

Wie kann die Telematikinfrastruktur in Deutschland finanziert werden?

Frank Warda, Sylvia Schlutius, DIMDI

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 25 Cent vergütet, könnten sich die Investitionen für die Leistungserbringer schon vollständig rechnen und auch deren laufenden Betriebskosten weitgehend abdecken.

Die Umsetzung einer Reihe von Themen der zurückliegenden langjährigen Telematikdiskussion im Gesundheitswesen steht unmittelbar 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 herrscht die schnelle 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 Umgestaltung 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) hat mit der im Frühjahr 2003 neu aufgestellten und dem Staatssekretär Dr. Theo Schröder unterstellten Projektgruppe Telematik eine Ausschreibung für ein längerfristiges Unterstützungsprojekt zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des elektronischen Rezeptes (eRezept) auf der Basis eines sog. Card enabled Network abgeschlossen. Der Zeitplan sieht den Beginn einer flächendeckenden Einführung in Deutschland ab 2006 vor.

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 (svitg) zusammen gefasst. Diesem Verband gehören wiederum der VDA (Verband der Arztpraxis- Softwarehersteller), Verband Deutscher Dentalsoftware Unternehmen (VDDS) und VHI (Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen, überwiegend Hersteller von Klinik-EDV) und die Arbeitsgemeinschaft deutscher Apotheken- Softwarehersteller (ADAS) an. Gemeinsam wurde ein Konzept zur flächendeckenden Umsetzung von Telematik im Gesundheitswesen erarbeitet und im Juni dieses 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 maßgeblich 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 Stückpreis² von ca. 150,- N auszugehen. Damit wären mit einer eGK transportierte eRezepte einlösbar, ohne jedoch schon direkt eine Online-Kommunikation zu nutzen. Diese ist jedoch spätestens dann unabdingbar, wenn eRezepte netzbasiert über Server vermittelt werden sollen. Sollte noch kein Kommunikations-PC in der Apotheke vorhanden sein bzw. die existierende Infrastruktur nicht genutzt werden können, sind ca. 1.750,- N Kosten für den PC mit Router sowie ca. 300,- N für zwei neue Kartenleser anzusetzen. Es ist davon auszugehen, dass notwendige Softwarekomponenten von den Herstellern der Apothekensoftware kostenlos bzw. im Rahmen der laufenden Softwarepflege zur Verfügung gestellt werden. Bei 22.000 Apotheken kann deshalb von einem maximalen initialen Investitionsvolumen in Höhe von 45 Mio. N ausgegangen werden, wenn alle Apotheken einen neuen Kommunikations-PC erwerben würden. 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 Versicherungsgemeinschaft 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 ausgetauscht wird. Investitionen in eine technische Infrastruktur (Kartenleser, Heilberufeausweise) des Krankenhauses sind dabei vom finanziellen Volumen zu vernachlässigen. Kommunikations-PCs 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 Computer einsetzenden Praxen die Möglichkeit zur Internetnutzung besteht, wird doch in der Regel ein zusätzlicher Kommunikations-PC mit Router benötigt 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. N für die Grundausstattung³ nötig (siehe Tabelle 1). Auch hier ist wiederum davon auszugehen, dass die Praxis-EDV-Hersteller die benötigten Softwarekomponenten kostenlos bzw. im Rahmen der Pflegeverträge zur Verfügung stellen werden...

Dokumentinformationen zum Volltext-Download

Ä

Titel:

Wie kann die Telematikinfrastruktur in Deutschland finanziert werden?

Artikel ist erschienen in:

Telemedizinführer Deutschland, Ausgabe 2004

Kontakt/Autor(en): Dr. med. Frank Warda

Direktor des Deutschen Instituts

für medizinische Dokumentation und

Information (DIMDI)

Waisenhausgasse 36-38a

50676 Köln

Email: warda@dimdi.de

Internet: www.dimdi.de

Seitenzahl:

3

Sonstiges

2 Tab. Dateityp/ -größe: PDF / 120 kB Click&Buy-Preis in Euro: kostenlos

Ä

Rechtlicher Hinweis:

Ein Herunterladen des Dokuments ist ausschließlich zum persönlichen Gebrauch erlaubt. Jede Art der Weiterverbreitung oder Weiterverarbeitung ist untersagt. Ä
Hier gehts zum freien PDF Download...