

# Die Finanzierung telemedizinischer Dienste in Deutschland 2009

## The funding of telemedical services in Germany 2009

Kerstin BOCKHORST

*Medizinische Informatik, Universitätsmedizin Göttingen*

**Zusammenfassung.** Im Rahmen einer explorativen Fragebogenerhebung bei den gesetzlichen Krankenkassen und einer Serie von Experteninterviews wurde die Verbreitung von telemedizinischen integrierten Versorgungsprogrammen im Bereich der Kardiologie sowie deren Perspektive nach dem Ende der Anschubfinanzierung untersucht. Telemedizin-Programme wurden überwiegend für das Therapiemanagement von Herzinsuffizienz-Patienten initiiert. Die gesundheitsökonomische Relevanz der Erkrankung und das Einsparpotenzial durch die Reduzierung von Krankenhauseinweisungen waren die wichtigsten Gründe für eine Fokussierung auf diese Patientengruppe. Die Programme wurden nahezu alle evaluiert, obwohl die geringe Zahl an verfügbaren Publikationen dies nicht vermuten lässt. Die Ergebnisse zeigen durchweg positive medizinische und ökonomische Effekte. Durch den Wegfall der Anschubfinanzierung sind kaum Auswirkungen auf laufende Programme zu erwarten. Allerdings bleibt die zukünftige Innovationsbereitschaft der Kassen abzuwarten, denn durch den Gesundheitsfonds bleibt deutlich weniger Spielraum für Risikoinvestitionen. Die Bereitschaft, telemedizinische Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren, ist grundsätzlich gegeben, aber es fehlen noch ein langfristiges Finanzierungsmodell sowie ein Evaluationssystem zur Bewertung der Effektivität und Effizienz neuer Telemedizin-Technologien. Große Widerstände gegenüber der Ausbreitung der Telemedizin sind vor allem bei den Ärzten zu verzeichnen, die Telemedizin als Konkurrenz und zusätzliche Arbeitsbelastung wahrnehmen. Um diesem Problem zu begegnen zielen verschiedene Ansätze darauf ab, der Telemedizin den Status einer therapeutischen Verordnung zu geben.

**Abstract.** An explorative questionnaire enquiry about all public health insurances as well as expert interviews were undertaken to investigate the existence of integrated telemedical care programmes in the field of cardiology, as well as their perspectives after the end of the initial funding. Telemedicine-programmes were mainly initialised for the therapy management of patients with heart failure. The main reasons for putting an emphasis onto these patients were the relevance of this disease to health economics, and the possible savings due to a reduction of hospital admission. Nearly all of the programmes were evaluated, although this could not be assumed from the low number of scientific literature available. The results clearly indicate positive medical and economic effects. Since the initial funding was primarily used for development costs, the discontinuation of this aid will hardly have any impact on running programmes. However, the future attendance of public health insurances for innovations needs to be awaited as due to the „Gesundheitsfonds“ there will definitely be less space for risk investments. The willingness to finance telemedical benefits in public health insurances is basically given but a long-term model for financing and a concept for the systematic evaluation of new technologies are still missing. High resistance mainly comes from the physicians as they recognise telemedicine as competitor and additional

workload. To solve this problem several approaches aim at placing telemedicine in the status of therapeutic prescription.

**Keywords.** integrated care, telemedicine, cardiology

## **Einleitung**

Die Versorgung im deutschen Gesundheitssystem ist durch die sektorale Trennung in einen ambulanten und einen stationären Sektor charakterisiert. Im ambulanten Sektor sind die niedergelassenen Haus- und Fachärzte zu unterscheiden, während im stationären Sektor Fachärzte als Angestellte im Krankenhaus Versorgungsleistungen anbieten. Die Arbeitskultur dieser verschiedenen Interessengruppen bedingt eine auf Teilbereiche reduzierte Sicht der Versorgungskette [1]. Dies führt zu Informations- und Kommunikationsbrüchen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und in der Folge zu Qualitäts- und Effizienzdefiziten in der Versorgung [2]. Der behandelnde Arzt ist oftmals nur unzureichend über die Krankheitsgeschichte des Patienten und bereits erfolgte Behandlungsschritte in der Versorgungskette informiert [3,4]. Dies zieht die Mehrfacherbringung von Leistungen, insbesondere im Bereich der Diagnostik, und damit verbundene Mehrkosten nach sich [3,5,6]. Der Trend hin zu einer immer komplexer werdenden Medizin sowie einer starken Spezialisierung der Gesundheitsberufe erfordert enge Absprachen und eine gute Koordination zwischen allen am Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringern. Ist dies nicht gegeben, sind in vielen Fällen Behandlungsfehler die gravierende Folge [7]. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weist in seinem Gutachten 2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ darauf hin, dass chronisch Kranke und Behinderte in besonderem Maße auf nahtlose zielorientierte Versorgungsketten angewiesen seien. Durch mangelhafte interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit würden jedoch schwerwiegende Brüche in der Versorgung dieser Patienten auftreten. Der Sachverständigenrat betont, dass es unzumutbar sei, dem Patienten die sektorübergreifende Koordination seiner Behandlung selbst zu überlassen [8].

Angeichts dieser Missstände und Fehlanreize ist eine bessere Vernetzung der Leistungserbringer über sektorale Grenzen hinweg ein zentraler Ansatzpunkt der integrierten Versorgung [9]. Im deutschen Gesundheitssystem gibt es verschiedene Ansätze integriert zu versorgen, der Begriff „Integrierte Versorgung“ beschreibt allerdings auch ein ganz bestimmtes Versorgungskonzept, das der Gesetzgeber in § 140a ff. SGB V verankert hat. Danach können sich Leistungserbringer im Gesundheitswesen zusammenschließen, um eine Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fächerübergreifende Versorgung der Versicherten anzubieten und einen entsprechenden Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung abzuschließen. [5,9]. Ziel dieses ablauforientierten Versorgungsansatzes ist es, eine effizientere, transparentere und qualitativ höherwertige Behandlung für die Patienten zu erreichen sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren [2].

Die gesetzliche Grundlage für die integrierte Versorgung als neue Versorgungsform wurde im Jahre 2000 im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes geschaffen. Eine Erweiterung des Gesetzes erfolgte durch das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahre 2004 [9]. Um dem bis dahin nur recht zögerlich anlaufenden Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung mehr Dynamik zu verleihen, wurde die sogenannte Anschubfinanzierung eingeführt [5]. Dadurch standen den Krankenkassen

in den Jahren 2004 bis 2008 für die integrierte Versorgung jeweils Finanzmittel in Höhe von bis zu einem Prozent der Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung sowie ein Prozent des Budgets der Krankenhäuser zur Verfügung (vgl. § 140d SGB V).

Das Selektivvertragssystem der integrierten Versorgung bietet durch ein hohes Maß an Freiheit in der Vertragsgestaltung die Möglichkeit, innovative Versorgungskonzepte zu erproben, die auch medizinisch orientierte Anwendungen von Informations- und Kommunikationstechnologien (Telemedizin) umfassen können [10]. Telemedizin-Anwendungen können die Vernetzung der Leistungserbringer über sektorale Grenzen hinweg sowie eine fächerübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer im Sinne einer patientenorientierten Versorgung unterstützen [2]. In der Phase der Anschubfinanzierung wurden von mehreren Krankenkassen integrierte Versorgungsverträge geschlossen, in denen Anbieter telemedizinischer Dienstleistungen Vertragspartner sind. Telemedizinische Dienstleistungen gehören, mit Ausnahme der telemedizinischen Überwachung von Herzschrittmachern und Defibrillatoren, bislang nicht zur medizinischen Regelversorgung. Dadurch ergibt sich für Telemedizin-Anbieter ein besonderer Anreiz, Partner in einem Netzwerk der integrierten Versorgung zu werden. Ein großer Teil der bislang geschlossenen Verträge konzentriert sich auf die Versorgung herzkranker Patienten [10]. Kardiologische Krankheitsbilder eignen sich sowohl für die Entwicklung von Behandlungspfaden in der integrierten Versorgung als auch für den Einsatz von Telemedizin besonders gut, da sie in der Regel sektoren- und fächerübergreifende Behandlungspfade erfordern, Evidenz-basierte Leitlinien für die häufigsten Krankheitsbilder vorliegen und eine hohe gesundheitsökonomische und Public-Health-Relevanz besteht [10].

## **1. Fragestellung und Methodik**

Zum 01.01.2009 ist nach einer Laufzeit von fünf Jahren die Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsprogramme weggefallen. Daher stellt sich die Frage, ob und inwieweit in Deutschland 2009 nach Ende der Anschubfinanzierung eine Fortführung von telemedizinischen Versorgungsprogrammen seitens der Krankenkassen zu erwarten ist. Diese Frage stellt sich auch in Anbetracht der neuen Regelungen durch den Gesundheitsfonds und der daraus resultierenden Planungsunsicherheiten, welche dazu führen, dass bei den Leistungsträgern momentan keine besondere Neigung zu Risiko-investitionen besteht.

Im Rahmen einer großflächigen explorativen Fragebogenerhebung wurden alle bundesdeutschen Krankenkassen befragt, ob sie integrierte Versorgungsprogramme mit Telemedizin-Anbietern durchgeführt haben. Von besonderem Interesse war dabei:

1. welcher Art die telemedizinischen Versorgungsprogramme waren
2. welchen Stellenwert Telemonitoring-Anwendungen bei chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vergleich zu anderen Indikationen haben
3. ob die telemedizinischen Versorgungsprogramme evaluiert wurden
4. wie erfolgreich die telemedizinischen Versorgungsprogramme gelaufen sind
5. ob die Programme nach Ende der Anschubfinanzierung fortgeführt werden.

Der Fragebogen wurde mit einem frankierten adressierten Rückumschlag am 20. April 2009 an alle 196 gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland versandt mit der Bitte um Rücksendung bis zum 06. Mai 2009. Die Adressierung erfolgte jeweils an die Abteilung Vertragsmanagement. Für die Erhebung wurde ein doppelseitiger Fragebogen eingesetzt, der von einem einseitigen Anschreiben begleitet wurde. Der Fragebo-

gen bestand aus insgesamt elf Fragen und wurde so konzipiert, dass überwiegend geschlossene Fragen verwendet wurden, um eine größtmögliche Vergleichbarkeit zu erzielen. An einigen Stellen wurden halboffene Fragen gewählt, um bestimmte Inhalte detaillierter erheben zu können. Die Datenauswertung erfolgte anonym.

Im zweiten Schritt wurden Vertreter von Krankenkassen, die Telemedizin-Projekte im Bereich der integrierten Versorgung durchführen, sowie die entsprechenden Telemedizinanbieter, mit denen die Krankenkassen zusammenarbeiten, im Rahmen von leitfadengestützten Experteninterviews befragt. Insgesamt wurden im April und Mai 2009 acht Experten aus sieben verschiedenen Institutionen interviewt. Die Interviews vertiefen die Erkenntnisse aus der Fragebogenerhebung und untersuchen zusätzlich folgende Forschungsfragestellungen:

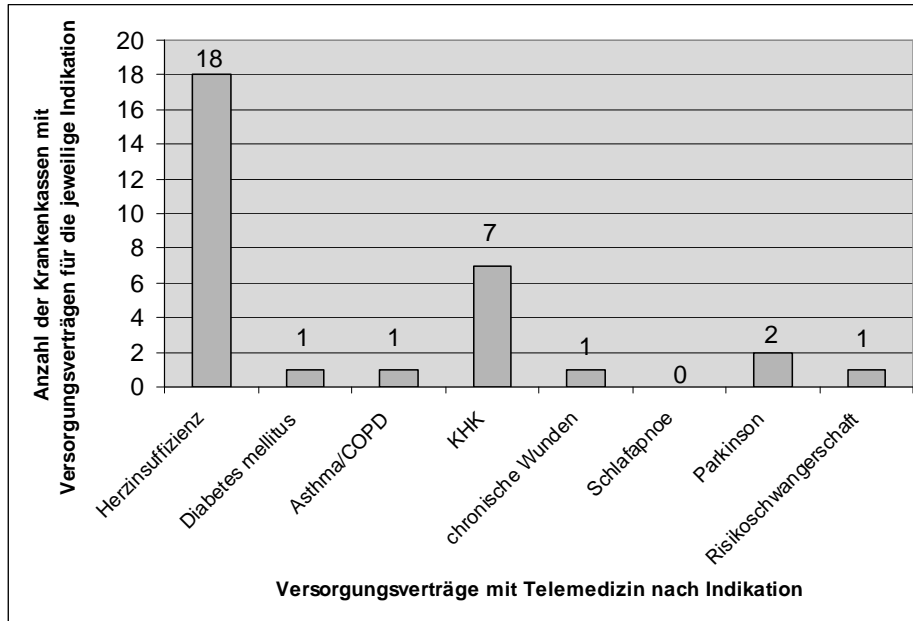
1. Welche Faktoren haben zu einer Fortführung oder Einstellung der Programme beigetragen?
2. Könnten veränderte Rahmenbedingungen zu einer erfolgreicherer Umsetzung der Programme beitragen?
3. Welche Änderungen wären dies gegebenenfalls?
4. Wie stellen sich die zukünftigen Perspektiven für Telemedizin im deutschen Gesundheitswesen dar?

Da ein offener methodischer Ansatz in Form von Erzählaufforderungen gewählt wurde, variierte die Dauer der Interviews zwischen 20 und 90 Minuten.

## **2. Ergebnisse**

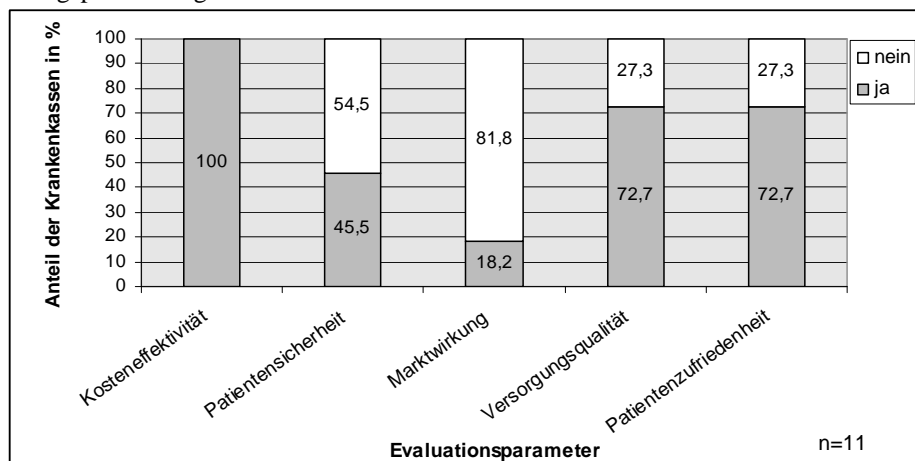
### *2.1. Ergebnisse der Fragebogenerhebung*

Von insgesamt 196 angeschriebenen Krankenkassen haben 34 den ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 17%. Insgesamt haben 21 der 34 Krankenkassen (61,8 %) Verträge mit Anbietern telemedizinischer Dienstleistungen geschlossen. 18 Krankenkassen bieten Versorgungsverträge mit einer telemedizinischen Komponente für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz an. Telemedizinische integrierte Versorgungsprogramme für die Indikationen Diabetes mellitus, Asthma/COPD und chronische Wunden werden jeweils nur von einer Krankenkasse angeboten. Sieben Krankenkassen versorgen Patienten mit koronarer Herzkrankheit im Rahmen der integrierten Versorgung mit Telemedizin. Für die ebenfalls zur Auswahl angebotene Indikation Schlafapnoe wird von keiner der befragten Krankenkassen ein Versorgungsprogramm angeboten. Als zusätzliche Indikationen für telemedizinische Versorgungsprogramme wurden von zwei Krankenkassen Parkinson und von einer Krankenkasse Risikoschwangerschaften (Telesonographie) genannt.



**Abbildung 1.** Zu welchen Indikationen wurden von den Krankenkassen telemedizinische integrierte Versorgungsverträge geschlossen?

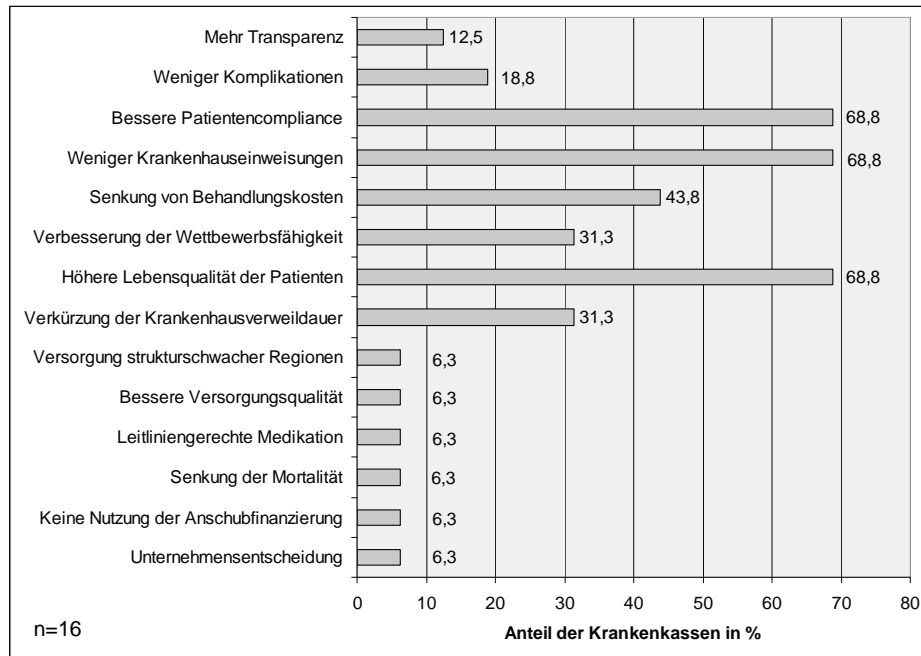
Von den insgesamt 21 Krankenkassen, die telemedizinische Versorgungsprojekte durchgeführt haben, gaben 12 Krankenkassen (60 %) an, ihre Projekte evaluiert zu haben. Elf der 12 Krankenkassen haben die gemessenen Erfolgsparameter näher definiert. Abbildung 2 zeigt, dass alle elf Krankenkassen (100 %) die Kosteneffektivität der Telemedizin-Projekte untersucht haben. Die Patientensicherheit wurde hingegen nur von 45,5 % (n=5) der Krankenkassen evaluiert. 18,2 % (n=2) der Krankenkassen haben die Marktwirkung der telemedizinischen Projekte untersucht. Die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit wurden von jeweils 72,7 % (n=8) der Krankenkassen als Erfolgsparameter gemessen.



**Abbildung 2.** Welche Erfolgsparameter wurden von den Krankenkassen evaluiert?

81 % (n=17) der Krankenkassen, die Telemedizin-Projekte durchgeführt haben, wollen nach Ende der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung alle Projekte fortführen. Eine Krankenkasse, die ein telemedizinisches Versorgungsprogramm für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und Patienten mit koronarer Herzkrankheit angeboten hat, führt den Vertrag über das Ende der Anschubfinanzierung hinaus nicht weiter. Eine höhere Lebensqualität der Patienten und eine bessere Compliance hätten zwar für eine Fortführung des Projektes gesprochen, letztendlich hätten aber höhere Behandlungskosten für die Patienten, das Ende der Anschubfinanzierung und Planungsunsicherheiten durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zu einer Einstellung des Projektes geführt. Drei weitere Krankenkassen führen nur einen Teil der Verträge mit Telemedizin-Anbietern über das Ende der Anschubfinanzierung hinaus weiter. Von diesen drei Krankenkassen hat nur eine ihre Versorgungsprojekte evaluiert. Zwei der drei Krankenkassen haben sowohl für die Indikation Parkinson als auch für Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen telemedizinische Versorgungsprojekte angeboten. In beiden Fällen wurden höhere Behandlungskosten als Grund für die Einstellung der Programme genannt. Eine der beiden Kassen fügte zudem hinzu, dass auch eine geringe Teilnehmerzahl zur Einstellung eines Teils der durchgeführten Projekte geführt habe. Die dritte Krankenkasse, die auch nur einen Teil ihrer Projekte fortführt, hatte Verträge für die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz und koronarer Herzkrankheit. Als Gründe für die Einstellung eines Teils der Projekte wurde angeführt, dass keine Behandlungskosten eingespart werden konnten und die Teilnehmerzahl der Versicherten zu gering war.

Insgesamt haben 16 Krankenkassen Gründe dafür angegeben, warum sie ihre Telemedizin-Projekte auch über das Ende der Anschubfinanzierung hinaus fortführen. Abbildung 3 zeigt, dass eine höhere Lebensqualität (n=11, 68,8 %) und eine verbesserte Compliance der Patienten (n=11, 68,8 %) sowie eine Verringerung von Krankenhauseinweisungen (n=11, 68,8 %) die am häufigsten genannten Gründe für eine Fortführung der Projekte waren. 43,8 % der Krankenkassen gaben eine Senkung der Behandlungskosten als wichtigen Grund für eine Fortführung der Projekte an. Jeweils knapp ein Drittel der Krankenkassen (n=5, 31,3 %) nannte eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer und eine Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit als Gründe für eine Fortführung der Verträge. Für drei Krankenkassen war eine Verminderung von Komplikationen und für zwei Krankenkassen war mehr Transparenz ein ausschlaggebendes Kriterium für die weitere Zusammenarbeit mit Telemedizin-Anbietern im Rahmen der integrierten Versorgungsprojekte. Die Versorgung strukturschwacher Regionen spielte nur in einem Fall eine entscheidende Rolle. Zusätzlich zu den vorgegebenen Antwortkategorien wurden auch eine bessere Versorgungsqualität, eine leitliniengerechte Medikation, eine Senkung der Mortalität und der Verzicht auf die Nutzung der Anschubfinanzierung von jeweils einer Krankenkasse als Gründe für eine Fortführung der Verträge genannt. In einem Fall basierte die Entscheidung für das Telemedizin-Projekt auf einer unternehmerischen Entscheidung, da Anfang 2009 noch keine Evaluationsergebnisse vorlagen.



**Abbildung 3.** Welche Gründe haben für eine Fortführung der Telemedizin-Projekte über das Ende der Anschubfinanzierung hinaus gesprochen?

## 2.2. Ergebnisse der Experteninterviews

### 2.2.1. Motivation für die Verknüpfung von Telemedizin mit dem Konzept der integrierten Versorgung

Die Idee, Telemedizin mit dem Konzept der integrierten Versorgung zu verknüpfen, beruht bei den Krankenkassen auf unterschiedlichen Motivationen. Die Techniker Krankenkasse und die AOK Westfalen-Lippe wurden seitens der Telemedizin-Anbieter angefragt, ob sie sich an einem Projekt zur telemedizinischen Versorgung von herzkranken Patienten beteiligen wollen. Beiden Kassen ging es darum, zu erproben, ob durch Telemedizin die Selbstverantwortung der Patienten gestärkt werden kann. Die Einführung telemedizinischer Versorgungsprogramme bei der Taunus BKK und der BKK Ford & Rheinland beruht auf einem anderen Ausgangspunkt. Beide Betriebskrankenkassen sind von der Idee ausgegangen, die Behandlung chronisch kranker Patienten gegenüber der Regelversorgung zu verbessern. Aus der allseits bekannten Situation heraus, dass 20 % der Versicherten mit einer chronischen Erkrankung 80 % der Behandlungskosten verursachen, haben sich die Kassen gefragt, welche Gründe hinter den oftmals schlechten Behandlungserfolgen stehen. Für die Telemedizin haben sich die Kassen entschieden, um genau dort anzusetzen, wo sie die größten Defizite in der konventionellen Behandlung sehen, und zwar in einer unzureichenden therapeutischen Führung der Patienten sowie einer fehlenden leitliniengerechten Medikation. Die Vertreter der vier befragten Kassen sind sich einig, dass der Paragraph 140a-d SGB V derzeit die günstigsten gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung telemedizinischer integrierter Versorgungsprogramme bietet.

Die Telemedizin-Anbieter sehen ihre Dienstleistungen im Rahmen der integrierten Versorgung vor allem als Instrument, um die Erfahrungen und das Wissen aller am Behandlungsprozess Beteiligten zusammenzuführen und einen Austausch auf gleichem Wissensstand zu ermöglichen.

### *2.2.2. Erfahrungen mit der Umsetzung von Telemedizin-Programmen*

In der Entwicklung und Umsetzung der Programme hat sich seitens der Krankenkassen eine enge Kooperation mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten als vorteilhaft erwiesen. Allerdings haben alle Kassen die Erfahrung gemacht, dass die Akzeptanz der Telemedizin bei den Ärzten noch nicht sehr ausgeprägt ist. Die Ärzte fürchten um ihre Therapiehoheit und schätzen die zusätzliche Arbeitsbelastung als zu hoch ein. Die Kassen setzen daher mittlerweile darauf, Telemedizin den Status einer therapeutischen Verordnung zu geben, ähnlich einer Medikation. Das nehme eine Menge Angst bei den Ärzten. Dennoch erweise es sich als schwierig, Ärzte für die telemedizinischen Programme zu gewinnen, da die zusätzlichen Aufgaben für den Arzt im Rahmen von strukturierten Behandlungsabläufen im Klinik- und Praxisalltag oftmals untergehen würden. Sowohl seitens der Krankenkassen als auch seitens der Telemedizin-Anbieter hat man die Erfahrung gemacht, dass die Patienten nicht selbst entscheiden können, ob eine konventionelle oder eine telemedizinisch gestützte Therapie für sie besser geeignet ist. Daher erweise es sich als unumgänglich, die behandelnden Ärzte in diese Entscheidung einzubinden.

### *2.2.3. Evaluation der Telemedizin-Programme*

Alle befragten Krankenkassen haben ihre Telemedizin-Programme durch unabhängige Dritte evaluieren lassen. Dabei standen Kosten-Effektivitäts-Analysen sowie die Untersuchung medizinischer Effekte im Vordergrund. Eine Evaluation sei allein schon aus dem Grunde vorgesehen, da man die Effektivität eines innovativen Programms vor dem eigenen Vorstand belegen müsse. Zudem sei es glaubhafter, wenn man über die eigenen Daten hinaus auch unabhängige wissenschaftliche Ergebnisse vorlegen könne. Telemedizin wird von den Kassen als Kostenmanagement durch Tertiärprävention verstanden. Während ein Teil der Krankenkassen von enormen Kosteneinsparungen, insbesondere durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten bei Herzinsuffizienz-Patienten, spricht, formulieren andere noch etwas zurückhaltend, dass erste positive Effekte zu erkennen seien. Neben den ökonomischen Effekten zeigen die Evaluationen, dass sich die Patienten besser betreut fühlen, schneller einen Facharzttermin erhalten und mehr Patienten leitliniengerecht versorgt werden. Der zuletzt genannte Punkt hat teilweise zu einem Anstieg der Arzneimittelkosten pro Patient geführt. Langfristig gesehen trage die bessere Betreuung der Patienten durch die integrierten Versorgungsprogramme zu einer Kundenbindung bei.

Die Telemedizin-Anbieter bestätigen, dass die Krankenkassen eine unabhängige Evaluation der Programme veranlassen und dabei harte Kriterien anlegen. Studien der Anbieter selbst würden bei der Entscheidung der Kassen für oder gegen die Fortführung eines Programms in der Regel nicht berücksichtigt. Aus Sicht der Anbieter müssen drei Punkte erfüllt sein, um mit Telemedizin-Projekten erfolgreich zu sein: gegenüber den Krankenkassen müssen gesundheitsökonomische Vorteile dargestellt werden können, gegenüber den Medizinern muss eine medizinische Relevanz belegt werden können und die Akzeptanz bei den Patienten muss gegeben sein.



#### *2.2.4. Perspektiven für die Telemedizin nach dem Ende der Anschubfinanzierung*

Die Krankenkassen betonen, dass die durchgeführten Telemedizin-Programme nicht auf die Anschubfinanzierung angewiesen, sondern darauf ausgerichtet seien, sich selbst zu tragen. Es wäre zu kurz gegriffen, defizitäre Programme aufzusetzen, die sich ab 2009 selbst tragen sollen. Die Mittel der Anschubfinanzierung seien für die Entwicklung der Programme sowie zur Schaffung einer Infrastruktur verwendet worden. Damit steht die Fortführung der laufenden Programme nach dem Ende der Anschubfinanzierung für die Kassen nicht infrage. Durch den einheitlichen Krankenkassenbeitragsatz würden die Programme eine Möglichkeit bieten, sich von anderen Kassen abzugrenzen. Zudem könnten Diagnosen, für die es Geld aus dem Morbi-RSA gibt, durch die Einschreibung von Patienten in die Behandlungsprogramme besser erfasst werden. Allerdings lassen die Änderungen durch den Gesundheitsfonds zukünftig deutlich weniger Spielraum für Risikoinvestitionen. Durch den Wegfall der Anschubfinanzierung sei es erschwert worden, Innovationen in das System zu bringen.

Mit Blick auf die zukünftige Entwicklung der Telemedizin im deutschen Gesundheitssystem bestehen aus Sicht der Krankenkassen einige bedeutende Anforderungen an die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen. So sollten juristische Fragen zur Telemedizin geklärt und Standards für eine telemedizinische Infrastruktur eingeführt werden. Die derzeit vorhandenen Insellösungen der einzelnen Kassen mit ihren jeweiligen Dienstleistungsanbietern würden dazu führen, dass sich die Kassen langfristig an einen Anbieter binden müssen. Perspektivisch würde diese Situation es erschweren, Neuerungen und Verbesserungen durchzusetzen. Zudem sollte es ein Instrument zur Bewertung der Qualität von Telemedizin geben, da eine große Heterogenität der am Markt verfügbaren telemedizinischen Produkte und Dienstleistungen bestünde und diese Vielfalt auch zukünftig weiter zunehmen werde. Der zukünftige Einsatz der Telemedizin müsse besonders unter wirtschaftlichen Aspekten gesehen werden und zum Wohle des Patienten gerechtfertigt und angemessen sein.

Aus Sicht der Telemedizin-Anbieter sind ausreichend Studien zur Telemedizin durchgeführt worden und es sei nun an der Zeit, eine großflächige Anwendung zu erproben, vorzugsweise in einer Modellregion. In Nordrhein-Westfalen würden mit Unterstützung der Landespolitik bereits erste Schritte in diese Richtung unternommen. Die Anbieter sind überzeugt, dass Telemedizin in wenigen Jahren in den Regelleistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden wird.

### **3. Fazit und Ausblick**

Die Krankenkassen sind sehr zurückhaltend mit Prognosen für die zukünftige Verbreitung von Telemedizin. Einerseits wird gesehen, dass das Thema Telemedizin bei den Ärzten noch mit großer Skepsis betrachtet wird und ein Hemmnis in der Ausbreitung besteht. Andererseits besteht bei den Krankenkassen auch kein besonders großes Interesse daran, an einer gemeinsamen Leistungsträger-übergreifenden Telemedizin-Infrastruktur zu arbeiten, da die Kassen darin einen Verlust von Wettbewerbsvorteilen sehen. Es wurde immer wieder angemerkt, dass sich hinter dem Begriff Telemedizin ein weites Anwendungsfeld verschiedenster Technologien verbirgt. Entsprechend werde man sehr differenziert beurteilen müssen, welche Anwendungen für die Patientenversorgung geeignet seien und den drei Erfolgskriterien (Kosteneffizienz, Vorteile für den Patienten und Akzeptanz der Ärzte) entsprächen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen klar erkennen, dass die Einführung und Förderung telemedizinischer Dienstleistungen im deutschen Gesundheitswesen den Stand der Erprobung von operativen Bezahlungs- und Vergütungsmethoden erreicht hat. Von diesem Punkt bis zu einer verbreiteten, akzeptierten und eingeübten Vorgehensweise werden noch viele Jahre vergehen. Fest steht, dass nur solche Leistungen solidarisch im Gesundheitswesen finanziert werden können, die von den Krankenkassen oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss akzeptiert werden. Denn eine kontinuierlich voranschreitende Entwicklung neuer Technologien von der Sensorik bis hin zu Möglichkeiten der technischen Vernetzung lassen das Anwendungsfeld der Telemedizin tagtäglich vielfältiger und breiter werden. Diese Tatsache zeigt, dass anfänglich nur eine kleine überschaubare Auswahl telemedizinischer Anwendungen solidarisch finanziert werden kann. Im Hinblick auf die zukünftige Ausweitung der Finanzierung auf weitere telemedizinische Technologien muss sich, ähnlich wie im Bereich der Pharmakotherapien, ein kontinuierlicher Prozess der Bewertung, der Evaluation und der Risikoabschätzung etablieren.

## Referenzen

- [1] A. Mühlbacher, Integrierte Versorgung. Management und Organisation. Eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung, Huber, Bern, 2002.
- [2] B. Zippel-Schultz, C. Bogenstahl, C. Schultz, Akzeptanz der Integrierten Versorgung, In: C. Schultz, H. Gemünden, S. Salomo, Akzeptanz der Telemedizin, Minerva, Darmstadt 2005, 215-43.
- [3] J. Cortekar, S. Hugenroth, Managed Care als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen, Metropolis-Verlag, Marburg, 2006.
- [4] H. Pfaff, C. Janßen, C. Kuch, F. Schreiber, Integrierte Versorgungsformen aus stationärer Perspektive, In: B. Badura, O. Iseringhausen, Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation: Beiträge aus der Versorgungsforschung, Huber, Bern, 2005, 99-114.
- [5] A. Focke, K. Höppner, S. Schillo, F. Hessel, S. Schulz, J. Wasem, In: B. Badura, O. Iseringhausen, Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation: Beiträge aus der Versorgungsforschung, Huber, Bern, 2005,
- [6] B. Wiegand, E. Jung, V. Heuzeroth, Die integrierte Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Leitfadens, Erich Schmidt Verlag, Berlin, 2009.
- [7] Robert Koch-Institut, Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 04/01, Verlag Robert Koch-Institut, Berlin, 2001.
- [8] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung, URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurzf-de.pdf> (Stand 27.07.2009), Bonn, 2001.
- [9] Kassenärztliche Bundesvereinigung, Integrierte Versorgung, URL: <http://www.kbv.de/koop/8777.html> (Stand 05.03.2009).
- [10] A. Müller, J. Schweizer, T.M. Helms, „Kardiologische Betreuungsmodelle.“, Prävention und Gesundheitsförderung 3(2008), 259-65.

Die Daten wurden im Rahmen der Masterarbeit der Erstautorin erhoben. Die Arbeit wurde betreut durch Herrn Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß, Hochschule Fulda und Herrn Prof. Dr. med. Otto Rienhoff, Medizinische Informatik, Universitätsmedizin Göttingen.