

*Sämtliche Folien zu den Statements sind auf unserer Website unter dem Menüpunkt: Veranstaltungen / Ergebnisse und Folien aus den Workshops einzusehen.*

## **Workshop 1.4**

### **Systemsteuerung und Datentransparenz**

Moderation: Dr. Wolfgang Glitscher, Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik

Statements: Ulrich Dembski, AOK-Bundesverband

Andreas Hustadt, AdAK-AEV

Heinz-Theo Rey, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Bericht: Dr. Dagmar David, Ärztekammer Nordrhein

#### **Zusammenfassender Bericht:**

Zunächst wurden von den Teilnehmern folgende Aspekte zum Thema beigesteuert:

- Es gibt Probleme bei der Systemsteuerung und Datentransparenz im Gesundheitswesen.
- Ein Nutzwert ist für (die) Investitionserbringer nicht ersichtlich bzw. fraglich.
- Die Erbringer haben Angst vor einer Verwendung der Daten gegen sie.

- Der administrative Aufwand ist für die Leistungserbringer z. Z. höher als für die Erbringung der patientenbezogenen Leistung selbst.

Der Aspekt des Datenschutzes wurde von allen als wichtig eingestuft. Das Datenschutzrecht müsse beachtet werden, es kollidiere aber z. T. mit den Interessen / dem Auftrag einzelner Teilnehmer im System. Zur Systemsteuerung sei eine geeignete Datenlage erforderlich. Es mache aber keinen Sinn, alle Daten in „einen großen Topf“ zu werfen, sondern es bedürfe einer anwenderorientierten Datensammlung und gezielter Auswertung. Dies lasse sich in die Formel fassen: Wer braucht welche Datentransparenz zu welchem Zeitpunkt?

Es wurde beklagt, dass sich die Diskussion zu diesem Thema immer nur um die Probleme drehe. Diese seien aber seit Jahren bekannt und würden durch die laufende Diskussion und ergriffene Maßnahmen nicht beseitigt. Es fehle an praktikablen Lösungen.

Dem wurde entgegengehalten, dass die Industrie Lösungen entwickeln werde, bzw. solche schon anbiete – und dies unabhängig von der Diskussion im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang wurde die Nutzung von Smartcards diskutiert. Karten seien heute leistungsstarke Prozessoren, die nicht nur große Datenmengen speichern können. Sie würden als Pointer verwendet und verwalteten Referenzen.

Es wurde die Meinung geäußert, dass die Diskussion, ob eine Serverlösung oder eine Kartenlösung besser sei, gegenstandslos sei, da die Daten so oder

so beschrieben werden müssten. Da die Serverlösung nicht so schnell umsetzbar sei, solle mit Karten angefangen werden.

Fazit: Technologisch ist vieles machbar. Es ist ein ziemlich schwieriger Prozess, in unserem komplizierten Gesundheitssystem die aufgezeigten Probleme zu lösen.

Dr. Dagmar David, Ärztekammer Nordrhein

## WORKSHOP-DOKUMENTATION

### *Dr. Wolfgang Glitscher:*

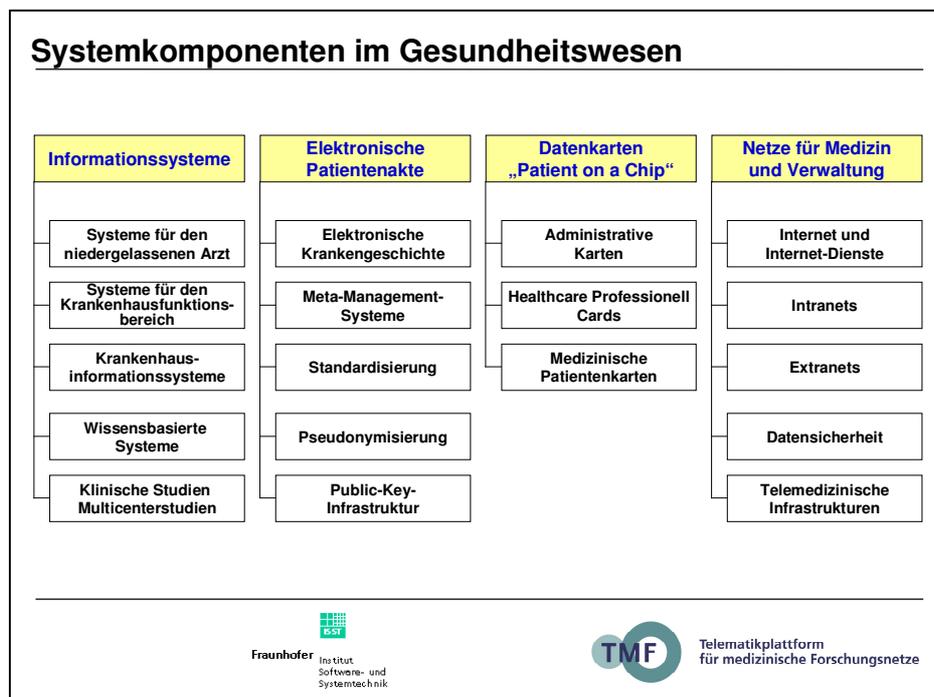
Mein Name ist Wolfgang Glitscher und ich bin vom Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik (ISST) in Berlin. Wir koordinieren im Auftrag des BMWF die Telematikplattform für die medizinischen Forschungsverbände. Innerhalb dieses Großprojekts werden in den Forschungsverbänden IT-Lösungen implementiert und evaluiert bzw. gemeinsam entwickelt. Natürlich gibt es Schnittstellen zur IT im Gesundheitswesen generell und auch zur ATG, zu der Kontakte bestehen. Dazu eingangs ein paar Zahlen, zum IT-Anwendermarkt in Deutschland, der drittgrößten IT-Anwendermarkt mit Gesamtausgaben von 2,5-3,0 Mrd. Euro pro Jahr darstellt. Davon entfallen ca. auf die Kassen 1 Mrd. Euro. Die Zahlen sind aus dem Jahr 2000 und stammen von der Unternehmensberatung McKinsey. Krankenhäuser und Kliniken sind mit etwa 0,9-1,0 Mrd. Euro in diesem Anwendermarkt vertreten, Apothekenrechenzentren mit 150-300 Mio. Euro, die Kassenärztlichen Vereinigungen 75-100 Mio. Euro und die niedergelassenen Ärzte mit dem kleinsten Anteil von 25-50 Mio. Euro.

Systemkomponenten von der technologischen Seite her betrachtet sind im Gesundheitswesen:

1. Informationssysteme allgemein, darunter Krankenhausinformationssysteme (KIS), die klinischen Studien, Systeme für den niedergelassenen

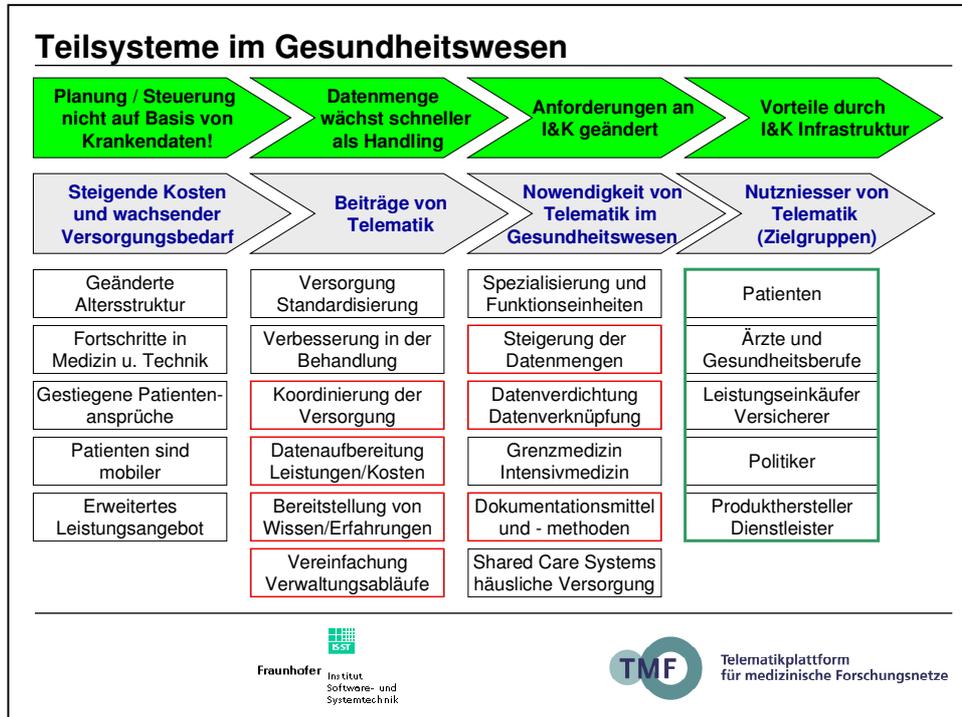
Arzt, da ist vieles am Markt verfügbar. In den Statements, die im Podium heute Vormittag abgegeben wurden, der Herr von Microsoft sagte es, sind Inkompatibilitäten vorhanden und Interoperabilitäten vielfach nicht hergestellt.

2. Die Elektronische Patientenakte ist ein großes Thema z.Z., also inkl. Krankengeschichte, Standardisierung, Pseudonymisierung und Kryptographie (Datensicherheit und Datenschutz).
3. Dann der gesamte Komplex der Gesundheitskarten, da will ich nicht weiter darauf eingehen.
4. Und dann gibt es den großen Bereich der netzgestützten Technologien. Das betrifft den Bereich Internet, Intranet und Extranets. Fragen der Datensicherheit tauchen dort natürlich auf und auch wie man die Infrastrukturen für Datenübertragung usw. sicher herstellen kann.



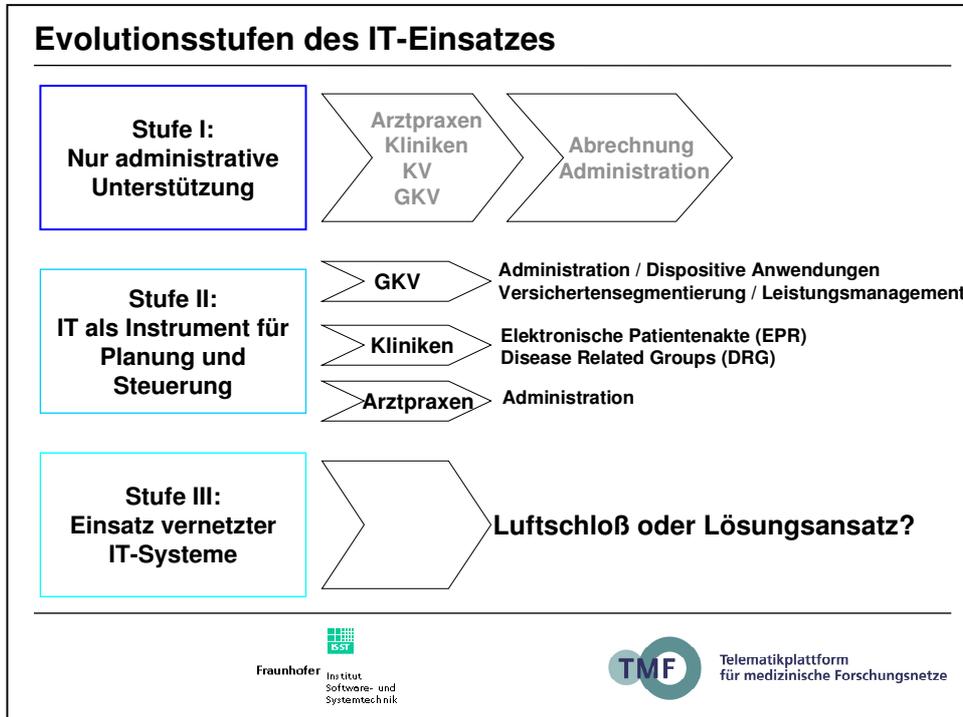
Daraus ergeben sich weitere Fragestellungen bzw. Anforderungen an die Telematik bzgl. Steuerung und Datentransparenz:

1. Die Planung und die Steuerung erfolgt vielfach noch nicht auf der Basis der Krankendaten.
2. Die Datenmenge, die erstellt werden kann, wächst schneller als die Möglichkeiten des Handlings. Hier sind telematische Systeme gefordert, Abhilfe zu schaffen hinsichtlich Planung und Steuerung der Systeme, zur Frage der steigenden Kosten und des wachsenden Versorgungsbedarfs etc.
3. Beiträge der Telematik: Standardisierung und verbesserte in der Behandlung und in der Versorgung, Datenaufbereitung in Leistungen und Kosten, Bereitstellung von Wissen und Erfahrung, Vereinfachung der Verwaltungsabläufe etc. Die Notwendigkeit ergibt sich aus der Spezialisierung und der Funktionseinheiten durch die enorme Steigerung der Datenmengen.
3. Nutznießer sind Patienten und Ärzte sowie die Hilfsberufe. Weiterhin natürlich die Leistungseinkäufer, die Versicherer, die Politiker und die Produkthersteller und Dienstleister.



Innerhalb des Workshops sind die folgenden Themen von Relevanz:

- Koordinierung der Versorgung,
- Aufbereitung der Datenleistung und Kosten,
- Bereitstellung von Wissen und Erfahrung,
- Vereinfachung der Verwaltungsabläufe,
- Datenverdichtung, Datenverknüpfung und Dokumentation.



Was sind die Evolutionsstufen des IT-Einsatzes? Wir haben als Stufe 1 letztendlich nur eine administrative Unterstützung. Das ist vielfach realisiert in Arztpraxen, Kliniken, der KV und der GKV. Hier geht es im wesentlichen um die Bereitstellung von Abrechnungssystemen, System für die Administration, also für die Verwaltung. Die Abläufe, die Stufe 2 – IT als Instrument für Planung und Steuerung, wie ist dies nutzbar zu machen? Zielgruppen sind hier die GKV, die Kliniken, die Arztpraxen. Auch hier sind wieder administrative Abläufe und dispositive Anwendungen zu handeln. Die Versichertensegmentierung ist sicherlich ein Thema, ebenso Leistungsmanagement im Bereich der Kliniken. Die EPA – die elektronische Patientenakte und die Disease Related Groups (DRG).

Stufe 3 bedeutet den Einsatz vernetzter IT-Systeme innerhalb des Gesamtkomplexes. In welchem Zusammenhang steht dies zum Thema Systemsteuerung und Datentransparenz – und damit verbunden die Frage: Welche Ziele sollen erreicht werden, was kann getan werden im Bereich Systemsteuerung und Datentransparenz, wobei man sagen muß, dass alles was technologisch machbar ist, hinterfragt werden muß, ob es auch sinnvoll ist, denn die organisatorischen Strukturen müssen die Leistungsfähigkeit der IT-Systeme wieder spiegeln. Ich denke, das ist die zentrale Fragestellung, um die es sich heute dreht.

***Ulrich Dembski:***

Ich bin Mitarbeiter des AOK Bundesverbandes und leite dort das Referat Krankenhaus-Fall-Management.

Mein Statement soll weniger aus der IT-Sicht dargestellt werden: welcher Bedarf besteht generell aus fachlicher Sicht, welcher Datenbedarf ergibt sich auf Kassenseite auch aufgrund geänderter Aufgaben? Der Datenbedarf ist in jedem Fall auf Kassenseite gestiegen in den letzten 10 bis 20 Jahren, und diese Änderung steht in jedem Fall in engem Zusammenhang mit dem geänderten Aufgabenspektrum. Früher bestimmten eher klassisch administrative Aufgaben das Kassenshandeln. Das waren eher klassische Verwaltungsvorgänge in eingespielten bürokratischen Verfahren. Mitglieder- Bestandsführung, Genehmigungsverfahren, selbstverständlich auch eine Form von Ab-

rechnungsprüfung, aber eher im Sinne von Betragsprüfung und dann Zahlbarmachung. Diese klassischen Aufgaben treten jetzt eher in den Hintergrund. In den Hintergrund vor mehr sektorübergreifenden Steuerungsaufgaben, die vom Gesetzgeber auch auf die Kassen übertragen werden. Wir reden heute von sektorübergreifenden Vertragsgestaltung im Sinne von integrierter Versorgung A-, B- und C- Fallpauschalen. Qualitätssicherung wird auch als Kassenaufgabe verstanden mit den dahinterstehenden Daten. Patientenberatung ist als Kassenaufgabe im Gesetz festgeschrieben und nicht zuletzt spricht man auch auf Kassenseite von Fallmanagement im Sinne von Case-Management / Disease-Management.

Diese gesamten Veränderungsprozesse sind zu betrachten vor einem generellen Wandel im Gesundheitswesen. Alles ist komplexer geworden. Wir haben eine rasante medizinische Entwicklung, wir sprechen heute mehr von einer ganzheitlichen Betrachtung. Wir wollen weg von der akuten Versorgung hin zu integrierten vernetzten Systemen und da braucht man z. B. nur das Sachverständigenrat-Gutachten zu sehen mit der Forderung nach mehr präventiven integrativen Inhalten. Das gilt nicht nur für die Kassen, aber ich halte mein Statement ja aus Kassensicht und man muss auch dazusagen, die Kassen stehen natürlich als Institution zentral in Interaktion mit allen anderen Akteuren, primär den Leistungserbringern. Ich will jetzt nicht das überstrapazierte Wort bringen, dass die Kassen vom Payer zum Player werden müssen, aber vor diesem Hintergrund muss man sagen, es ist schon ein weiter Weg von der reinen Zahlbarmachung hin zu einer mitspielenden Funktion und diese mitspielende Funktion setzt auch einen gewissen Datenbedarf voraus. Das nur vorab, um zu zeigen, dass auch schon der gegenwärtige

tige Hintergrund eine Grundlage gibt, darüber nachzudenken, ob der Datenbedarf auf Kassenseite jetzt schon befriedigt ist.

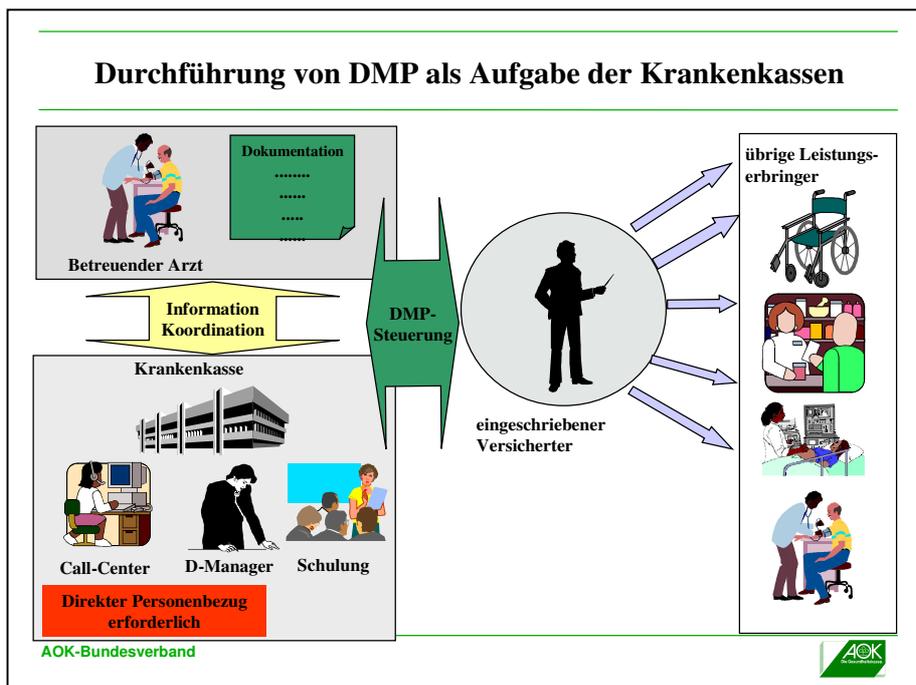
Darüber hinaus gibt es auch weitergehende zukünftige Anforderungen, die zumindest in der Legislaturperiode in einer Gesetzgebung festgeschrieben wurden. Zum einen ist zu nennen: das Disease-Management als Auftrag des Gesetzgebers an die Kassen in Verbund mit dem Risikostrukturausgleich, hier einen koordinierten Ansatz zur Versorgung chronisch Kranker zu schaffen. Darauf gehe ich gleich etwas vertiefend ein. Weiter ist zu nennen die integrierte Versorgung, das sagt der Name schon, durch die Integration. Es geht nicht mehr um die Leistungsbeziehung, die Vertragsbeziehung mit einem Vertragspartner eines Sektors, sondern es geht um ein Netz von Leistungserbringern. Dahinter steht natürlich auch eine gewisse Form von Datenzusammenführung für Zwecke der Kalkulation der Vergütung, Budgetbereinigung, Abrechnung usw. Das geht über das hinaus, was in den normalen Geschäftsprozessen mit den Leistungserbringern anfällt. Nicht zuletzt kann man auch die DRG-Einführung nennen, Einführung von Diagnosis Related Groups. Ein komplettes fallpauschalierendes System im Krankenhausbereich, das gegenüber der derzeitigen Vergütung schon allein als mobilitätorientierter Ansatz wesentlich höhere Ansprüche an Leistungsdaten, Übermittlung und vor allem auch Kodierung stellt. Ich will jetzt von Fallpauschalen und Sonderentgelten absehen. Man kann sagen, derzeit nach Bundespflegegesetzesverordnung, gibt es, als Parameter Pflegesatz und Verweildauer in Korrespondenz natürlich auch mit den wenig übermittelnden Diagnosen. Für die DRGs ist ein Bündel an Parametern erforderlich. ICD, OPS, Alter, Entlassungsgrund, Beratungsstunden usw. Dies bedingt Daten-

zusammenführung für Zwecke der Kalkulation auf Spitzenverbandsebene, auf Bundesebene, um einfach die Preise für die DRGs leistungsgerecht zu kalkulieren. Zum anderen stellt es aber auch erhöhte Anforderungen an die Kassen, weil die Einordnung in eine DRG, die Frage ob die Abrechnung der DRG korrekt ist, ob die Behandlung erbracht wurden, ob beispielsweise zu frühe Entlassungen gegeben sind, stellen andere Anforderungen, einen anderen Umgang mit Daten als das bisherige System.

Abschließend auch noch erwähnt die neuen Ansätze im Arzneimittelbereich im Zuge des Arzneimittelbudgetablösungsgesetzes. Dieser morbiditätsorientierte Ansatz sprengt auch den Sektor. Das vorherige Budget war nur für den Sektor Arzneimittelbereich. Morbiditätsorientiert an Zahl und Krankheitsbild der Patienten orientiert setzt voraus, dass auch weitere Daten hinzugespielt werden müssen zumindest aus dem ambulanten Bereich.

Als instruktives Beispiel jetzt kurz ein paar Worte zum Disease-Management. Aufgrund der Kürze der Zeit ist es mir nicht möglich, Vertragsbeziehungen und eine genaue Ausgestaltung darzustellen. Nur ein paar wesentliche essentielle Sachen. Was ist konstituierend an Disease-Management als koordinierter Ansatz? Im Unterschied zu klassischen Behandlungsformen haben wir es hier auch mit einer Form von Nachhaltigkeit zu tun. Weg vom Focus der Akutversorgung. Der Schwerpunkt liegt stärker auf einer generellen Steuerung des Behandlungsgeschehens durch Schulungen, durch leitlinienorientiertes Handeln usw. Disease-Manager können eingesetzt werden für die Steuerung der Prozesse. Das können auch Ärzte sein, betreuende Ärzte. Wesentlich ist hier aber – der Gesetzgeber hat den Kran-

kenkassen im Verbund mit § 137 den Auftrag gegeben, dieses zu gestalten im Sinne von Koordination und Information. Nun will ich den Focus auf den ersten Absatz lenken. Disease-Management als koordinierter Ansatz über Versorgungsbereiche hinweg und über den Zeitverlauf der Erkrankung hinweg. Leistungsartenübergreifend, periodenübergreifend. D. h. es interessiert nicht mehr nur der einzelne Krankenhausfall, die Gabe von einem Medikament, die Konsultation eines Arztes, sondern das Behandlungsspektrum für einen Patienten über den Zeitverlauf der Erkrankung hinweg. Dahinter steht natürlich auch die Notwendigkeit, Daten leistungsarten- und periodenübergreifend zusammenzuführen, vielleicht ist sogar mehr zusätzliche Dokumentation erforderlich, um das gemäß bestimmter Behandlungsstandards beurteilen zu können. Das ist eine Steuerungsfunktion, die klar erweiterte Möglichkeiten der Datenhoheit auf Kassenseite benötigt. Diese Kompetenz wurde geschaffen seitens des BMG, gilt aber nur für Versicherte, die im DMP eingeschrieben sind und auch die Einwilligung gegeben haben, daran teilzunehmen.



Deshalb noch einmal abschließend zu den Grundfragen des Datenbedarfs und der Möglichkeiten der Datenverwendung auf Kassenseite. Sehen wir einmal ab vom DMP, so haben Daten auf Krankenkassenseite den Charakter, dass sie nur für die notwendigen administrativen oder steuernden Aufgaben verwendet werden. Für übergeordnete Zwecke – beispielsweise epidemiologische Zwecke oder ähnliches – gibt es keine Grundlage dafür, auf Kassenseite Daten versichertenbezogen zu erheben. Die Möglichkeiten sind datenschutzrechtlich begrenzt. Es stellt sich aber die Frage, ob diese neue steuernde Funktion, die ich eben genannt habe, nicht ein Mehr an Transparenz erfordert. Grundsätzlich stehen sich hier erst mal Datenschutz und Forderung der Krankenkassen diametral gegenüber. Bei den Kassen kann man vereinfacht sagen, besteht ein hohes Erfordernis an möglichst vielen versichertenbezogenen Daten mit einem hohen Detaillierungsgrad. Dieses findet natürlich seine Grenzen berechtigterweise in datenschutzrechtlichen Regelungen. Denn es handelt es sich um sensible, medizinische personenbezogene Daten. Der datenschutzrechtliche Regelungsbedarf setzt einmal an am Personenschutz, um einem möglichen Missbrauch vorzubeugen. Deshalb gilt das Gebot der Datensparsamkeit. Daten dürfen nur zu dem Zweck erhoben werden, wenn eine Aufgabe dem gegenübersteht und nur für den Zweck verwendet werden, für den sie erhoben werden. Kurz gesagt, kassenseitig wäre die Maximalforderung, so viele Daten wie möglich zu erfassen, um Steuerungsfunktionen wahrzunehmen. Nicht der gläserne Patient steht im Vordergrund, sondern eine Steuerungsfunktion. Die Datenschutzseite sieht aber so wenig Daten wie möglich vor, um gemäß dem Gebot der Datensparsamkeit den Personenschutz zu gewährleisten. Hier geht es darum, wenn man die Steuerungsaufgaben der Kassen ernst nimmt, Kompromiss-

formeln zu finden. Im Zuge des sog. Datentransparenzgesetzes wurden ja beispielsweise Pseudonymisierungskonzepte auf Kassenseite diskutiert. Es soll an dieser Stelle nicht vertieft werden. Es kann nur gesagt werden: Pseudonymisierung wäre eine Möglichkeit leistungsarten- und periodenübergreifend Daten zusammenzuführen. Viele Aufgaben der Kassen könnten damit gewährleistet werden. Es gibt aber auch viele Aufgaben, wo ein eindeutiger Personenbezug erforderlich ist. Von dem Moment an muss man von Depseudonymisierung sprechen. Die muß problemlos erfolgen und wenn man irgendwelche Möglichkeiten diskutiert, sei es um Pseudonymisierungskonzepte oder andere Aspekte, um den Datenschutz zu gewährleisten, muss das ohne Friktion für das Kassengeschäft realisiert werden. Damit das Kassengeschäft, das Tagesgeschäft laufen und gleichzeitig auch diese neue Steuerungsfunktion wahrgenommen werden kann.

***Andreas Hustadt:***

Meine Damen und Herren, ich werde Ihnen jetzt den Informationsbedarf der Akteure für die Steuerung des Systems erläutern. Unter "System" verstehe ich die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Das wäre also – um bei dem Bild von Prof. Rienhoff zu bleiben – die IOWA und dahinter der kleine Luxusdampfer "PKV" im Schlepptau, im Kielwasser der IOWA. Ich werde meinen Vortrag auf die Frage fokussieren, welche Informationen brauchen die einzelnen Akteure in diesem System? Dazu muss auch die

Frage beantwortet werden, was soll eigentlich gesteuert werden? Was soll dieses System leisten?

Zunächst einmal hat Transparenz in dem System "GKV" für die Beteiligten verschiedene Funktionen. Die Versicherten brauchen in erster Linie Transparenz zur Orientierung, beispielsweise für die Auswahl des richtigen Leistungserbringers. Sie müssen Qualitäten beurteilen können, um ihre Entscheidungen zu treffen: Wer ist für mich der richtige Arzt, das richtige Krankenhaus, was ist das richtige Hilfsmittel und an wen muss ich mich wenden?

Die Behandler brauchen Transparenz, um die Behandlung bedarfsgerecht durchführen zu können, d. h. sie brauchen die Informationen, die für eine richtige Diagnose- und Therapieentscheidung wichtig sind.

Transparenz schützt auch vor Manipulationen. Beispielsweise den niedergelassenen Arzt vor den ökonomischen Konsequenzen einer nicht indizierten Leistungsmengenausweitung von Kollegen oder vor sonstigen Manipulationen. Hier ist der Problemdruck in den letzten Jahren gestiegen.

Auch eine leistungsgerechte Vergütung lässt sich nur vor dem Hintergrund transparenter Leistungs- und Kostenstrukturen ermitteln und bezahlen.

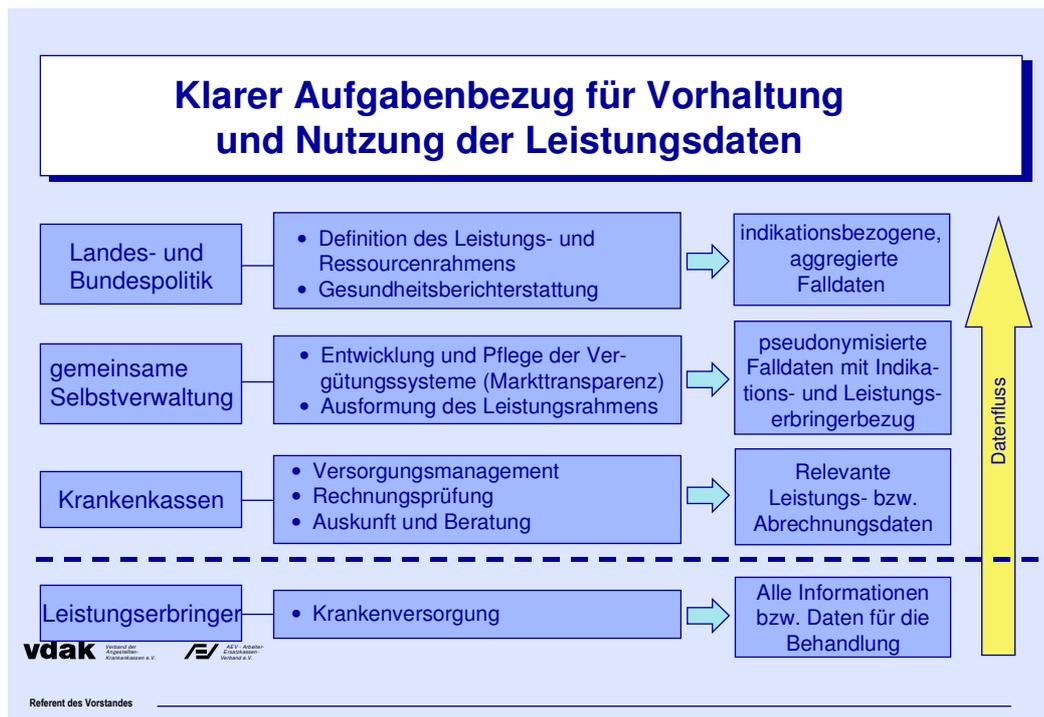
Weiterhin bietet Transparenz die natürliche Voraussetzung für Leistungswettbewerb: Wettbewerb zwischen den Krankenkassen – welche Kasse ist im Service gegenüber den Versicherten attraktiver, schneller, informativer? Leistungswettbewerb zwischen den Behandlern – welches Krankenhaus kann bestimmte Operationen medizinisch und wirtschaftlich besser durch-

führen? Wie steht das einzelne Haus im Vergleich mit anderen Häusern? Die DRGs sind beispielsweise ein gutes Instrument, um Transparenz für einen Leistungswettbewerb der Krankenhäuser herzustellen.

Zu guter Letzt hilft Transparenz natürlich auch der Politik bei der Entscheidungsfindung.

Insgesamt ist das System auf ein Ziel fixiert: Es soll eine hochwertige Gesundheitsversorgung sicherstellen. Transparenz ist dafür die zentrale Voraussetzung. Die Forderung nach mehr Transparenz wird manchmal dahingehend missverstanden, dass alle Abrechnungs- und Leistungsdaten in einen großen Datenpool eingestellt werden sollen. Das ist jedoch – so denke ich – eine Illusion oder vielmehr ein Schreckensszenario. Denn so würde keine Transparenz geschaffen, sondern ein undurchdringlicher Dschungel an unspezifischen Informationen entstehen. Transparenz verlangt viel mehr, dass die einzelnen Akteure jeweils über die Informationen verfügen, die sie für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben brauchen. Es geht also darum, die Informationen auf das Wesentliche zu beschränken. Die Nebenbedingungen sind eine gute Datenqualität sowie die Gewährleistung des Datenschutzes. Zum Stichwort "Datenqualität": Die Leistungsdaten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung sind zur Zeit hinsichtlich ihrer Aussagekraft für ein effektives Versorgungsmanagement wenig brauchbar. Das ist logisch, denn wenn das Honorierungssystem auf zeitraumbezogenen Kontaktfallpauschalen besteht, dann ist es schwierig bis unmöglich, aussagekräftige Informationen über Krankheitsverläufe aus den Abrechnungen heraus zu gewinnen.

Was die Forderung nach einem klaren Aufgabenbezug für die Nutzung der Abrechnungsdaten und den Datenfluss in der GKV bedeutet, zeige ich Ihnen auf der nächsten Folie.



Da ist zunächst der Leistungserbringer, dessen Aufgabe es ist, die Patienten bedarfsgerecht zu versorgen. Er braucht dafür alle Daten und Informationen, die für die Behandlung wichtig sind. Für die Bereitstellung der Informationen kann zukünftig eine "elektronische Patientenakte" eine große Bedeutung erhalten.

Auf der nächsthöheren Ebene des Gesundheitssystems sind die Funktionen der Krankenkassen angesiedelt: Die Krankenkassen sind – wie Herr

Dembski bereits geschildert hat – für das Versorgungsmanagement zuständig, sie schließen Verträge, treffen Leistungsentscheidungen, prüfen die Rechnungen, geben Auskunft und beraten ihre Versicherten. Die Krankenkassen brauchen nicht die Detailinformationen, die der Leistungserbringer benötigt – beispielsweise die gesamte Anamnese –, sondern die relevanten aggregierten Leistungs- bzw. Abrechnungsdaten.

Auf der dritten Ebene hat die gemeinsame Selbstverwaltung einen spezifischen Informationsbedarf. Sie muss beispielsweise Vergütungssysteme entwickeln, wie den EBM, und Entscheidungen zur Ausformung des Leistungsrahmens treffen. Dazu sollte die gemeinsame Selbstverwaltung zwingend auf Datensätze zurückgreifen können, die krankheitsspezifisch das Leistungsgeschehen abbilden. Der Rückgriff auf die Identität der einzelnen Versicherten bzw. Patienten ist nicht notwendig. Jedoch ist der Leistungserbringerbezug wichtig, um beispielsweise eine effektive Wirtschaftlichkeitsprüfung durchführen zu können.

Ganz oben im System ist die Landes- und Bundespolitik anzusiedeln, die den Leistungs- und Ressourcenrahmen definiert. Die Politik muss routinemäßig über Informationen verfügen, die ihr eine krankheitsspezifische Sicht der Dinge erlaubt. Für ihre Entscheidungen ist beispielsweise wichtig zu wissen, wie Diabetiker in einer Region versorgt werden. Dabei kann sie jedoch auf den Versicherten- und Leistungserbringerbezug verzichten. In diesem Kontext hat eine erweiterte Gesundheitsberichterstattung eine oft unterschätzte Funktion.

Die Folie macht klar, dass entsprechend der Aufgabenzuweisung der Informationsfluss über das Leistungsgeschehen von der individuellen Behandlung ausgehend auf die weiteren Akteur-Ebenen pyramidenförmig verläuft. Der Informationsgrad nimmt ab, was auch mit den Anforderungen des Datenschutzes harmoniert. Auf der landes- und bundespolitischen Ebene muss niemand versicherten- bzw. leistungserbringerbezogen intervenieren. Ebenso sind auf der Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung auch keine versichertenbezogenen Daten notwendig.

Zur Zeit haben wir in Deutschland ein zentrales Transparenzproblem: Abrechnungs- und Leistungsdaten können nicht fall- und indikationsbezogen zusammengeführt und analysiert werden. Mit "Fall" meine ich wirklich den Versorgungsfall und nicht eine Quartalsabrechnung über erbrachte Leistungen im Zusammenhang mit unterschiedlichen Krankheiten. Hintergrund des Problems ist, dass die Krankenkassen über die ambulante Versorgung die Daten nicht krankheits- und gleichzeitig versichertenbezogen erhalten. Keine Krankenkasse weiß, wie teuer ein Diabetiker ist oder wie ihre Diabetiker behandelt werden. Die Folge ist, dass die Versicherten, die Patienten nicht genügend unterstützt werden können, weil die Datenbasis für die Entwicklung von Versorgungskonzepten fehlt. Diesen Punkt moniert regelmäßig auch der Sachverständigenrat. Wenn wir in Deutschland Disease-Management machen wollen, müssen wir dringend darüber Transparenz schaffen, wie beispielsweise Diabetiker behandelt werden. Diese Status quo-Erhebung muss mit dem Anspruch bzw. der Leitlinie verglichen werden, wie Diabetiker behandelt werden sollen. So lassen sich dann Versorgungs-

programme entwickeln, deren Durchführung ebenfalls wieder durch ein Controlling hinterlegt, also transparent sein müssen.

Auch können wir als Krankenkassen zur Zeit sinnvolle Rechnungsprüfungen und Manipulationskontrollen nicht durchführen, da wir nicht in dem notwendigen Umfang über die versichertenbezogenen Daten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung verfügen. Ich will Ihnen ein Beispiel nennen: Keine Krankenkasse kann prüfen, ob ein Zahnarzt dieselbe Füllung am selben Zahn jedes Quartal wieder neu abrechnet. Hier stehen der Manipulation Tür und Tor offen.

Ein weiteres zentrales Transparenzproblem liegt darin, dass die Vergütungssysteme nicht indikations- und fallbezogen sind. Das hat Auswirkungen auf die Datenqualität, aber auch auf die Behandlungsqualität. Wenn nicht versorgungsfallbezogen und krankheitsspezifisch honoriert wird, bedeutet das natürlich auch, dass unter Umständen auch nicht bedarfsgerecht behandelt wird. Anreize, die Behandlung wirklich bedarfsgerecht durchzuführen, werden zur Zeit durch das Honorarsystem nicht gesetzt. Im Krankenhausbereich wird dieser Mangel mit der Einführung der DRGs in den nächsten Jahren behoben. Im niedergelassenen Bereich bleibt jedoch das Problem bestehen. Der niedergelassene Arzt hat weiterhin den Anreiz, Risikopatienten minimal zu behandeln. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Patienten, die mit Bagatellerkrankungen kommen, unter Umständen zu viel Zuwendung erhalten. Im Ergebnis ist die Versorgung in Deutschland nicht bedarfsgerecht. Das quittiert auch der Sachverständigenrat insbesondere in seinem letzten Gutachten. Gerade die Versorgung chronisch Kranker ist in der Bun-

desrepublik nicht so, wie sie sein sollte. In Deutschland müssen wir auch darüber unzufrieden sein, dass Informationen über Ergebnisqualitäten nicht erhoben werden. Damit fehlen insbesondere den Patienten die wichtigen Informationen, um ihre Entscheidung hinsichtlich der Wahl des Leistungserbringers bzw. der Behandlung zu treffen.

Aus dem Problemaufriss lässt sich der Reformbedarf zwingend ableiten:

Die Krankenkassen müssen die Abrechnungs- und Leistungsdaten aus der ambulanten Versorgung arzt- und versichertenbezogen zusammenführen können, damit das Leistungsgeschehen krankheitsspezifisch dargestellt werden kann. Dies muss einhergehen mit einer redaktionellen Klarstellung im Gesetz hinsichtlich der Versorgungsmanagement-Kompetenzen der Krankenkassen, wie es jetzt zum ersten Mal richtig deutlich im Zusammenhang mit den Disease-Management-Regelungen im RSA in das Gesetz aufgenommen wurde. Ansonsten wird es weiterhin den unbefriedigenden Streit geben, wer denn für das Versorgungsmanagement verantwortlich ist. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen reklamieren diese Kompetenz, ohne sie effektiv wahrgenommen zu haben oder wahrnehmen zu können und halten sie den Krankenkassen vor. Der Patient bleibt auf der Strecke.

Wir brauchen in Deutschland pauschalierte fall- und indikationsbezogene Vergütungssysteme auch in der ambulanten Versorgung. Und wir brauchen eine erweiterte, aussagekräftige Gesundheitsberichterstattung für Bund und Länder. Nach meiner persönlichen Auffassung werden wir auch nicht Drumherum kommen, in den nächsten Jahren zugängliche Qualitätsberichte

zu veröffentlichen. In angelsächsischen Ländern ist das bereits gelebte Praxis. Der National Health Service gibt beispielsweise regelmäßig Berichte über Komplikationsraten bei Operationen, Sterberaten, Leistungsfrequenzen krankenhaus- und sogar abteilungsspezifisch heraus. Diese Informationen sind ebenfalls wichtig, um die notwendige Transparenz zu schaffen, damit eine gute Patientenversorgung auch in Zukunft gewährleistet werden kann.

***Heinz-Theo Rey:***

Heute morgen wurde das Gesundheitswesen mit dem Schlachtschiff IOWA verglichen. Daher möchte ich mich ebenfalls als ein Maschinist der IOWA bei Ihnen vorstellen. Die IOWA hat ja bekanntlich verschiedene Maschinen.

Ich werde Ihnen berichten über die derzeitige Situation im ambulanten Bereich und werde darlegen, in welcher Form derzeit die Systemsteuerung stattfindet. Zu diesem Zweck gehe ich sowohl auf die Datenlage ein als auch auf die Verarbeitung der Daten im System der Kassenärztlichen Vereinigungen und auf den Datenaustausch mit den Krankenkassen. Hier kann ich übrigens in einigen Punkten meinem Vorredner nicht zustimmen.

Aus der Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft bestehen einige Defizite im derzeitigen System. Diese will ich kurz darstellen und abschließend auf unsere Forderungen bezüglich der Datentransparenz zu sprechen kommen.

Aber zuerst möchte ich die derzeitige Situation beschreiben:

Die im ambulanten Bereich ausgetauschten Daten finden ihren Ursprung in der Regel in der Arztpraxis. Hier organisiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung den kompletten Datenaustausch zwischen Arztpraxis und Kassenärztlicher Vereinigung. Hier nehmen wir gesetzliche und vertragliche Änderungen auf, definieren entsprechende Schnittstellen und Prüfregele für die Softwarehäuser und nehmen ebenfalls Zertifizierungen dieser Softwarehäuser vor.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten, dass die Ärzte geordnet abrechnen können. Es existieren eine Vielzahl von gesetzlichen, vertraglichen und fachlichen Regelungen, die auf die vom Arzt eingereichten Daten angewendet werden, um eine sachlich richtiggestellte Arztabrechnung von hoher Qualität zu erreichen. Dies beginnt bei der Korrektur geringer Eingabefehler über das Regelwerk des EBM bis hin zur Umsetzung der Praxisbudgetierung.

Der Honorarverteilungsmaßstab ist eine Regelung, die auf regionaler Ebene innerhalb der Selbstverwaltung der Ärzteschaft beschlossen wird mit dem Ziel, Honorargerechtigkeit walten zu lassen.

Zur geordneten Abrechnung gehört ferner der sog. Fremdkassenzahlungsausgleich. Das ist ein recht komplexes Verfahren, das dafür sorgt, dass im Bundesgebiet die angefallenen Leistungen im ambulanten Bereich gemäß des Leistungsortes verteilt werden. Wohnt beispielsweise ein Mensch in Köln und geht dieser in München zum Arzt, so liegt aus der Sicht der KV Bayerns ein Fremdfall vor, dessen Leistungen KV-übergreifend durch den Fremdkassenzahlungsausgleich verrechnet werden.

Neben diesem durch die KBV organisierten Verfahren sind zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen noch verschiedene andere Clearingverfahren eingerichtet worden zum Zwecke der Abrechnung, so z.B. ein Clearing für Laborleistungen.

Zum Datenaustausch mit den Krankenkassen:

Der Austausch von Stamm- und Abrechnungsdaten zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gemäß §§295 ff. SGB V wird im System der Kassenärztlichen Vereinigungen von der KBV koordiniert.

Dieser Datenaustausch wird seit etwa vier Jahren unsererseits mit Erfolg praktiziert. Hierzu sind Regelungen vereinbart worden, die bezüglich der Datenlieferungsverpflichtungen weit über das gesetzlich vorgeschriebene Maß hinausgehen. Wir liefern auf verschiedenen Ebenen Stammdaten, statistische Daten und auch fallbezogene Abrechnungsdaten von hoher Qualität.

Vor diesem Hintergrund muss ich erwähnen, dass die Qualität der hier ausgetauschten Daten nach unserer Kenntnis im Vergleich mit der der anderen Sektoren mit Abstand die beste ist.

Aus unserer Sicht jedoch sind diese Datenlieferungen ein relativ einseitiges Geschäft, denn die kassenseitig gesetzlich vorgeschriebenen Datenlieferungen an den ambulanten Bereich finden so gut wie gar nicht statt.

Vor allem bezüglich Verwaltungsdaten warten wir händeringend auf eine Datenlieferung in vernünftiger Qualität.

Das System der Kassenärztlichen Vereinigungen wird in jüngster Zeit regelmäßig von Kassenseite und auch seitens der Politik angegriffen, wenn es um die Arzneimittelverordnung geht. Hier jedoch haben die Kassenärztlichen Vereinigungen derzeit überhaupt keine Steuerungsmöglichkeiten, da keine Daten vorliegen.

Hier werden uns beispielsweise kassenseitig PDF-Dateien angeboten. Für die Nichttechniker unter Ihnen: Beim PDF-Format haben Sie de facto nur ausdrückbare Graphiken vorliegen. Die Lieferung wäre also mit einer Papierlieferung vergleichbar.

Sie können keinem Menschen die Chauffeurfunktion übertragen und ihm gleichzeitig die Augen verbinden.

Auch werden die Kassenärztlichen Vereinigungen oft gesetzlich gehindert, die dort vorhandene Datenbasis zu nutzen, so dürfen z.B. keine versichertenbezogene Auswertungen erfolgen.

Unsere Versuche, Rückschlüsse auf die Morbidität zu ziehen, wurden in der Vergangenheit kassenseitig nicht unterstützt. Hier sei unser Projekt „Morbiditätsindex“ genannt, wo die Konzeption Auswertungen morbiditätsbezogener Daten aus verschiedenen Sektoren vorsieht. Die Daten des stationären Bereiches sollten hier kassenseitig beigestellt werden. Bis heute wird eine kassenseitige Beteiligung am Projekt jedoch blockiert.

Ähnliches ist zu erwarten, wenn die im Rahmen der DRG-Einführung zu erwartenden Verlagerungseffekte vom stationären in den ambulanten Bereich quantifiziert werden sollen.

Abschließend:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen derzeit eine Datentransparenz bezüglich der Abrechnungsdaten des ambulanten Bereiches sicher und gehen hierbei über die gesetzlichen Vorgaben hinaus.

Vor allem aber ist die Datentransparenz über das gesamte Verordnungsverhalten erforderlich für alle Beteiligten. Die aktuelle Situation ist umso mehr unverständlich, weil alle Partner der Selbstverwaltung hier ähnliche Ziele haben müssten.

Im Ergebnis muss es eine sektorübergreifende, morbiditätsbezogene Datenzusammenführung geben, wobei wir allerdings die Probleme sehen, die sich aus den zu erwartenden Datenmengen ergeben.

Vor allem aber müssen die Grundsätze des Datenschutzes beachtet werden; die Zielsetzungen der Transparenz und des Datenschutzes laufen etwas gegeneinander.

Daher schlagen wir ein mehrstufiges, zentrales Pseudonymisierungsverfahren vor, je nach Aufgabenstellung auch eine Anonymisierung der Daten bezüglich Versicherten- und Arztbezug. Ferner müssen Abrechnungs- und Statistikdatenströme streng voneinander getrennt werden, da letztere alleinig zur Systemsteuerung erforderlich sind.