

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

Workshop 2.2

Elektronisches Rezept

- Moderation: Dr. Gerhard Brenner, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik
- Statements: Dr. Claus-Werner Brill, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
- Dr. Peter Debold, Debold & Lux Beratungsgesellschaft
- Dr. Gerd Schorn, Bundesministerium für Gesundheit
(Beitrag nicht verfügbar)
- Volkhard Sendatzki, Bundesverband der Betriebskrankenkassen
- Bericht: Anne Strobel, AOK-Bundesverband
- Dr. Erhard Geiss, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

Zusammenfassender Bericht:

Kernaussagen der Statements einschließlich Zusammenfassung der sich anschließenden Diskussionsbeiträge

Dr. Brill

Die primären Effekte eines elektronischen Rezepts liegen, in der

- verbesserten Patientenversorgung,
- Steigerung der Prozessqualität,
- Verbesserung der Datenlage aller Beteiligten.

Vorge stellt und diskutiert werden für die nichtadressierte Rezeptübermittlung (freie Apothekenwahl) verschiedene technische Alternativen unter Berücksichtigung der besonderen Rolle des Patienten.

Dr. Debold

Das zusammenfassende Ergebnis der Studie von Dr. Debold & Lux zu Wirtschaftlichkeitsreserven des elektronischen Rezepts offenbart hohe Einsparpotenziale in den Sektoren Zuzahlungsbefreiung, automatisierte Transaktion einschließlich Prüfung sowie Arzneimitteldokumentation in Höhe von ca. 885 Mio. DM im Jahr. Die dazu erforderlichen Investitionen belaufen sich auf 1,1 Mrd. DM einschließlich der Neuauflage der Versicherungskarte in Prozessorchipqualität. Die Amortisationsdauer liegt unter 13 Monaten. Die alleinige Funktionalität des elektronischen Rezeptes ohne Arzneimitteldokumentation amortisiert sich dagegen nicht. Eine PKI-Infrastruktur (elektronische Signatur) würde zusätzlich 1 Mrd. DM kosten

und sich mangels gegenrechenbarer Nutzeffekte in absehbarer Zeit ebenfalls nicht amortisieren.

Herr Sendatzki

Das elektronische Rezept gilt als integraler Baustein in Richtung einer flächendeckenden Telematikplattform für das Gesundheitswesen. Die Spitzenorganisationen haben diesen Einstieg beschlossen und ein Team von Umsetzungsbeauftragten mit der Konsentierung bezüglich der technisch-organisatorischen Vorgehensweise beauftragt. Ausgangspunkt ist das sogenannte Kölner Modell, dass von den Spitzenverbänden der GKV, der KBV und „zu 99 Prozent“ auch von der ABDA getragen wird. Die Apothekerseite legt unter Verweis auf das Debold & Lux-Gutachten Wert auf die Feststellung, dass die Transparenzverbesserung nicht den Haupt-, sondern einen Nebeneffekt darstellt.

Das Kölner Modell unterscheidet folgende vier Funktionsebenen:

- Validierungsebene (Datenbanken/Trust Center)
- Aktionsebene (Kernprozess der Verordnung, Dispensierung, Arzneimitteldokumentation und Abrechnung)
- Transaktionsebene (Transport/Abrechnungsserver)
- Controlling- und Statistikebene (selektive Informationsrückkopplung)

Bestandteil des Kölner Modells ist die Ausstattung der Leistungserbringer mit Health Professionals Cards, die Schaffung einer netzbasierten Kommunikation sowie die Einrichtung der erforderlichen Sicherheitsinfrastruktur.

Die Realisierung soll stufenweise auf Basis eines Pflichtenheftes erfolgen und kurzfristig einem Projektbüro übertragen werden. Angesichts der offenen Diskussionen über einen Gesundheitspass, die digitale Bürgerkarte etc. verzichten die Spitzenorganisationen vorläufig auf die Herausgabe einer neuen, kostenintensiven Versichertenkarte (ca. 390 Mio. DM).

Dr. Schorn

Das BMG begrüßt den Arbeitsfortschritt der im ATG zusammengeschlossenen Spitzenorganisationen. Es legt Wert darauf, dass übergreifende, kompatible Lösungen (mit Blickrichtung auf Disease Management, sektorübergreifende Kooperation, Versandhandel; e-Commerce), die auch europäische Aspekte berücksichtigen, geschaffen werden. Das BMG ist für politische Zielsetzungen in diesem Zusammenhang zuständig, nicht jedoch für technologische Festlegungen.

Das BMG sieht das elektronische Rezept als funktionalen Baustein eines zukünftigen Gesundheitspasses und wird den rechtlichen Rahmen entsprechend gestalten. Das BMG erwartet, dass die Spitzenorganisationen kurzfristig mit den Umsetzungsaktivitäten beginnen.

Anne Strobel, AOK-Bundesverband

Dr. Erhard Geiss, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.

WORKSHOP-DOKUMENTATION

Dr. Gerhard Brenner:

Das Elektronische Rezept scheint sich zum zentralen Thema beim Aufbau einer elektronischen Plattform im deutschen Gesundheitssystem zu entwickeln. Ich denke, zunächst sollten wir uns kurz darüber verständigen, über was wir eigentlich reden und was wir unter einem elektronischem Rezept verstehen. In der öffentlichen Diskussion wird das elektronische Rezept nur wahrgenommen als digitale Übertragung von Rezeptdaten aus der Arztpraxis in die Apotheke mit unterschiedlichen Verfahren.

Im Vordergrund steht die Vorstellung einer Chipkarte für den Datentransport aber es gibt auch starke Kräfte für eine Netzwerklösung. Das elektronische Rezept umfasst aus meiner Sicht weit mehr als lediglich diese digitale Transportfunktion. Es wird immer suggeriert, alles ist relativ einfach. Man schafft das Rezeptpapier ab und schaltet eine Chipkarte oder eine Netzübertragung dazwischen. Der gesamte Rezeptierungs-Kreislauf besteht aber aus mehreren Funktionen. Er beginnt schon in der Bereitstellung einer geeigneten Medikamentendatei für die Arztpraxis, aus der vom Arzt ein Arzneimittel in elektronischer Form ausgewählt werden kann. Dann folgt die elektronische Erstellung des Rezeptes im Praxiscomputer. Diese Funktionen sind heute weitgehend vorhanden. Es gibt nur noch wenige Ärzte, die das Rezept mit Papier und Füllfederhalter ausstellen.

Nur die danach folgende Übermittlung der Rezeptdaten von der Praxis in die Apotheke (heute noch durch den Patienten) wird in der öffentlichen Diskussion als „elektronisches Rezept“ wahrgenommen. Der folgende Verarbeitungsprozess der Rezeptdaten in Rechenzentren der Apotheker und der Kostenträger zum Zwecke der Abrechnung geschieht heute ebenfalls in elektronischer Form. Wenn wir über diesen Rezeptkreislauf reden, müssen wir diese verschiedenen Funktionen berücksichtigen. Dies zeigt auch, worin die Komplexität der gesamten Materie liegt. Die digitale Übermittlung der Rezeptdaten von der Arztpraxis in die Apotheke ist aus meiner Sicht lediglich die letzte Meile, die es zu schließen gilt, um den Rezeptkreislauf vollständig elektronisch zu organisieren.

Das elektronische Rezept macht den Aufbau einer Infrastruktur notwendig, die heute nur in Teilelementen vorhanden ist. Wir brauchen dazu Kartenlösungen aber auch Netze. In welcher Kombination, wird die nachfolgende Diskussion zeigen. Wir brauchen eine geeignete Sicherheitsarchitektur, d. h. wir müssen Rezeptdaten natürlich in verschlüsselter Form übermitteln. Ich betone ganz deutlich: die Einführung eines elektronischen Rezeptes hat die zeitgleiche Einführung einer Health Professional Card zur Voraussetzung. Dies ist nach meinem Eindruck bisher noch nicht so in das öffentliche Bewusstsein vorgedrungen. Wir müssen den Aufbau von Trust Centern organisieren, entweder in Kooperation mit kommerziellen Anbietern (z.B. Post, Telekom, etc.) oder in eigener Form als Organisation der Ärzte, Apotheker und Krankenkassen, die öffentliche und geheime Schlüssel zertifizieren und verwalten. Wir brauchen auch eine Modernisierung vieler Praxisverwaltungssysteme. Die Computerisierung der Arztpraxen beträgt heute

nahezu 90 %. Obwohl die Mehrzahl der Arztpraxen computerisiert sind, arbeiten sie teilweise mit Betriebssystemen, die nicht internetfähig sind. Hierzu ist ein erheblicher Investitionsschub notwendig. Und wir brauchen natürlich in allen Arztpraxen und Krankenhäusern Arzneimittelinformationssysteme. Dazu ist ein übersektoraler Konsens aller Akteure im Gesundheitswesen notwendig. Vereinbarungen technologischer, organisatorischer und finanzieller Art sind zu treffen, um das ganze komplexe System aufzubauen.

Das elektronische Rezept kann im Hinblick auf seine Auswirkungen unter drei Dimensionen diskutiert werden: unter technologischen Aspekten, unter ökonomischen Aspekten und unter qualitativen Aspekten. Im sogenannten Roland Berger-Gutachten aus dem Jahre 1998 wurde das elektronische Rezept erstmals thematisiert und zwar vorwiegend unter dem Gesichtspunkt seiner technologischen Schrittmacherfunktion für den Aufbau einer elektronischen Infrastruktur im deutschen Gesundheitssystem. Das elektronische Rezept ist als Anwendungsbeispiel für eine solche Schrittmacherfunktion geeignet, weil Vorgänge elektronisch umgesetzt werden, die täglich in Arztpraxen und Krankenhäusern bei einer Vielzahl an Patienten stattfinden. Es setzt bei einer Massendatenverarbeitung an und hat deshalb durch Rationalisierung auch gleichzeitig einen ökonomischen Nutzen.

Wenn man einmal in der Vergangenheit den Siegeszug der heute schon vorhandenen DV-Technik im Gesundheitswesen sieht, hat diese immer dort angesetzt, wo es um Massendatenverarbeitung geht. Ich denke, wenn wir auch medizinische Befund- und Behandlungsdaten übertragen wollen, müssen

wir auch dort ansetzen, wo es um Massendatenverarbeitung geht. So schön manche Projekte auch sind, um z.B. eine bestimmte, sehr seltene Operation vom Ort A nach B zu übertragen, werden diese mangels breiter Anwendung keine Schrittmacherfunktion für den Aufbau eines elektronischen Kommunikationsnetzes ausüben können.

Der ökonomische Effekt des elektronischen Rezeptes liegt in der Vermeidung des Medienbruches und in der Abschaffung der Papierbelege. Wir haben zur Zeit circa 470 Mio. Rezepte mit circa 750 Mio. Verordnungen, die alle noch erfasst werden müssen. Ein Zusatznutzen entsteht dadurch, dass relativ schnell Arzneimittelinformationen auch für die Kostensteuerung von Arzneimittelbudgets zur Verfügung stehen.

Ein qualitativer Aspekt der elektronischen Rezepterstellung liegt darin, dass der Patient, wenn man das System mit Chipkarten organisiert, permanent einen Medikamentenstatus zur Verfügung hat. Beim Neukauf oder der Neuausgabe von Arzneimitteln kann dieser gespeicherte Medikamentenstatus dem Apotheker zur Verfügung gestellt werden, der dann durch Interaktions-Check feststellen kann, ob das neue Medikament sich mit den alten und bisher eingenommenen verträgt. Ich denke, das ist ein ganz wesentlicher Fortschritt auf dem Gebiet der Arzneimittelsicherheit. Natürlich können Medikamenten-Checks auch schon in der Arztpraxis gemacht werden. Über den Transport und die Dokumentation von Arzneimitteln werden wir im Rahmen dieses Workshops sprechen.

Ich darf Ihnen kurz die Referenten vorstellen. Sie sind auch so gemischt, dass die verschiedenen Positionen deutlich zum Ausdruck kommen werden. Herr Dr. Brill von der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände wird ein Modell der deutschen Apotheker vorstellen. Zu meiner Linken sitzt Herr Dr. Debold. Seine Unternehmensberatung hat nach vielen Monaten der Diskussion zwischen den Spitzenverbänden über Sinn und Notwendigkeit eines Gutachtens zur Bewertung der verschiedenen Verfahren und Funktionalitäten eines elektronischen Rezeptes ein solches Gutachten vorgelegt. Es ist verständlich, dass die Beteiligten – bevor sie Milliarden investieren - erst einmal wissen wollen, wie eigentlich Kosten und Nutzen verteilt sind. Ich persönlich, verzeihen Sie mir diese Bemerkung, bin etwas erstaunt, dass nachdem dieses Gutachten vorliegt nach dem viele gerufen haben, ich nicht erkenne, dass über die Ergebnisse eine öffentliche Diskussion stattfindet.

Herr Sendatzki vertritt den Bundesverband der Betriebskrankenkassen, aber ich denke, seine Ausführungen sprechen nicht nur für seinen Bundesverband, sondern beleuchtet vermutlich die Position der gesetzlichen Krankenkassen insgesamt.

Nicht im Programm steht Herr Dr. Schorn, Ministerialrat im Bundesministerium für Gesundheit, der sich dankenswerterweise noch kurzfristig bereit erklärt hat, in dieser Runde ein Statement einzubringen. Herr Dr. Schorn vertritt im Bundesgesundheitsministerium Fragen des Arzneimittelwesens und wird hier aus dieser Sicht zum elektronischen Rezept Stellung nehmen. Ich hoffe, dass er vielleicht auch auf die Frage der Verbindung eingeht zwischen elektronischem Rezept und Integration des elektronischen Rezep-

tes in die Initiative seines Ministeriums zum Gesundheitspass. Herr Dr. Geiss und Frau Anne Strobel werden die Berichterstattung vornehmen.

Ich glaube, die Zusammensetzung des Podiums ist gut geeignet für die unterschiedliche Akzentuierung unseres Themas.

Dr. Claus-Werner Brill:

Die Trägerorganisationen des deutschen Gesundheitswesens beabsichtigen die Realisierung telematik-gestützter Informationsflüsse. Ziel ist in erster Linie eine verbesserte Versorgung der Patienten, daneben eine gesteigerte Prozessqualität und eine verbesserte Datenlage für alle Beteiligten. Als grundlegender Schritt in Richtung einer Telematikplattform wird oft die Realisierung des Elektronischen Rezepts gesehen. Gerade die Applikationen rund um das Arzneimittel stehen, wie das Kongress-Programm zeigt, gegenwärtig wieder im Focus der telematischen Anwendungen.

Dies ist auf den ersten Blick erstaunlich. Denn schon heute sind im Bereich der Arzneimittelversorgung elektronische Verfahren allgemein eingeführt. Seit etlichen Jahren gibt es für die GKV-Rezepte flächendeckend eingesetzte Verfahren zur elektronischen Datenerfassung und gerade für Arzneimittelinformationen stehen schon seit langer Zeit feinstrukturierte und kodierte Datenbanken zur Verfügung. Die hohe Qualität dieser Informatio-

nen und der Anspruch auf vollständige Abbildung des gesamten Arzneimittelmarktes suchen im Gesundheitswesen ihresgleichen.

In der Tat, ginge es bei der Entwicklung der Telematik darum, elektronische Verfahren *synchron* in den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens einzuführen, so dürfte gerade das Rezept nicht im Vordergrund stehen. Denn hier ist die Entwicklung ja schon weit gediehen.

Aber, meine Damen und Herren, technologische Entwicklungen werden offensichtlich nicht von *Symmetrie*-Überlegungen getragen. Entscheidend ist wohl eher das Vorhandensein oder das Fehlen der entscheidenden Basisentwicklungen, auf denen neue Technologien aufbauen können. Und da ist der Arzneimittelbereich natürlich ein dankbares Feld.

Die durch telematische Prozesse entstehenden äußerst voluminösen Datenaggregate, lassen sich durch hochwertige strukturierte Datenbanken automatisiert

- auswerten, ➤ zusammenfassen, ➤ verarbeiten,
- dokumentieren, ➤ bewerten, ➤ klassifizieren,
- archivieren ➤ und vor allem auch prüfen.

Das hat eine andere Qualität, als das bloße Zusammenfassen von Daten zu lediglich manuell und visuell auswertbaren Aggregaten.

Datenbanken beschreiben systematisch praktisch jede Eigenschaft eines Medikaments:

- seine wirksamen Bestandteile,
- die Hilfsstoffe,
- seine Wirkungen und Nebenwirkungen,
- den Hersteller,
- die Darreichungsform,
- den Applikationsweg,
- die Allergien,
- die Dosierung,
- die Kontraindikationen
- und last but not least, alle nur denkbaren wirtschaftlich und logistisch relevanten Daten.

Selbst diese lange Liste stellt nur einen schmalen Ausschnitt aus der weit verzweigten und feingegliederten Struktur dar.

Der Einsatz telematischer Verfahren zur Vernetzung von Datenströmen führt deshalb bei den Arzneimitteldaten eben nicht zu den vielzitierten „vernetzten Datenfriedhöfen“, sondern zu sinnvoll auswertbaren Aggregaten.

Entscheidend ist, dass es beim Rezept erst in zweiter Linie darum geht, den bestehenden Vorsprung hinsichtlich der elektronischen Datenflüsse und

Datentransparenz noch weiter auszubauen, letzteres ist ein nützlicher Nebenaspekt.

Wichtig ist vielmehr, dass das elektronische Rezept die Möglichkeit einer „intelligenten“ elektronischen Prüfung der Verordnung nach formalen und pharmakologischen Kriterien bietet. Die Automatisierung der Prüfungen bei Arzt und Apotheker und die Tatsache, dass sie von der EDV im Hintergrund durchgeführt werden, ist dabei ein wesentliches Qualitätsmerkmal. Darüber hinaus können Prüfprozesse auch automatisiert ex-post stattfinden, was insbesondere für die Krankenkassen in deren Prüfstellen von erheblicher Bedeutung ist.

Das Vorliegen der Patientendaten in digitaler Form ermöglicht die Überprüfung der verordneten Arzneimittel im Hinblick auf die Verträglichkeit mit Alter und Geschlecht des Patienten. Die versehentliche Verordnung bzw. Abgabe von – für den Patienten – ungeeigneten Arzneimitteln wird dadurch weitestgehend verhindert.

Erlaubt der Patient die Speicherung der aktuellen Medikation sowie individueller medikationsrelevanter Merkmale – als Beispiel seien Allergien genannt – können diese in ein Screening zum Erkennen von

- Kontraindikationen,
- Wechselwirkungen,
- Doppelmedikationen
- Arzneimittelallergien
- usw.

einbezogen werden. Diese Informationen ermöglichen eine qualitative Verbesserung der Arzneimittelversorgung, von der vor allem der Patient profi-

tiert. Die pharmakologische Plausibilitätskontrolle der Medikation stellt auch wirtschaftlich gesehen einen bedeutsamen Beitrag zur Kostenreduzierung im Gesundheitswesen dar.

Eine weitere kostensparende Mehrwertanwendung rund um das Rezept ist in diesem Zusammenhang die elektronische „Legitimation der Zuzahlungsbe-freiung“. Von ihr haben wir uns große wirtschaftliche Vorteile erhofft. Eine umfassende Kosten-Nutzen-Analyse hat unsere Erwartungen nicht nur erfüllt, sondern weit übertroffen.

Schließlich ist die Schaffung eines Transparenzdaten-Servers ein weiteres wichtiges Standbein der telematischen Entwicklung.

Der Transparenzdatenserver stellt eine telematische Option dar, die funktio-nal außerhalb des Prozesses zum eRezept steht und deshalb unabhängig von ihm implementiert werden kann und bereits implementiert ist.

Beim Transparenzdatenserver werden Rezeptinformationen aus Papierre-zepten und den künftigen eRezepten in einem logischen Datenverbund zu-sammengefasst. Im Datenstrom ist er nach der Apotheke angesiedelt, weil er die Dispensierdaten, also die Abgabedaten, der Apotheke berücksichtigen muss. Das schließt nicht aus, dass auch die Verordnungsdaten des Arztes Bestandteil der aufbereiteten Datenbestände werden, besonders wenn sie in einer digitalen und codierten Form vorliegen.

Auf diese Datenbank sollen künftig alle Berechtigten (das sind Ärzte, Apo-theker, Krankenkassen und Aufsichtsbehörden) einen selektiven Datenzu-griff erhalten. Die Datendarstellung kann dabei, je nach den Rechten des

Einzelnen, die Klartextdaten der Einzelrezepte oder kumulierte Datenbestände umfassen.

Weiterhin stehen auch anonymisierte und pseudonymisierte Daten zur Verfügung. Entscheidend ist die Aktualität der Daten und vor allem die zeitgleiche Bereitstellung für alle Berechtigten. Für die Apotheken ist diese Form der Datennutzung bereits heute Realität. Sie bezieht sich gegenwärtig natürlich ausschließlich auf elektronisch erfasste Papierrezepte.

Vier Anwendungen stehen im Focus der Entwicklungen rund um das eRezept:

1. die Arzneimitteldokumentation als Instrument der Arzneimittelsicherheit,
2. die Legitimation der Zuzahlungsbefreiung (finanzieller Aspekt),
3. der reine Transaktionsprozess zum eRezept und
4. die Etablierung des Transparenzdaten-Servers unter Einbeziehungen der Papierrezepte.

Die Anwendungen Arzneimitteldokumentation und Legitimation der Zuzahlungsbefreiung hatten wir eben schon gestreift. Lassen Sie mich an dieser Stelle noch auf die Datenströme des Transfer-Prozesses des Rezeptes eingehen.

Da bei den Papierrezepten schon heute eine elektronische Datenerfassung erfolgt, beziehen sich die wichtigsten Neuerungen auf die Kommunikations-

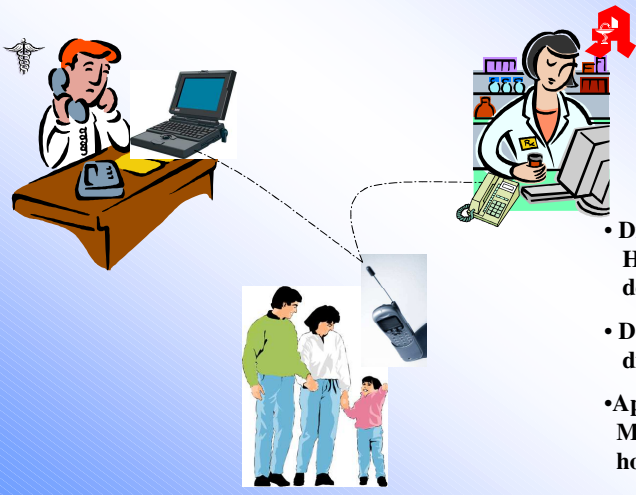
strecke Arzt → Patient → Apotheker. Die Datenströme sind in jeder der möglichen Varianten dadurch gekennzeichnet, dass der Arzt mit der Erstellung des eRezepts eine Kommunikation auslöst, deren elektronischen Adressaten er nicht kennt; das ist die sogenannte „nicht adressierte Kommunikation“. Der Leistungserbringer wird also aktiv durch den Patienten ausgewählt und seine Wahl bleibt bis zur Einlösung des Rezeptes reversibel.

Dafür ist derzeit eine rein telematische Lösung mit einer „körperlosen“ Übermittlung des Rezepts praktisch nicht möglich. Sie würde voraussetzen, dass der Arzt das Rezept telematisch zum Patienten überträgt, der es seinerseits telematisch dem Apotheker seiner Wahl überträgt. Unter heutigen Bedingungen besteht die Lösung darin, dass der Patient dem Apotheker Daten physisch, also auf einem Datenträger, überbringt. Diese Daten können entweder das Rezept selbst beinhalten oder einen Schlüssel, mit dem das auf einem Transportserver gespeicherte Rezept identifiziert, abgeholt und entschlüsselt werden kann.

Diese beiden heute diskutierten Lösungsansätze sind teil-telematische Lösungsansätze. Sie stellen Zwischenschritte auf dem Weg zu einer rein telematischen Lösung dar, die erst durch eine höherwertige technische Ausstattung des Patienten ermöglicht wird. Solche Lösungen sind in der Weiterentwicklung der WAP-Technologie über Handies oder PDAs in Zukunft durchaus denkbar. Die gegenwärtig diskutierten Verfahren stellen somit Übergangslösungen dar, die noch für längere Zeit Bestand haben werden.

Das Elektronische Rezept in der Zukunft

Der Patient als aktiver Partner des telematischen Prozesses



- Die SIM-Karte des Handy übernimmt Rolle der Patientenkarte
- Der Patient adressiert die Informationen
- Apotheker kann Medikamente zur Abholung vorab bereitstellen

Sichere Speicherung auf SIM-Karte


Telematik im Gesundheitswesen

Auch für die Arzneimitteldokumentation existiert eine vergleichbare Zukunftsoption – die verteilte virtuelle und rechtssichere Patientenakte. Sie setzt unter anderem auf eine Public key Infrastruktur in der Hand des Patienten und auf einen verbindlichen rechtlichen Namen für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Nutzung der elektronischen Patientenakte.

Ich verweise auf diese Visionen deshalb, weil sie Bestandteil der öffentlichen Diskussion geworden sind. Man sollte wissen, welche Hürden auf diesem Weg noch zu nehmen sind.

Dennoch sollten wir diese Entwicklung vorantreiben.

Doch noch fehlen uns einige wichtige Werkzeuge, die wir benötigen, um die Prozesse rund um das Arzneimittel flächendeckend und kostengünstig in der telematisch vernetzten Welt vollwertig und vollständig abzubilden. Entscheidend ist, dass wir die ersten Schritte so wählen, dass der Nutzen des neuen Systems vor allem den Anwendern in der Praxis transparent wird. Ich spreche hier in erster Linie von den Patienten, aber auch von den niedergelassenen Ärzten und Apothekern.

Ich denke, es sind gerade die Mehrwertanwendungen rund um den Transferprozess, die diesen Nutzen dem Anwender erfahrbar machen. Ohne diese Mehrwertanwendungen wird den Anwendern der Nutzen der neuen Technologie schwerlich verdeutlicht werden können und das Primärziel der Gesundheitstelematik, dem Patienten zu nutzen, könnte verfehlt werden.

Ich fasse zusammen:

Wir können gegenwärtig noch nicht auf die vollwertige Kommunikations- und Sicherheitstechnik von morgen setzen, aber wir können und sollten dafür sorgen, dass wir den heutigen Stand der Technik mit dem Elektronischen Rezept und seinen Mehrwertanwendungen dem Gesundheitswesen und unseren Patienten verfügbar zu machen.

Ich denke, gerade die Kosten-Nutzen-Analyse zum Elektronischen Rezept hat uns hier wichtige Hinweise gebracht, die es nun umzusetzen gilt.

Dr. Peter Debold:

Ich möchte einen kurzen Ausblick auf die ökonomische Dimension des elektronischen Rezepts präsentieren. Ich berichte in aller Kürze die Highlights einer ausgedehnten Studie, die wir im Auftrag des VDAK und der ABDA im Jahre 2000/2001 gemacht haben. Unsere Aufgabe war, den Nutzen zu betrachten, der aus der Neugestaltung der Geschäftsprozesse der Versichertenkarte und des elektronischen Rezeptes entsteht. Wir hatten insgesamt neun verschiedene Szenarien zu modellieren, in denen die Anwendungen elektronisches Rezept und Versichertenkarte in unterschiedlicher Kombination überprüft werden sollten.

Wir haben die Architektur der Kommunikation, der sicherheitsinfrastrukturellen Ausformung der Anwendung und die Investitions- und Betriebskosten in ihrer Allokation auf die verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen betrachtet, mit dem Ziel zu sagen, welche Szenarien schließlich aus ökonomischer Sicht weiterverfolgt werden sollten.

Zunächst zur Versichertenkarte. Es wurden durch Krankenkassen umfangreiche Messungen gemacht hinsichtlich der Frage, wie weit die alten Versichertenkarten ihre Legitimationsfunktion heute noch erfüllen. Wir sind zu einem erstaunlichen Ergebnis gekommen, was die Präzision dieser Aufgabenerfüllung betrifft. Obwohl jährlich rund 18 Mio. Versichertenkarten neu ausgegeben werden und der Rücklauf der alten natürlich nicht flächendeckend überprüft werden kann, ist der Anteil der Inanspruchnahme falscher Kostenträger sehr, sehr gering.

Wir haben zwei Messungen gemacht: die falsche Inanspruchnahme liegt zwischen 2,5 und 3,5 Promille, wobei man sagen muß, dass diese Fehlallokation von 2,5 Promille ökonomisch noch weiter reduziert wird, weil die Fehlinanspruchnahme überwiegend symmetrisch wirkt: Sie belastet sowohl einen Versicherungsträger wie sie ihn entlastet. Der ökonomische Effekt ist also noch sehr viel niedriger als die Fehlerquote von 3,5 Promille.

Das war die gute Nachricht für die Versichertenkarte. Die schlechte Nachricht ist, dass es schwere Mängel bei der Handhabung der Befreiung von der Zuzahlung gibt: Von 100 Rezepten sind 60 Rezepte zuzahlungspflichtig, aber nur für 49 wird die Zuzahlung tatsächlich geleistet. Das ist eine Fehlerquote von 18 %! Für einen Zahlungsfluss von 4 Mrd. Mark oder 2 Mrd. Euro ist das eine bemerkenswert schlechte Performance.

Es gibt aber nicht nur fehlende Zuzahlungen, es gibt auch falsche positive Zuzahlungen, dass also befreite Patienten zuzahlen. Der Anteil ist natürlich wesentlich geringer. Grundlage der Messung waren über 2 Mio. Rezepte bei der Gmündner Ersatzkasse. Die Hochrechnung ergibt einen jährlichen Fehlbetrag von 500 Mio. DM. Verwandte Untersuchungen aus dem AOK-Bereich weisen die gleiche Größenordnung auf sind aber nicht mit der gleichen Methodik und mit der gleichen Präzision gemacht worden wie unsere. Sie bestätigen aber die Größenordnungen.

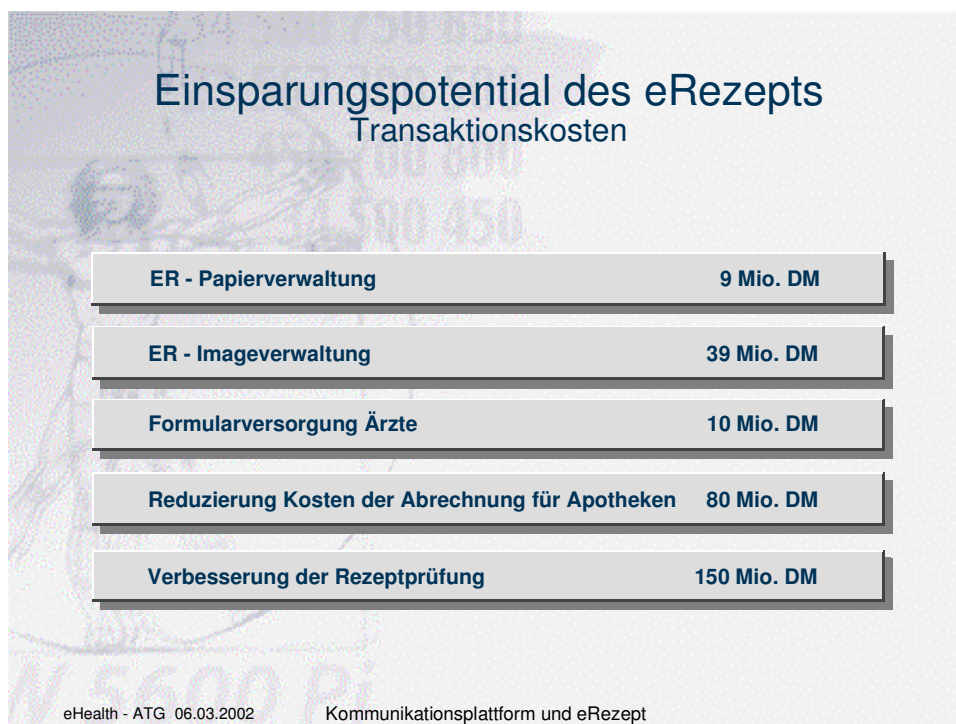
Gleichwohl haben wir für unsere Kalkulation nicht die 500 Mio. DM angesetzt, sondern – aus kaufmännischer Vorsicht sozusagen – den Ansatz reduziert auf 60 % und haben einen Fehlbetrag von 300 Mio. DM in die Kalkulation aufgenommen.

Ich komme nun zu dem Einsparungspotential des elektronischen Rezepts, was die Transaktionskosten betrifft. Das ist zwar kein unerheblicher Betrag, ich hatte aber doch den Eindruck, dass er vielfach überschätzt wird. Wenn wir die Papierverwaltung und die Imageverwaltung in den Krankenkassen und die Formularversorgung der Ärzte einsparen können, dann kommen wir auf einen recht mäßigen Betrag von 58 Mio. DM. Nach Schätzung der Apotheken-Rechenzentren reduzieren sich die Kosten für die Abrechnung der Apotheker um 80 Mio. DM. Das sind zusammen 138 Mio. DM. Das ist kein großer Betrag.

Als weiterer Posten ist hier die Verbesserung der Rezept- oder Taxprüfung anzusetzen. Wir haben ja im Moment das Problem, dass die Datensätze der Rezepte zwar vollautomatisch geprüft werden, die Fehler aber, die dabei identifiziert werden, sind nicht sichere Abrechnungsfehler, sondern es können auch Scanfehler sein, also Fehler, die bei der Digitalisierung der Papierrezepte auftreten. D. h. dass jeder Fehlerfall noch einmal visuell überprüft werden muß, ehe man eine Retaxierung anordnen kann. Das ist natürlich sehr aufwändig und führt dazu, dass die Anzahl der Rezepte, die geprüft werden, relativ klein ist. Man wählt dafür die hochpreisigen Rezepte oder die Rezepte, bei denen rechnerisch ein hoher Bewertungsfehler auftritt. Damit wird immerhin ein Volumen der Retaxation von – hochgerechnet von der Techniker Krankenkasse auf die gesamte GKV – von 75 Mio. DM erreicht.

Wir gehen davon aus, dass mit einem elektronischen Datensatz die Rezeptprüfung automatisch in voller Tiefe durchgeführt werden kann bis zu einer

Grenze, wo eine Retaxierung keinen Sinn mehr macht, weil der Betrag zu klein ist. Wir sind auch hier wieder mit kaufmännischer Vorsicht davon ausgegangen, dass der Effekt verdreifacht wird, dass also zu den 75 Mio. DM, die heute erwirtschaftet werden, weitere 150 Mio. DM treten. Das ist sicher eine untere Grenze, aber wir haben ja um die Effekte nicht schön zu rechnen, immer sehr vorsichtig geschätzt. Auf dieser Basis sind die Einsparungen bei den Transaktionskosten mit knapp 300 Mio. DM zu bewerten. 500 Mio. DM waren es allein für die falsche Zuzahlung, der Effekt bei den Transaktionskosten darf also nicht zu hoch eingeschätzt werden.

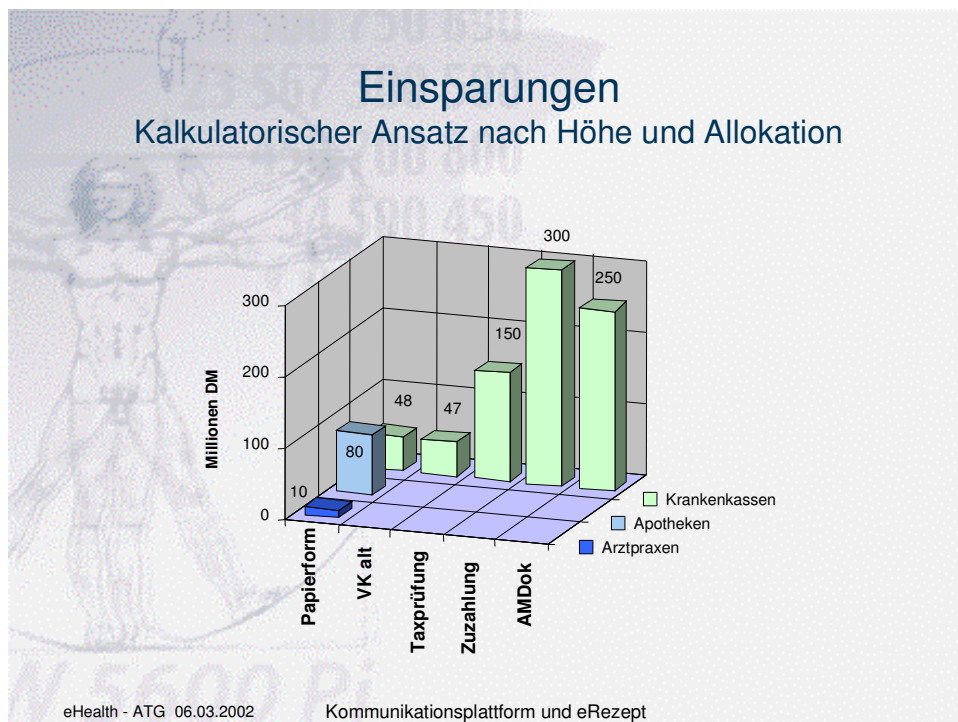


Wir kommen dann zum dritten wesentlichen Punkt: Zur Arzneimitteldokumentation. Ich brauche jetzt nicht mehr zu erläutern – das hat Herr Brill ja ausführlich gemacht – was Sinn und Gegenstand dieser Applikation ist. Das pharmakologische Institut der Humboldt-Universität in Berlin unter Professor Schäfer hat eine Metastudie gemacht, also nationale und internationale Literatur darauf geprüft, ob Aussagen über den ökonomischen Effekt des Einsatzes der Arzneimitteldokumentation gemacht werden können. Die Ergebnisse aus sehr vielen verschiedenen Studien wurden in einer Modellrechnung zusammengefasst: Für die die Effekte der Vermeidung von Arzneimittelrisiken, die zu Krankenhausaufenthalten führen.

Man ging von jährlich 470 Mio. Arzneimittelrezepten aus, von denen 2 % arzneimittelbezogene Risiken aufweisen. Ein Anteil von 0,5 Promille führt zu Krankenhauseinweisungen, die mithilfe der Arzneimitteldokumentation vermieden werden können. Das ergibt jährlich 235.000 Krankenhausfälle für die Bundesrepublik, die Kosten von 1 Mrd. DM verursachen.

Von diesem Ergebnis haben wir auch nur einen Teilbetrag in unsere Kalkulation genommen, denn wir gehen davon aus, dass die Nutzung der Arzneimitteldokumentation für den Patienten freiwillig und derzeit auch für Arzt und Apotheker nicht verpflichtend ist. Wir wissen auch noch nicht, wie qualifiziert die Ergebnisse der Arzneimittelprüfung umgesetzt werden. Wir haben deswegen nur einen Anteil von 25 % in unsere Kalkulation aufgenommen. Man muss allerdings sagen, dass hier nur der Effekt „stationäre Aufenthalte“ berücksichtigt wird, weil weitere empirischen Daten über die ambulante Behandlung oder volkswirtschaftliche Effekte aus Arbeitsausfall

und Arbeitsunfähigkeit nicht vorliegen. Die 250.000 DM sind wirklich eine sehr niedrige Grenze, in der praktischen Anwendung dürften nach einiger Zeit die Einsparungen deutlich höher liegen.

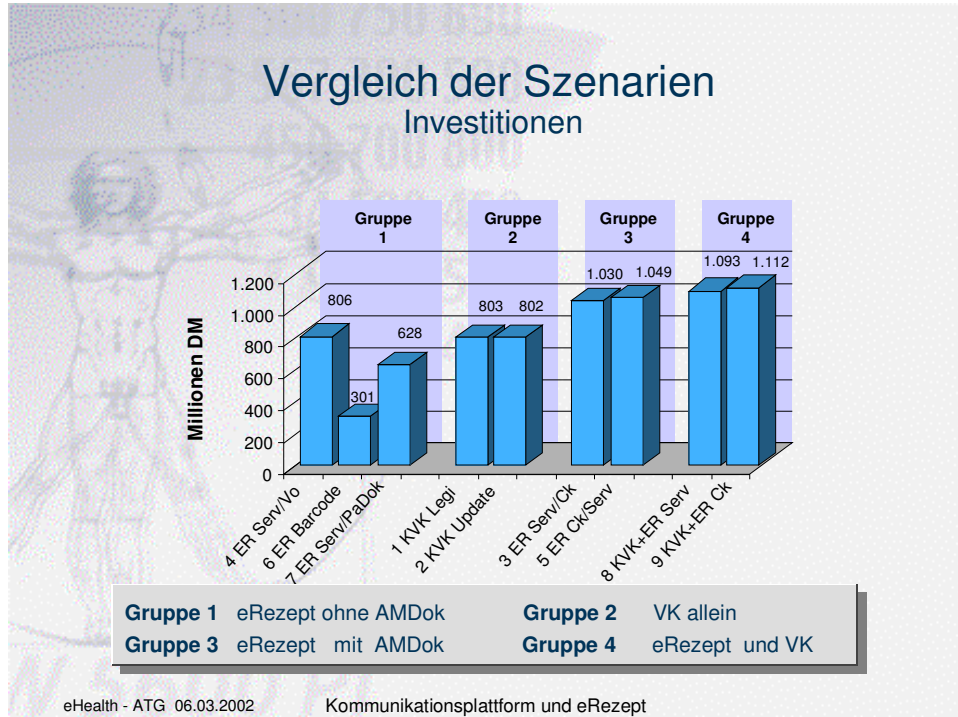


Alle Einsparungen hier noch einmal zusammengefasst: Wir haben beim Verzicht auf die Papierform 138 Mio. DM zu sparen, wenn wir die alte Versichertenkarte nicht mehr pflegen müssen, weitere 47 Mio. DM – wir müssen natürlich die neue Versichertenkarte pflegen, aber das ist in die Betriebskosten eingerechnet. Wir haben für die Taxprüfung 150 Mio. DM angesetzt, für die Zuzahlung 300 Mio., für die Arzneimitteldokumentation

250 Mio. DM. Insgesamt ein Betrag von 885 Mio. DM, von denen 795 Mio. DM den Krankenkassen zuzuordnen sind.

Wie sieht das Szenario aus, in dem all diese Einsparungen vereinigt werden können. Wir haben eine ganze Reihe von Szenarien entwickelt, so dass wir den Workflow und die Kommunikationsarchitektur festlegen konnten, die Hard- und Softwarekomponenten und das Mengengerüst der beteiligten Stellen. Kalkuliert wurden die Kosten für die Beschaffung und den Betrieb der einzelnen Komponenten, die Kosten für die Kommunikationswege und für die Einsparung, abhängig von den Funktionen eines jeden dieser Szenarien.

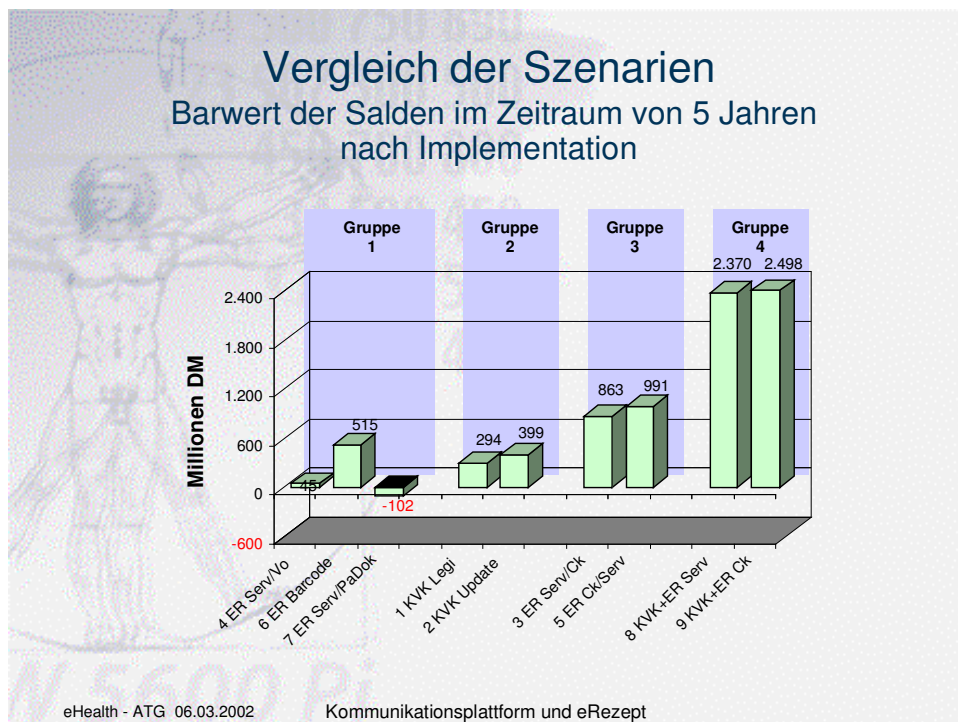
Sie sehen hier den Vergleich von 9 Szenarien, die in vier Gruppen gegliedert sind: Die erste Gruppe beinhaltet Lösungen für das elektronische Rezept ohne Nutzung einer Arzneimitteldokumentation. Die zweite Gruppe betrifft eine neue Versichertenkarte mit der korrekten Handhabung der Zuzahlung. Die dritte Gruppe betrifft das elektronische Rezept mit Arzneimitteldokumentation und die vierte Gruppe vereinigt Versichertenkarte, Zuzahlung, eRezept und Arzneimitteldokumentation.



Sie sehen hier die Investitionskosten: Wir haben schon bei der reinen Versicherungskarte Investitionskosten von 800 Mio. DM. Wenn wir das mit dem elektronischen Rezept vereinen, kommen wir auf Investitionskosten von 1,1 Mrd. DM.

Wir betrachten nun einen Zeitraum von fünf Jahren nach Abschluss der Implementation der neuen Systeme. Betriebs- und Investitionskosten werden mit den Einsparungen, die zu erzielen sind, saldiert. Der Saldo wird nach finanzmathematischen Regeln abgezinst, so dass man damit einen Ausdruck für den heutigen Wert der Investition hat.

Sie sehen in der ersten Gruppe – elektronisches Rezept ohne Arzneimitteldokumentation – einen äußerst geringen wirtschaftlichen Erfolg. Sie sehen, dass die Versichertenkarte mit korrekter Handhabung der Zuzahlung einen positiven Wert der Investition von 300-400 Mio. DM erzielt. Beim elektronischen Rezept mit Arzneimitteldokumentation beträgt der Wert bis zu 1 Mrd. DM, und wenn wir dies mit einer neuen Versichertenkarte kombiniert wird, steigt der Wert auf 2,5 Mrd. DM, die man als Einsparung bezeichnen kann, die im 5-Jahres-Zeitraum erzielt werden.



Wie sieht nun dieses ökonomisch gesehen optimale Szenario aus: Es beinhaltet einen flächendeckenden Netzverbund von Arztpraxen, Krankenhäu-

sern, Apotheken, Krankenkassen, die telematische Plattform. Für jede Einrichtung ist ein Kommunikationsrechner mit hochsicherer Firewall und die Public Key Infrastruktur für die Gesundheitsberufe mit Health Professional Card, digitaler Signatur und externen Trust Center Diensten kalkuliert. Weiter kalkuliert ist eine neue Generation der Versichertenkarte als sichere Schlüsselkarte, und begrenzter Funktion als Datenträger. Diese Karte realisiert die jetzigen Funktionen nach § 291 und das Zuzahlungsmanagement.

Diese Karte wird dem System immer wieder als Schlüsselkarte zugeführt, sie kann dabei online aktualisiert werden, d. h. aber auch, sie kann online geändert werden. Sie können alle künftigen Bedarfe der Nutzung einer Versichertenkarte nachträglich auf diese Karte aufbringen, so dass Sie damit auch einen Schlüssel für eine flexible Nutzung haben, auch für heute noch nicht bekannte Zwecke: Wir wissen ja nicht, was die Gesundheitsgesetzgebung noch alles an Folterinstrumenten für die Versicherten erfindet.

Damit können wir garantieren, dass die Investitionen auch für die Zukunft gesichert sind. Wir können die Karte, ohne dass Mehrkosten entstehen, auch als Datenspeicher nutzen, wenn wir das wollen, mit einer multiapplikativen Struktur und differenzierten Zugriffsrechten.

Wir gehen davon aus, dass das elektronische Rezept über das Netz transportiert wird, wobei die Nachricht verschlüsselt beim Server abgelegt wird und die Zugriffsschlüssel und die Verschlüsselungsschlüssel auf der Versichertenkarte. Die Arzneimitteldokumentation, soll durch den Patienten freigeschaltet werden, um so die Freiwilligkeit zu sichern. Zum Thema der Freiwilligkeit möchte ich noch anmerken, dass sie nicht nur eine Forderung der

informationellen Selbstbestimmung des Patienten, sondern auch eine Frage des schlichten Bedarfs ist: Ein gesunder Mensch braucht keine Arzneimittel-dokumentation. Es ist nicht notwendig, dass gespeichert wird, dass er drei Grippemittel oder Selbstmedikation bezieht. Wir brauchen die Arzneimittel-dokumentation für die 20, 25 % der Menschen, die 80 % der Arzneimittelversorgung in Anspruch nehmen. Freiwilligkeit ist schon dafür zwingend notwendig, dass nicht ein Apparat aufgebaut wird, der (im zeitlichen Querschnitt, nicht im Verlauf) für 80 % der Bevölkerung unnötig ist.

Als weitere Gegenstände des optimalen Szenarios sind die beschleunigte Abrechnung und eine erhöhte Transparenz durch rasche statistische Aufbereitung der Prozessdaten zu nennen.

Hier die Investitions- und Betriebskosten. Ich habe vorher das zusammengefasst bereits gezeigt, knapp 1,1 Mrd. DM Investitionskosten sind erforderlich – mehr als 50 % betrifft die Ärzte für die Kommunikationsinfrastruktur, 40 % betrifft die Krankenkassen, wovon den größten Anteil die Versicherungskarte beansprucht. Die Apotheken kommen mit 20 Mio. DM recht glimpflich weg.

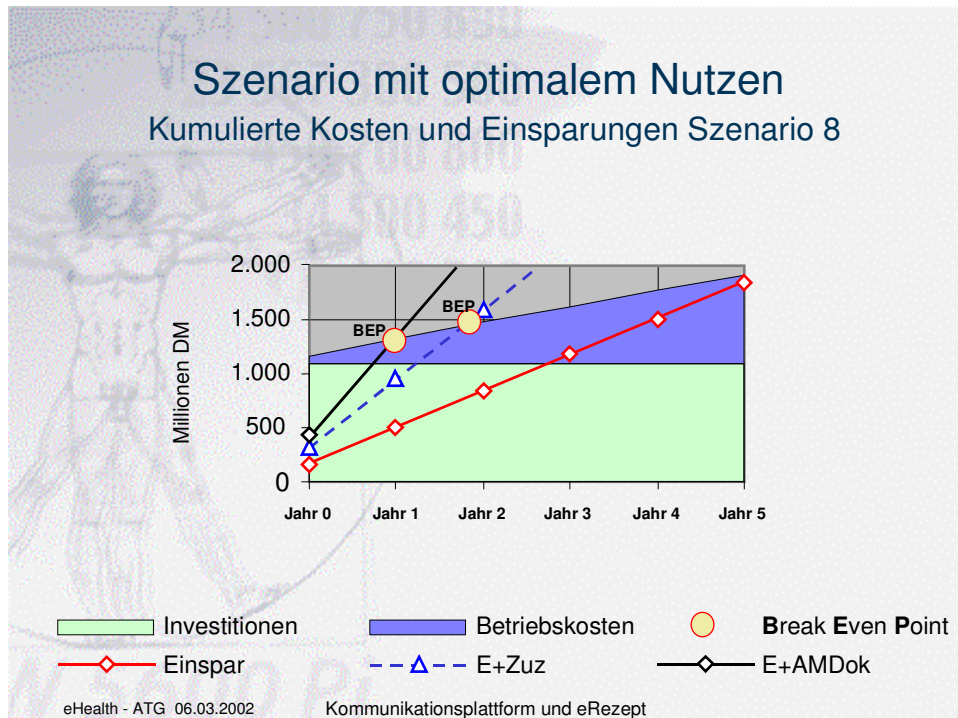
Die Betriebskosten verhalten sich in ähnlicher Proportion, wir brauchen das nicht im Detail durchzugehen.

Zu den Kostenblöcken, die Public Key Infrastruktur benötigt etwa 200 Mio. DM, die Kommunikationsinfrastruktur, also die Kommunikationsrechner und Server etwa 300 Mio. DM, die Versicherungskarte 390 Mio. DM. Der

Bereich Schulung und Implementationskosten ist mit 225 Mio. DM angesetzt.

Diese Zahlen sind keine exakte Abbildung von Wirklichkeit, sie stellen ein vereinfachtes Modell der Wirklichkeit vor, aber es ist ein plausibles Bild von Wirklichkeit. Wir haben bisher keine nennenswerte fachliche Kritik an unserer Kosten-Nutzen-Analyse gehört.

Die nächste Grafik zeigt eine Zusammenfassung der Kosten und Erlöse, betrachtet in einem Zeitraum von 5 Jahren. Der grüne Sockel sind die Investitionskosten. Darüber akkumulativ die jährlichen Betriebskosten. Die rote Linie zeigt die Einsparungen aus den reinen Transaktionskosten, die offensichtlich nicht ausreichen, in einem Zeitraum von 5 Jahren die Investition zu finanzieren. Wenn Sie dagegen die korrekte Handhabung der Zuzahlung und die Einsparungen aus der Arzneimitteldokumentation - mit unseren Mindestzahlen, wir haben ja immer die unterste Marge geschätzt – dann wird bereits ein Jahr nach Abschluß der flächendeckenden Implementation der break even point. Das spricht also dafür, alle Funktionen gemeinsam oder so schnell wie möglich hintereinander zu realisieren.



Hier noch einmal die Eckdaten:

- Investitionen 1,1 Mrd.
- 12 Monate nach Abschluß der Implementation return of investment
- Danach pro anno Überschüsse von 735 Mio DM
- Der Überschuß nach 5 Jahren beträgt 2,7 Mrd. DM
- Die Kapitalverzinsung beträgt 100 %

Stellt man die Betriebs- und Investitionskosten und die Einsparungen gegenüber wird in einem Zeitraum von 5 Jahren deutlich, dass der große Vorteil dieser Lösung mit einem großen Problem verbunden ist: Der höchste Anteil mit 4 Mrd. DM Einsparungen liegt bei den Krankenkassen, das 5,5fache ihrer im gleichen Zeitraum entstehenden Kosten.

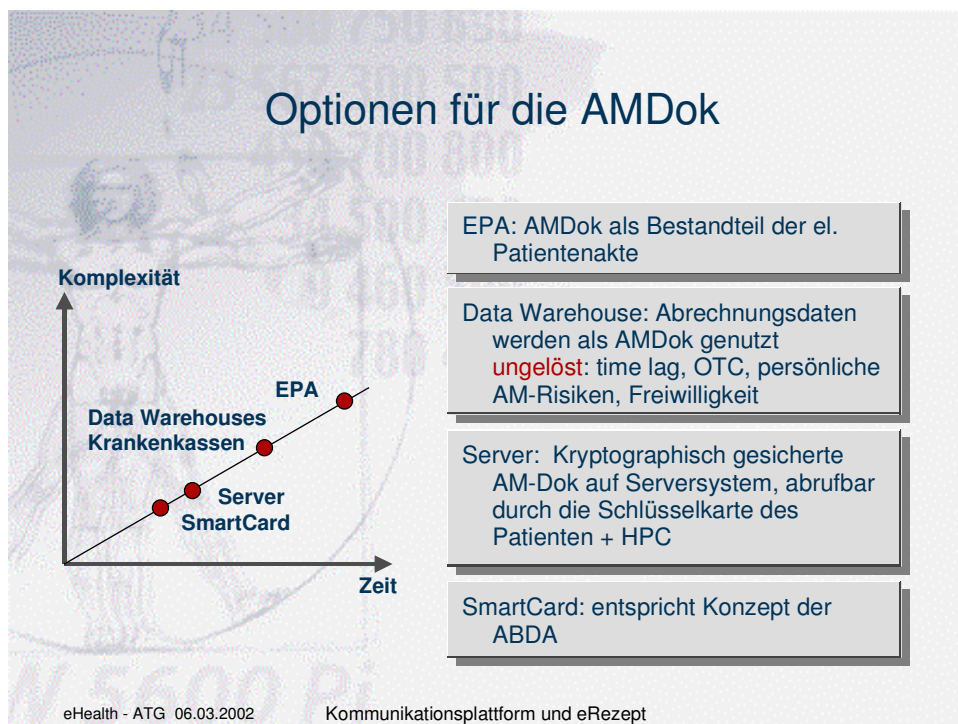
Daneben die Ärzte, die gegenüber den bei ihnen anstehenden Kosten nur 5% einsparen. Bei den Apothekern betragen die Einsparungen noch das Dreifache ihrer Kosten.

Dies zeigt, dass man einen verhältnismäßig großen Spielraum hat, das Projekt zu finanzieren. Aber man wird es nicht anders finanzieren können, als dass man die asymmetrische Allokation von Kosten und Nutzen auflöst; zumindest so weit ausgleicht, dass die betrieblichen Kosten durch Erträge aus dem Gesamtsystem finanziert werden.

Geschieht dies nicht, hat das ganze Modell politisch keine Chance, dass mit durch die Kombination der drei gezeigten Funktionen eine ökonomische Optimierung für die Realisierung der Infrastruktur für die Telematikplattform erreicht werden kann.

Ein letztes Bild zum Thema der Arzneimitteldokumentation. Ich habe hier nur ein Schema aufgezeigt: Steigende Komplexität im Zeitverlauf durch einen Komplexitätsstrahl und einen Zeitstrahl. Die einfachste Lösung für die Arzneimitteldokumentation und am schnellsten zu realisieren ist zweifellos, dies mit der Smartcard zu tun, auf der die Daten gespeichert werden. Es ist aber auch möglich und mehr oder weniger zeitgleich realisierbar, dass man

die Arzneimitteldokumentation auf einen Server bringt, wenn man keine Karte als Datenträger einsetzen möchte, aus welchen Gründen auch immer. Es müsste dafür allerdings ein verschlüsseltes Dokument auf einem Server liegen und dafür brauchen Sie eine Smartcard, um die Zugriffsadresse und den Schlüssel aufzufinden.



Eine weitere Option wäre – in einer vielleicht etwas fernerer Zukunft –, dass man die Abrechnungsdaten benutzt, die bei den Kassen vorliegen, um dort die empfangenen Arzneimittel abzurufen. Da ist dann aber das Problem ungelöst, dass sie die Selbstmedikation nicht berücksichtigen kann und dass es ein time lag gibt zwischen der Lieferung der Medikamente und der

Nutzung der Dokumentation. Außerdem dürfte dort das Problem der Freiwilligkeit sehr viel schwerer zu lösen sein, da die Bereitstellung der Daten vom Patienten nicht kontrolliert werden kann.

Was am weitesten in der Ferne liegt, meine ich, ist die flächendeckende elektronische Patientenakte, in die selbstverständlich diese Arzneimittelinformationslösungen integriert werden könnte.

Meine Option wäre also, sie Arzneimitteldokumentation bereits mit dem Beginn des Projektes zu realisieren in einer Form, die später in die elektronische Patientenakte migrieren kann, mit der man aber jetzt schon den ökonomischen Vorteil und den Vorteil für den Patienten für die Professionalität der Arzneimittelversorgung nutzen kann, das dieses System bietet.

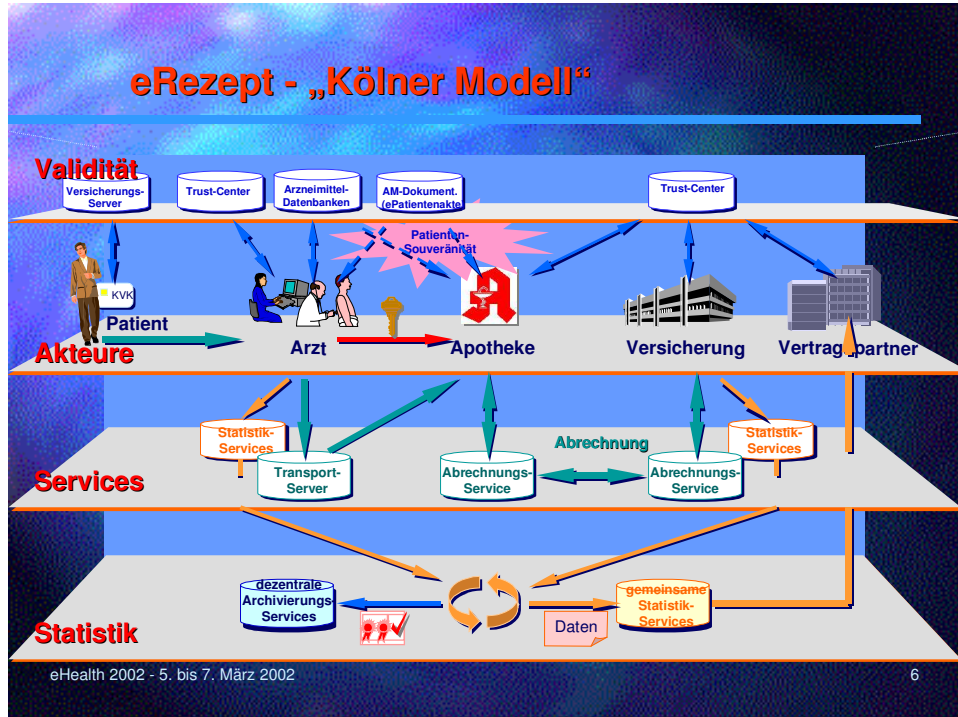
Volkhard Sendatzki:

Elektronisches Rezept – Szenarien für die Implementierung

Die Trägerorganisationen des deutschen Gesundheitswesens streben zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Datenlage eine schrittweise Realisierung standardisierter Informationsflüsse an. Als grundlegende Anwendung für eine gemeinsame Telematikplattform mit besten Nutzeffekten wird das Elektronische Rezept gesehen, wie im Juni 2001 im Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen (ATG) konstatiert. Konzeptionell sollen nach breiter Auffassung die Arzneimittelversorgung und die

zugehörigen Datenströme gesamtheitlich gestaltet werden. International etabliert sich der Begriff „Medication Management“, der neben der Kommunikation zwischen den Akteuren eine patientenbezogene Arzneimitteldokumentation, die Datenbereitstellung für gesetzliche Aufgaben sowie eine Versorgungssteuerung umfasst. Die mit dem Vorhaben verbundenen und neu zu gestaltenden Funktionen lassen sich vier Ebenen zuordnen:

- Sicherung des Gesamtsystems und der Datenqualität hinsichtlich Authentizität, Integrität, Validität und Aktualität
- Rückwirkungen auf die Vertragsbeziehungen zwischen Patienten, Gesundheitsberufen und Versicherungsträgern zu medizinischen Leistungen und Abrechnungen
- Neuorganisation der Kommunikation zwischen den Beteiligten
- Zusammenführung und Aufbereitung der einzelnen elektronischen Nachrichten für die zweckbezogene Datennutzung, z.B. Ergebnisdatenprofile.



Unterschiedliche Standpunkte zur Implementierung liefen bislang auf eine Polarisierung "Chipkarten versus Serverkonzept" hinaus. Parallele Projekte zum Themenfeld Elektronisches Rezept auf Bundes- und regionaler Ebene treten hinzu. Die eigene Position der Apotheker sympathisiert mit den Überlegungen zu einem „Gesundheitspass“ und beschränkt sich auf die Priorisierung der patientenbezogenen Arzneimitteldokumentation, zugleich verbunden mit der technischen Favorisierung einer neuen Versichertenkarte auf Prozessorchipbasis. Die übrigen Spitzenorganisationen betrachten diese Funktionen als zweckmäßige Ergänzung zum Elektronischen Rezept, die durchaus parallel entwickelt werden sollten, aber nicht im Vordergrund einer sektorenübergreifenden Telematikplattform stehen. Die Querverbindun-

gen zu den Themen Elektronische Patientenakte, „Gesundheitspass“ und „Bürgerkarte“ erfordern ohnehin eine entwicklungsoffene Gesamtkonzeption.

Zur flächendeckenden Implementierung wird daher eine stufenweise Projektierung vorgeschlagen. In einem Projektplan zu definierende Meilensteine sollen Entscheidungspunkte für gemeinsame Beschlüsse der Spitzenorganisationen zur weiteren Realisierung markieren. Dies eröffnet die Möglichkeit, technische Alternativen ggf. erst noch in Modellversuchen zu erproben und Rahmenbedingungen, die sich wie z.B. die Einführung einer „Bürgerkarte“ bis dahin ggf. konkretisiert haben, in die weitere Umsetzung einzubeziehen. Die Interessengegensätze zwischen den Spitzenorganisationen können durch eine Projektvereinbarung über die Realisierungsschritte sowie eine „demokratisch“ strukturierte Arbeitsgemeinschaft ausbalanciert werden. Es gilt nun, sich unter den Spitzenorganisationen auf gemeinsame Planungsgrundlagen und Vorgehensweisen zu verständigen. Verbleibende Konsensbarrieren müssen ggf. durch Partnerschaften umgangen werden.