

(Versand per e-Mail)

Frau
Dr. pharm. Salome von Greyerz
Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 161
3003 Bern

Bern, 3. Februar 2011

Regulierungsfolgenabschätzung zur Umsetzung der „Strategie eHealth Schweiz“ – Stellungnahme

Sehr geehrte Frau von Greyerz
Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren

Die FMH dankt dafür, dass sie Gelegenheit hat, die anlässlich der letzten Sitzung ihrer AG eHealth geäusserte Kritik zur Regulierungsfolgenabschätzung einzubringen.

Die Studie weist nach Erachten der FMH einige bemerkenswerte Mängel auf, die insbesondere in einem zu optimistisch geschätzten und noch dazu den falschen Partnern im Gesundheitswesen zugeordneten Nutzen resultieren. Es fällt vor allem auf, dass die Studie den Nutzen für den Patienten in Form von eingesparter Behandlungszeit oder eingesparten Laboruntersuchungen, dem Arzt als Nutzen zuschreibt.

Dies ist einer der Hauptmängel der vorliegenden Studie und bei der Schweizer Tarifstruktur für den ambulanten Bereich mit einem Einzelleistungstarif im 5-Minutentakt¹ mehr als ein politischer Faux-pas.

Die FMH hält es für nicht plausibel erklärbar, dass der Nettonutzen der Regulierung eines elektronischen Patientendossiers bei den Arztpraxen grösser sein soll als bei allen anderen Akteuren, grösser als der Nutzen für die Bevölkerung/Patienten und auch grösser als bei den Spitälern – über 43% des Nettonutzens soll in den Arztpraxen entstehen. Im Spitalumfeld besteht sicher ein Prozessoptimierungspotential, in der Arztpraxis ist dieses jedoch wesentlich geringer.

¹ Bei den Grundversorgern werden 85% der Leistungen nach Zeittarif abgerechnet.
Elfenstrasse 18, Postfach 170, CH-3000 Bern 15
Telefon +41 31 359 11 11, Fax +41 31 359 11 12
info@fmh.ch, www.fmh.ch

Auch hätte ein solch grosser Nutzen eigentlich schon von selbst zur grösseren Verbreitung von elektronischen Patientendossiers in Arztpraxen führen müssen; wenn er hingegen erst mit Verzögerung eintritt, wäre dies ein Grund mehr, die Verbreitung von eHealth in den Arztpraxen mit gezielten Anreizen zu fördern. Der von der Studie vermutete grosse Nutzen für die Arztpraxen erscheint der FMH aber extrem unwahrscheinlich.

Einige der Hypothesen, beispielsweise, dass eingesparte Laboruntersuchungen dem Arzt finanziell nützen sollten, könnten als politische Absichtserklärung verstanden werden. Es schadet dem Fortkommen von eHealth jedoch sehr, wenn andere gesundheitspolitische Aspekte unerschwinglich transportiert werden.²

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob es legitim ist, organisationsinterne (d.h. praxis- wie hospitalinterne) Prozesse in die Rechnung miteinzubeziehen, denn bei dem zu regulierenden elektronischen Patientendossier handelt es sich ja um den Austausch von Daten zwischen sogenannten Gemeinschaften unter bewusster Nichteinmischung in die internen Prozesse. Für die FMH ist die Einführung einer elektronischen Patientenakte innerhalb einer Organisation, insbesondere einer Arztpraxis, eine notwendige Voraussetzung für das zu regulierende elektronische Patientendossier, bei der aber Kosten und Nutzen - wie in der Studie zu recht bemerkt (S. 53) - ungleich verteilt sind.

Die FMH möchte - wie in früheren Stellungnahmen schon mehrfach ausgeführt - betonen, dass vor allem Patienten mit einer chronischen Erkrankung und/oder komplexen Behandlungsverläufen, sowie multimorbide Patienten von einer besseren Vernetzung ihrer Behandelnden profitieren können. Deswegen regt sie an, einen patientengruppenorientierten Ansatz zu wählen. Der Ansatz eines elektronischen Patientendossiers „für alle“ oder gar noch an die Versicherungsform geknüpft, erscheint nicht zielführend. Die FMH erinnert daran, dass die Studie zu einem negativen Nettonutzen (d.h. Mehrkosten) für die Gesamtbevölkerung kommt und nur zu einem positiven Nutzen für chronisch Kranke. Hierbei ist zu bemerken, dass die Gruppe der Patienten, die von eHealth profitieren können, von der FMH etwas weiter gefasst wird als „chronisch Kranke“ (siehe obige Beschreibung).

Die FMH hält es für nicht adäquat, mit den Ergebnissen der Studie, insbesondere in Zahlenform, zu argumentieren. Einerseits machen sie in Bezug auf die jährlichen Gesundheitskosten nur einen minimalen Prozentsatz aus, der deutlich unter der Planungsunsicherheit liegt. Andererseits beruhen die Ergebnisse auf Hypothesen und Annahmen, die nicht nur eine deutlich grössere Schwankungsbreite als der in der Studie vermutete Nutzen aufweisen, sondern nach Meinung der FMH teilweise auch nicht korrekt sind.

Schliesslich erscheint auch der Zeithorizont als nicht realistisch. Schätzungen bis in das Jahr 2031 sind mit sehr grossen Unsicherheiten behaftet, gerade auch bei den derzeit stattfindenden Änderungen im Gesundheitswesen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Kritiken resp. Fragen der FMH aufgeführt. Die Positionen der FMH zum Kapitel 4, Qualitative Analyse der Risiken und Anreize werden hier nicht ausgeführt; sie würden eine eigene Stellungnahme verdienen.

² Die FMH teilt die Einschätzung, dass die Zweckentfremdung der Diskussionen, d.h. die „Austragung artfremder Konflikte“ (S. 52), zu einem wesentlichen Risiko werden kann. Dies trifft auch auf den vorliegenden Bericht zu.

Zu den Hypothesen:

- zu Tabelle 3, Kosten der Umsetzung der „Strategie eHealth Schweiz“ nach Stakeholder und Kostenart, S. 20, Tabelle 5, Übersicht der grössten Kostenfaktoren für einzelne Stakeholdergruppen, kumuliert bis 2031, S. 33, und Anhang 5, Statistische Fakten und Annahmen, S. 79:

„Investitionen“

Arztpraxen

- o Die Investitionskosten sind nach Meinung der FMH zu gering angesetzt. Die Kosten aus dem NHS Projekt für die Schweiz zu übernehmen erscheint der FMH nicht legitim, denn zum einen hat der NHS gänzlich andere Rahmenbedingungen, zum anderen sind die Kosten in der Schweiz generell höher (siehe auch nachfolgenden Punkt).

„Laufende Kosten“

Arztpraxen

- o Bei den laufenden Kosten sind nach Meinung der FMH nicht nur die Kosten für IT-Lizenzen inkl. Wartung, sondern auch die Kosten für den Betrieb zu berücksichtigen. Mit den steigenden Anforderungen an Sicherheit und Verfügbarkeit ist es in den meisten Fällen nicht mehr sinnvoll und praktikabel, dass der Betrieb der Infrastruktur für ein elektronisches Patientendossier von der Arztpraxis selbst bewerkstelligt wird. Bei einem Outsourcing des Betriebs werden die wahren Kosten transparent; sie sind wesentlich höher als die in Anhang 5 als Annahme erwähnten Kosten von 7800 -12000 CHF pro Jahr des NHS Projektes. So kommt eine Untersuchung³ über elektronische Krankengeschichten im ASP (application service providing) Betrieb zum Schluss, dass für eine Einzelpraxis durchschnittlich 20'000 - 30'000 CHF und für eine Gruppenpraxis 5000-15'000 CHF Informatikvollkosten/Arzt/Jahr zu budgetieren sind (TCO-Betrachtung, d.h. Investitionen sind eingeschlossen).

„Beschränkung des unternehmerischen Handlungsspielraums und andere negative Auswirkungen“

Arztpraxen

- o Die FMH hält die Abhängigkeit von Software-Anbietern und den hohen Aufwand bis hin zur schieren Unmöglichkeit der Migration für einen der Haupt-Hinderungsgründe für die Einführung eines elektronischen Patientendossiers (s. auch Ergebnisse der Umfrage Swiss eHealth Barometer 2010).
- o Bezüglich dem eingerechneten „Verlust von Einkommen“ sollte klar dargelegt werden, was unter diesem Punkt zusammengefasst wird – analog zum Punkt Verlust von Einkommen bei den Spitälern (Kap. 3.3.2 d), S. 36). Die berücksichtigten Zahlen sind nicht korrekt: Durchschnittlich wurden im Jahre 2010 bei den Grundversorgern 119 - 120 CHF und bei allen Spezialisten 141 – 142 CHF in Rechnung gestellt. Das Gewinnergebnis liegt bei 30 - 40 CHF⁴.
- o Es ist zu berücksichtigen, dass unter DRG und der neuen Spitalfinanzierung Verlagerungen in den ambulanten Bereich zu erwarten sind. Überlagerungseffekte sind wahrscheinlich.

³ A Meer, A Costa: Evaluation elektronische Krankengeschichte im ASP (application service providing) Betrieb, in4medicine, 2009

⁴ Quelle: NewIndex 2010

- zu Tabelle 4, Nutzen der Umsetzung der „Strategie eHealth Schweiz“ nach Stakeholder und Kostenart, S. 22, Tabelle 6, Übersicht der grössten Nutzenfaktoren für einzelne Stakeholdergruppen, kumuliert bis 2031, S. 34, und Anhang 5, Statistische Fakten und Annahmen, S. 80 ff:

„Qualität der Versorgung“

Arztpraxen:

- Die FMH erachtet die angeblich bessere Reputation einer Arztpraxis mit einem elektronischen Patientendossier nicht als Nutzenfaktor, und schon gar nicht als ein mit 1'000 – 10'000 Fr pro Jahr zu bewertender.
- Die bessere Kontrolle über die Compliance betrachtet die FMH im Gegenzug als einen der Hauptnutzen. Bei der Bewertung muss sich jedoch ein Fehler eingeschlichen haben: einen Nutzen von 0-5 CHF pro Jahr und Praxis anzunehmen ist nicht sinnvoll, allenfalls könnte dieser mit 0-5 CHF pro Patient und Jahr angenommen werden (jedoch nicht als „Willigness-To-Pay für die Praxis). Dieser Nutzen erleichtert dem Arzt zwar die Behandlung, ist letztendlich aber dem Patienten zuzuschreiben, und nicht dem Arzt.
- Die FMH erachtet die multi-disziplinäre Zusammenarbeit schon heute als gut und sieht dort kein so grosses Verbesserungspotential (so funktioniert beispielsweise die - elektronische - Zusammenarbeit mit Radiologen heute schon gut). Auch hier muss sich bei der Bewertung ein Fehler eingeschlichen haben: einen Nutzen von 0-10 CHF pro Jahr und Praxis anzunehmen ist nicht sinnvoll. 0-10 CHF pro Patient und Jahr wären jedoch zu hoch, insbesondere auch im Vergleich zur Compliance.

„Zugang zur Versorgung“

- Die FMH erachtet die Kontinuität der Behandlungskette bei Urlaubs- und Krankheitsvertretung (Arztpraxen) als Nutzen. Das Vermeiden von Nachreichen von Papierrezepten (Bevölkerung) hingegen erscheint der FMH als nicht ins Gewicht fallender Nutzen.

„Effizienz“

Arztpraxen:

- Die schnellere Diagnose und Beratung bei komplizierten Fällen resp. die Zeitersparnis bei komplexen Fällen durch das elektronische Patientendossier wird nach Meinung der FMH wesentlich überschätzt.
 - Die Anzahl der komplexen Fälle, bei denen das ePD zu Zeitersparnissen führt, ist mit 10-30% zu hoch angesetzt.
 - Bei einer Konsultationsdauer von 17'⁵ im Durchschnitt und einer geschätzten Konsultationsdauer von 25-30' bei komplexen Fällen, ist es nicht seriös, pro Konsultation mit dem elektronischen Patientendossier in der Grössenordnung von 3-15 Arztminuten, plus zusätzlich 5-20 MPA-Minuten, einsparen zu wollen.

Ausserdem ist die angenommene Zeitersparnis insbesondere bei einem Einzelleistungstarif im 5-Minutentakt den Patienten und nicht den Ärzten als Nutzen zuzuschreiben – siehe eingangs gemachte Bemerkung!

⁵ Die durchschnittliche Konsultationsdauer beträgt bei den Grundversorgern in der Deutschschweiz 15-17', in der Romandie 19', und gesamtschweizerisch 17', für alle Ärzte (Grundversorger und Spezialisten) in der Deutschschweiz 20-22', in der Romandie 25', und gesamtschweizerisch 23' (Quelle: NewIndex 2010).

- Das Gleiche gilt für vermiedene Laboruntersuchungen: Es ist nach Meinung der FMH eine vollkommen falsche Vorstellung, man könnte 10-25% der Laboruntersuchungen einsparen. Die FMH geht davon aus, dass heute weniger als 5% der Laboruntersuchungen eingespart werden könnten. Auch der durchschnittliche Preis eines Labortests ist mit 30-40 CHF viel zu hoch angesetzt – er liegt bei 5.50 CHF⁶. *Eingesparte Laboruntersuchungen dem Arzt als Nutzen zurechnen zu wollen ist bei einem Einzelleistungstarif wie oben erwähnt mehr als ein politischer Faux-pas.*
- Auch bei der Administrativen Berichterstattung und Abrechnung wird das Einsparungspotential durch vermiedenen Aufwand für doppelte Dokumentation viel zu hoch eingeschätzt: wie sollen bei einer Konsultation 2'-5' einer MPA plus zusätzlich 60-90'' des Arztes eingespart werden, wenn der durchschnittliche Erfassungsaufwand der MPA für die Abrechnung bei 1' pro Konsultation, und bei komplexen Fällen bei 2'-3' pro Konsultation liegt? Dies kann auch nicht mit Einsparungen bei sonstiger administrativer Berichterstattung erklärt werden.
- Auch die bis zu 15% durch eHealth vermiedenen Arztbesuche hält die FMH für eine zu optimistische Schätzung. Ausserdem müssten davon die durch eHealth verursachten Arztbesuche abgezogen werden: Die FMH hält es durchaus für möglich, dass durch Portallösungen ähnlich wie durch anderweitig übermittelte erklärungsbedürftige Gesundheitsinformationen zusätzliche Arztbesuche verursacht werden.

Spitäler:

- Spitalintern sind die Befunde und Berichte, insbesondere von Labor und Radiologie, heute meist schon elektronisch verfügbar, die Investitionen dafür wurden meist schon getätigt („sunk costs“, S. 28) und sind nicht der Regulierung zuzurechnen.
- Dasselbe dürfte zumindest teilweise auch für einfachere und schnellere Abläufe innerhalb des Spitals gelten, denn zum einen bezieht sich die eHealth-Regulation auf den Datenaustausch zwischen Gemeinschaften und nicht innerhalb einer Gemeinschaft, zum anderen wurden und werden heute in den meisten Spitälern elektronische Patientenakten umgesetzt. Die bevorstehende Einführung von SwissDRG hat diese Entwicklung noch beschleunigt. Insbesondere bei der Reduktion von Labor- und radiologischen Untersuchungen, aber auch generell bei der Prozessoptimierung im Spital, kommen auch andere Faktoren als die Einführung eines elektronischen Patientendossiers zum Tragen, nebst dem Hauptfaktor SwissDRG beispielsweise auch die fast track surgery.
Die Einsparungen in Labor und Radiologie werden im Text (S. 38) und im Anhang (S. 84) unterschiedlich beziffert: Im Text werden 4'000 bis 4'500 CHF pro Spitalbett und Jahr angegeben, im Anhang 400 bis 450 CHF pro Jahr und 100 Spitalbetten! Die FMH erachtet die erste Annahme als zu hoch, die zweite könnte zu niedrig sein.
- Die FMH bezweifelt, dass die Einführung eines elektronischen Patientendossiers zu einer relevanten Verringerung von stationären Fällen führen wird - auch diese wird eher durch DRG bewirkt.
- Für die FMH ist nicht nachvollziehbar, weshalb das Patientendossier entsprechend dem Architekturmodell zu Ersparnissen bei der Archivierung von Daten im Spital führen soll, handelt es sich doch beim zu regulierenden elektronischen Patientendossier um das zusätzlich zur Verfügung stellen von Patientendaten gegen aussen – unter bewusster Nicht-Einmischung in die internen Prozesse.
- Wie soll das elektronische Patientendossier den Spitälern zu mehr Einkommen verhelfen?

⁶ Quelle: NewIndex 2010

Nach Einschätzung der FMH sind die Kontingenzfaktoren⁷ für die Arztpraxen mit 10% für Kosten und 15 % für Nutzen insbesondere auch im Vergleich zu Spitälern (15% und 50%) zu niedrig angesetzt. Es sollte eine Sensitivitätsanalyse mit höheren Werten durchgeführt werden.

Weitere Bemerkungen zu den Annahmen sind in der Beilage als Kommentierung zu Anhang 5 zu finden.

Weitere Fragen:

- Wieso benötigt es bei Apotheken mehr als doppelt so lange (8-9 Jahre) als bei Ärzten und Spitälern, bis ein Nettonutzen eintritt (S. 3)? Im Moment erscheint dieser Unterschied nur dadurch erklärbar, dass man den Patientennutzen an manchen Stellen fälschlicherweise den Ärzten zugeordnet hat. Dieser Frage sollte nachgegangen werden.
- Wie ist der Satz zu verstehen, „Die vorgeschlagene Regulierung wird berücksichtigt, indem das Modell für diesen Fall eine gegenüber dem Referenzfall beschleunigte Entwicklung in Richtung Verbreitung und Vernetzung klinischer Informationssysteme annimmt.“ (S. 11)?
Bedeutet das, die Verbreitung und der dafür benötigte Zeitraum sind reine Annahmen, die nicht unterlegt sind?
- In Kap. 2.3.2, S. 17 wird eine Begleitgruppe erwähnt - um welche Begleitgruppe handelt es sich dabei?
- Tabelle 4, S. 22: Wie ist es zu erklären, dass die Apotheken weniger Aufklärungsbedarf durch Portalzugang seitens des Patienten haben sollen?
- Anhang 5, S. 79: „Ärzte in Spitälern“ „von allen freien Ärzten“: sind damit Belegärzte gemeint, oder allenfalls Gruppenpraxen in Spitälern?
- Tabelle 8, S.4 und S. 61 enthält Differenzen, die vermutlich auf Rundungen zurückzuführen sind.

Weitere politisch brisante, falsche oder zu hinterfragende Aussagen im Bericht:

- Der Bericht führt an, weitere zu koordinierende Infrastruktur-Komponenten (wie etwa Identifikationsmittel, Register und Referenzdienste) hätten den Charakter von Clubgütern (S. 2). Diese Aussage steht politisch im Widerspruch zu ausdrücklichen Entscheidungen des Gesetzgebers und sie ist sachlich falsch. So delegiert die Verordnung zur Versichertenkarte die Aufgabe, elektronische Leistungserbringerausweise zu schaffen, ausdrücklich an die Leistungserbringer.⁸ Und die HPC der FMH beispielsweise ist kein Clubgut: nicht nur ‚Clubmitglieder‘ der FMH, sondern auch Nichtmitglieder können sie gegen angemessene Kostenbeteiligung erwerben. Die Bezeichnung als blosses ‚Clubgut‘ ist zudem politisch kontraproduktiv: Wenn der Gesetzgeber die Partner im Gesundheitswesen zu eigenen Beiträgen auffordert, sollte der Bericht diese nicht abqualifizieren.
- Das eRezept wird weder in den Empfehlungen des Koordinationsorgans eHealth, noch im Bericht der Expertengruppe, noch seitens FMH als „prioritärer Nutzungsfall“ erachtet. Die Priorität liegt auf der integrierten Medikamentenverordnung (S. 6).

⁷ Kontingenzfaktoren sind eine Anpassungsvariable, deren Höhe von der Genauigkeit der Daten, der Übertragbarkeit der benutzten Erfahrungswerte und dem vermuteten Bias bei Interviewaussagen abhängt (S. 31).

⁸ Art. 14 VVK.

- Ein Zentralregister der Medikamentendaten (u.a. S. 45) ist weder im vom Koordinationsorgan eHealth empfohlenen Architekturmodell, noch im Bericht der Expertengruppe vorgesehen.
- Abbildung 1 und Kap. 2.2.1, S. 15: „Wirtschaftlichkeit“ ist in der definitiven Version des Berichts der Expertengruppe kein Sekundärzweck mehr, hingegen wurden andere Sekundärzwecke angegeben. Somit ist die „verbesserte Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung“ zumindest kein aus dem Bericht der Expertengruppe ableitbares Sekundärziel der Regulierung.
- In Tabelle 2 in Kap. 2.3.2, S. 18, werden als Personen bei der Organisation „Krankenversicherer“ „Informelle Betreuer / Pfleger wie Familienangehörige, Nachbarn oder Freunde“ genannt. Letztere sind keine Angestellten der Krankenversicherung – dieser redaktionelle Fehler könnte insbesondere bei Patienten auf Unverständnis stossen.
- Bei Tabelle 7, Definition der untersuchten Alternativen (S. 55) fällt auf, dass bei der vorgeschlagenen Regulierung keine Gremien zur Standardisierung von Datensätzen vorgesehen sind. Dies entspricht in keiner Weise dem Bericht der Expertengruppe. Ebenso fällt im Anhang 5 (S. 90) auf, dass für ein Gremium zur Einigung auf Datensätze 0 Ärzte, 0 Pflegepersonal, und 0 Apotheker vorgesehen sind resp. pro Berufsgruppe 5-10% FTE. Wie ist das mit einem Ansatz der Konsensfindung zu vereinbaren?

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die FMH es für bedauerlich hält, dass das BAG eine Studie eines solchen Reifegrades publiziert hat.

Die FMH dankt für die Berücksichtigung ihrer Anliegen.

Freundliche Grüsse

FMH



Dr. med. Gert Printzen
Mitglied Zentralvorstand, Ressort eHealth



Dr. sc. hum. Judith Wagner
Leiterin eHealth

Beilage: Kommentare zu Anhang 5 der Regulierungsfolgenabschätzung