Ergebnisse von krankenkasseninternen Prüfungen verwendet. Dabei kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass bei 0,25% bis 0,35% der Abrechnungsfälle keine Leistungspflicht gegeben war ⁷ Die Verfasser ziehen allerdings daraus den Schluss, dass ein Anteil von 0,03% der GKV-Leistungen keine nennenswerte wirtschaftliche Bedeutung habe.

Anders wird dies für den Fall gesehen, dass mit Hilfe der Versichertenkarte die Zuzahlungspflicht ermittelt wird. Aufgrund von Untersuchungen einer größeren Krankenkasse und eigener Berechnungen kommen die Verfasser zu dem Ergebnis, dass der GKV jährlich Zuzahlungen in Höhe zwischen 224,968 Mio. € und 296,549 Mio. € entgehen ⁸ In ihrer Kalkulationen haben sie

³ Debold & Lux Beratungsgesellschaft für Informationssysteme und Organisation im Gesundheitswesen, secunet Security Networks AG, Kommunikationsplattform im Gesundheitswesen, Kosten-Nutzen-Analyse Neue Versichertenkarte und Elektronisches Rezept, Hamburg/Essen 2001

⁴ Ebenda, S 10

⁵ Ebenda, S 11

⁶ Ebenda, S 13

⁷ Ebenda, S 130 f

⁸ Ebenda, S 137

allerdings nur 153,387 Mio. € berücksichtigt. Der Einspareffekt durch das elektronische Rezept wurde mit 275,126 Mio. € angenommen (Anlage 2)⁹

2.2. IBM/ Orga-Kartensysteme

2004 wurde von der IBM/ Orga-Kartensysteme im Auftrag der Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der Krankenhausgesellschaft und dem Verband der privaten Krankenversicherung eine Studie vorgelegt¹⁰ Bei einem angenommenen Kartenpreis von 7,50 € wurden die Investitionskosten für das Projekt eRezept zwischen 1,0 und 1,4 Mrd. €, die Betriebskosten auf einen Betrag zwischen 120,2 und 147,9 Mio. € zu Beginn geschätzt. Es wurde weiter ein Einsparvolumen von 516,5 Mio. € jährlich angenommen (Anlage 3)¹¹.

In den genannten Beträgen sind Investitionskosten von 44,9 Mio. € und Betriebskosten von 11,1 Mio. € für Apotheken enthalten¹². Für das Szenario, dass die Gesundheitskarte nicht für die Abwicklung von Rezepten genutzt wird, fallen sie daher nicht an. Im Szenario sind auch Aufwendungen der Privaten Krankenversicherungen für Investitionen in Höhe von 81,6 Mio. € und Betriebskosten von 4,1 Mio. € enthalten.

Bei den Einsparungen sind 3,6 Mio. € für Druckkosten der Rezepte bei den Ärzten sowie 38,0 Mio. € für die Inanspruchnahme von Apothekenrechenzentren angesetzt¹³ Das Einsparvolumen der GKV in Höhe von 337,9 Mio. € würde um 164,5 Mio. € auf 173,4 Mio.€ (Wegfall altes Kartenvergabeverfahren 23,4 Mio. €, Zuzahlungsverfahren 150 Mio. €) reduziert.(Anlage 3)¹⁴. Das Einsparvolumen für die Private Krankenversicherung wurde mit 30,5 Mio. € angenommen. IBM/Orga setzten zusätzlich 56,4 Mio. € für die Vermeidung von Kartenmissbrauch an¹⁵ Der Nutzen durch die Einführung einer Arzneimitteldokumentation wurde mit 50 Mio. € bewertet.

2.3. Booz/ Allen/ Hamilton

2006 legte die von der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) beauftragte Bietergemeinschaft Booz/Allen/Hamilton und ESG Elektronik System- und Logistik GmbH eine weitere Kosten-Nutzen-Analyse vor¹⁶. Booz/ Allen/ Hamilton legten zwei Szenarien für den Zeitrahmen von 5 Jahren und von 10 Jahren vor. Als Anwendungen wurden für das 5-

⁹ Ebenda, S 149 f

¹⁰ IBM/ Orga-Kartensysteme, Projektdokumentation, Planungsauftrag eRezept, eArztbrief, ePatientenakte und Telematikinfrastruktur, 2004

¹¹ Ebenda, S 16

¹² Ebenda, S 309

¹³ Ebenda, S 312

¹⁴ Ebenda, S 313f

¹⁵ Ebenda, S 314

¹⁶ gematik, Endbericht zur Kosten-Nutzen-Analyse der Einrichtung einer Telematik-Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen, Düsseldorf 2006

Jahresmodell die Versichertenstammdaten, die europäische Krankenversicherungskarte, die eVerordnung, Notfalldaten und Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit betrachtet. eArztbrief und ePatientenakte waren für das 6. Jahr und Patientenquittung und Patientenfach für das 8. Jahr vorgesehen¹⁷.

Für den 5-Jahreszeitraum wurden Kosten in Höhe 5,204 Mrd. € (zuzüglich 585 Mio. € für die Erstausgabe der Karten) sowie ein Nutzen in Höhe von 4,385 Mrd. € angenommen (Anlage 4)¹⁸. Dabei sollten für Notfalldaten 505 Mio. € und für die Versichertenstammdaten 1,439 Mrd. € erforderlich sein (angenommener Nutzen: 483 Mio. € und 1,239 Mrd. €). Bei der Privaten Krankenversicherung sollten Kosten von 85 Mio. € ein Nutzen von 554 Mio. € gegenüberstehen, während für Apotheken bei Ausgaben von 896 Mio. € nur ein Nutzen von 194 Mio. € gesehen wurde¹⁹.

Bei der 10-Jahresbetrachtung kamen Booz/ Allen/ Hamilton zu Gesamtkosten in Höhe von 14,092 Mrd. € und einem Nutzensvorteil in Höhe von 512 Mio €²⁰. Auch für diesen Zeitpunkt wurden negative Nutzen für die Anwendungen Patientenquittung, Verwaltungsdaten (mit 684 Mio. €) und Patientenfach erwartet.

Bei den Kosten-Nutzen-Betrachtungen sind unter anderem folgende Punkte zu beachten. Booz/ Allen/ Hamilton gehen davon aus, dass Kreditinstitute die Haltbarkeit von Karten, die mit der Gesundheitskarte vergleichbar sind, mit vier Jahren ansetzen²¹. Sie gehen von durchschnittlichen Kosten für die Produktion und Verwaltung einer Karte in Höhe von 6,75 € aus²². Für die qualifizierte elektronische Signatur, die aus neuen Anforderungen an die Schlüssellänge im Jahr 2011 resultiert, berücksichtigen sie 348 Mio. €²³. Es wird jährlich von einer Neuausgabe von Karten für ca. 12,5% des Versichertenbestandes ausgegangen. Bei den Kosten werden auch sämtliche Mehrkosten im Verlauf von Bearbeitungsvorgängen sowie Schulungskosten einbezogen. So ist z.B. für das Personal von Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Apotheken ein Schulungsbedarf von zwei Tagen angesetzt²⁴. Beim Missbrauch von Karten wird davon ausgegangen, dass 0,2% der medizinischen Leistungen von Personen ohne gültige Versicherungsverhältnisse in Anspruch genommen werden²⁵. Zusätzlich wurde ein Nutzen dadurch angenommen, dass verliehene gültiger Karten verwendet werden²⁶. Zum Thema Vermeidung unklarer Versicherungsverhältnisse

¹⁷ Ebenda, S 11

¹⁸ Ebenda, S 20

¹⁹ Ebenda, S 21

²⁰ Ebenda, S 24

²¹ Ebenda S 68

²² Ebenda, S 71

²³ Ebenda, S 28, 91

²⁴ Ebenda, S 132

²⁵ Ebenda, S 138

²⁶ Ebenda, S 139

wird allerdings ausgeführt: „Da derzeit noch keine Ausarbeitung zu diesem Themenkomplex vorliegt und entsprechende Lösungsverfahren sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Abrechnungsvorgänge der Kostenträger nicht spezifiziert sind, kann die Ermittlung möglicher, aus einer Reduzierung unklarer Versicherungsverhältnisse entstehender Nutzenwerte innerhalb des Abrechnungsprozesses im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse nicht durchgeführt werden“²⁷. Booz/ Allen/ Hamilton nehmen aufgrund der Auswertung der Verordnungsdaten einer Ortskrankenkasse den Umfang an jährlich entgangenen Zuzahlungen für Arzneimittel in Höhe von 0,25/0,35/0,45 € pro Versicherten an²⁸.

Die Bundesregierung hat mehrfach in Antworten auf parlamentarische Anfragen deutlich gemacht, dass sie die Annahmen der Studie nicht teilt. So spricht sie in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion der FDP (Drucksache 16/5010) davon, dass es auch Ziel der Kosten-Nutzen-Analyse gewesen sei, bei den beteiligten Krankenkassen und Leistungserbringern die entstehenden Kosten mit entstehenden Nutzen zu verrechnen und Grundlagen für zu verhandelnde Telematikaufschläge zu schaffen. Diese Zweckbestimmung habe die Darstellung hoher Aufwände begünstigt²⁹. Die Kosten der Umstellung der Krankenversicherungsnummer seien fälschlicherweise der Einführung der Gesundheitskarte zugerechnet worden. Die Beschaffungspreise z.B. der elektronischen Gesundheitskarte würden erheblich niedriger sein als angenommen. In der Analyse seien Kosten ausgewiesen, für die keine objektive Grundlage existiere³⁰. Der Rhythmus für den Austausch der Karten werde fünf Jahre betragen³¹.

2.4. Ergänzende Betrachtungen, Heinz , u.a.

Heinz hat 2008 in einer Dissertation u.a. die Annahmen der bisher vorgelegten Kosten-Nutzen-Analysen behandelt. Die Schätzungen zum Betrug mit Karten ohne gültiges Versichertenverhältnis basierten auf einer Untersuchung der KV Bayern. Wurden mehr als sieben Ärzte oder mehr als drei Hausärzte konsultiert, wurde dies als Missbrauch gewertet³². Die aus dieser Auswertung ermittelten Zahlen ergaben einen Schaden von 150 Mio.€ und wurden auf die gesamte Bundesrepublik hochgerechnet. Dies ergab eine Summe von über einer Mrd.€. Heinz weist darauf hin, dass möglicherweise multimorbide Patienten mit erfasst wurden. Andererseits könne auch in Fällen, in denen weniger Ärzte aufgesucht wurden, ein Missbrauch gegeben sein.

²⁷ Ebenda, S 143 f

²⁸ Ebenda S 134 f

²⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 16/5010, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Gisela Piltz, Heinz Lanfermann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP, Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte,- Drucksache 16/4891, S 7

³⁰ Deutscher Bundestag, Drucksache 16/2973, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 16/2832, S 2
vgl. auch Deutscher Bundestag, Drucksache 16/8334, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulrike Flach, Daniel Bahr (Münster), Gisela Piltz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 16/8106, S 3

³¹ Ebenda, S 10

³² A. Heinz, a.a.O., S 37 f

Die Angabe der Techniker-Krankenkasse, mit der Nutzung der Verax-Liste (Liste gesperrter Karten) 30 Mio. € gespart zu haben, beruhe auf der Berechnung mit einer „Vergleichsgröße“³³. Die irrtümliche Nutzung gesperrter Karten werde auf das Jahr gerechnet mit 465 € angesetzt. Dieser Wert lasse sich aber nur bedingt auf vorsätzliche Betrugsfälle übertragen. Auch andere Berechnungen wie die der BKK VBU seien nicht näher spezifiziert. Auf deren Basis wurde ein jährlicher Schaden von 270 Mio. € ermittelt³⁴.

Heinz geht in seiner Arbeit auch auf die Einsparpotentiale durch den verringerten Austausch von Karten sowie den aktualisierten Zuzahlungsstatus ein. Eine ältere Analyse der Gmünder Ersatzkasse aus dem 1. Quartal 2000 ergab, dass 2,2% der Patienten zugezahlt hatten, obwohl sie befreit waren. 11,3% hatten keine Zuzahlung geleistet, obwohl sie nicht befreit waren³⁵. Debold & Lux hätten den oben ermittelten Wert von 256 Mio. € als Schaden für die GKV angenommen. Heinz führt aus, dass IBM/Orga das verbesserte Zuzahlungsmanagement ohne Angabe der Herleitung oder nachvollziehbare Quellen mit 150 Mio. € bewertet habe³⁶. Booz/Allen/ Hamilton kämen zu einem noch geringeren Wert, der zwischen 17,5 und 31,5 Mio. € liege.

Heinz hat auch dargestellt, wer von den Beteiligten nach den Aussagen der Studien in welcher Höhe Vorteile/Nachteile zu erwarten hätte (Anlage 5). Auf der Grundlage der Berechnungen von Booz/ Allen/ Hamilton (Bernnat) kommt er zu der Schlussfolgerung, dass der Nutzen der Gesundheitskarte in erster Linie bei den freiwilligen Anwendungen zu erwarten sei³⁷.

Dr. Häussler, Direktor des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) wird 2007 mit der Aussage zitiert, dass das Einsparpotential durch die Vermeidbarkeit von Doppeluntersuchungen massiv überschätzt werde³⁸. Statt der erwarteten 3,5 Mrd. € rechne er mit Beträgen zwischen 64 Mio. und 320 Mio. €

In einer Stellungnahme der BITKOM vom 8.4.2010 geht diese von Investitionskosten in Höhe von 1,7 Mrd. € aus³⁹. Die neue Prozessorkarte sei nur ca. 70 Cent teurer als die Krankenversicherungskarte. BITKOM geht von folgenden Einsparpotentialen aus: 500 Mio. € jährlich bei der Arzneimitteltherapiesicherheit, eine Mrd. € durch Vermeidung von Kartenmissbrauch, 10 Mrd. € durch Verhinderung von Abrechnungsbetrug zu Lasten von Krankenhäusern, Krankenkassen und Beihilfestellen sowie 200 Mio. € bei der vollelektronische Abwicklung von Rezepten. Diese Zahlen sind allerdings nicht weiter spezifiziert.

³³ Ebenda, S 388

³⁴ Ebenda

³⁵ Ebenda, S 41

³⁶ Ebenda, S 42

³⁷ Ebenda, S 115

³⁸ Heike Krüger-Brand, Projekt Gesundheitskarte: Wegbereiter für neue Dienste, in Deutsches Ärzteblatt 2007, 104(23), A 1677

³⁹ BITKOM, Stellungnahme, (8 Jahre Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte – eine Bestandsaufnahme, 8.4.2010 S

Im Zusammenhang mit den Beschlüssen der Gesellschafterversammlung der gematik vom April hat die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes deutlich gemacht, dass die GKV die verpflichtende online-Anbindung anstrebt. Man sei optimistisch, dass der Weg über die Gesetzgebung gefunden werde ⁴⁰. Der 113. Deutsche Ärztetag forderte allerdings die Bundesregierung auf, das Projekt elektronische Gesundheitskarte endgültig aufzugeben ⁴¹.

Bei der GKV gibt es zur Zeit keine neuen Kosten-Nutzen-Analysen. Es sei auch nicht einschätzbar, ob es durch den derzeitigen Verzicht auf die Weiterverfolgung des eRezeptes ein Einsparpotential gebe ⁴².

[REDACTED]

■ [REDACTED]

■ [REDACTED]

■ [REDACTED]