

Neue Versichertenkarte

Welche Daten kommen auf die neue Gesundheitskarte?

BERNHARD STRICKER

Die Einführung der «Elektronischen Versichertenkarte» ist im Grundsatz beschlossen, ihre genaue Ausgestaltung derzeit aber noch offen und Gegenstand von Anhörungen und Vernehmlassungen.

Beim Beschluss des Parlaments vom Oktober 2004, eine Versichertenkarte einzuführen, stand der Wunsch nach administrativer Vereinfachung im Vordergrund. Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass die Versichertenkarte später zu einer Gesundheitskarte ausgebaut werden könnte. Auch die Idee einer «Notfallkarte» mit Angaben zu Blutgruppe, Krankheiten (z.B. Allergien) oder Impfungen stand zur Diskussion. Letztlich wurde der Absatz 4 von Artikel 42a des neuen KVG jedoch offen formuliert, da erstens der Begriff «Notfall» Raum für Interpretationen lässt und zweitens die Versicherten selber entscheiden sollen, wem sie ihre persönlichen Daten zugänglich machen wollen. Gesundheits- und Informatikspezialisten sind sich einig, dass eine Versichertenkarte nicht als isoliertes technisches Projekt, sondern im Kontext einer eHealth-Strategie betrachtet werden muss. Uneinig ist sich die Fachwelt hingegen bezüglich Sparpotenzial und Machbarkeit. Die argumentative Frontlinie verläuft überall

gleich: Bessere Datenqualität und grössere Effizienz stehen Bedenken des Datenschutzes und der Sicherheit gegenüber.

Aus Sicht des Datenschutzes müssen vor allem die Selbstbestimmung und die Transparenz bei der Einführung und der Anwendung der Karte gewährleistet sein.

Deutschland führt die Gesundheitskarte 2006 ein

Nach einer mehrjährigen Vorbereitungsphase wird Deutschland die Gesundheitskarte 2006 einführen, und zwar gleichzeitig mit dem «elektronischen Heilberufsausweis» für alle zugelassenen Ärzte und Apotheker und der so genannten «Institutskarte» für Spitäler, Praxen und Apotheken. Die Kosten für die nötigen Umbauten an der Hard- und Software von Praxen, Apotheken, Spitälern und den Rechenzentren der mehr als 300 deutschen Krankenkassen belaufen sich auf rund 1,7 Milliarden Euro und machen damit die elektronische Gesundheitskarte in Deutschland zum derzeit weltgrössten EDV-Projekt. Den Ausgaben stehen Einsparungen im Rezeptwesen und bei der Verhinderung von Doppelmedikationen sowie dem Kartenmissbrauch gegenüber. Allein der Kartenmissbrauch soll in Deutschland jährlich Schäden von 400 Millionen Euro verursachen.

Die elektronische Gesundheitskarte enthält Pflichtangaben, wie sie auch auf der bisherigen Versichertenkarte gespeichert waren. Das sind vor allem Angaben zur Person: Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Adresse. Darüber hinaus werden Daten zur Krankenversicherung integriert. Für alle Versicherten, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, muss die Gesundheitskarte zudem mit einer Foto ausgestattet sein. Die Rückseite enthält den

so genannten Auslandskrankenschein, der die medizinische Behandlung und Betreuung der Versicherten im Ausland regelt und vereinfacht.

Neben dem Pflichtteil bietet die elektronische Gesundheitskarte den Versicherten die Möglichkeit, freiwillig zusätzliche medizinische Angaben zu speichern. Jeder und jede Versicherte kann selbst entscheiden, welche zusätzlichen Daten gespeichert werden sollen. Zum Beispiel eine Medikamentendokumentation oder Notfalldaten (Blutgruppe, frühere Erkrankungen, Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten etc.). Der Gesetzgeber hat explizit festgelegt, dass alle im freiwilligen Teil abgelegten Daten nur mit der Einwilligung der Versicherten gespeichert werden dürfen und dass diese Daten wieder gelöscht werden müssen, wenn dies der Versicherte wünscht.

Tessin als Vorreiter

Die Schweiz ist im Vergleich zu den meisten Ländern Europas bezüglich Einführung einer Versichertenkarte im Rückstand. Auf kantonaler Ebene ist die Idee einer Gesundheitskarte im Tessin am weitesten fortgeschritten. Das Tessiner Gesundheitsdepartement hat am 8. November 2004 einen 18-monatigen Pilotversuch mit einer elektronischen Patientenkarte lanciert. Rund 2500 Freiwillige aus dem Grossraum Lugano haben die Möglichkeit, die Karte im Alltag zu testen. Dazu kommen mehr als 500 Fachpersonen (Praxisärzte, Spitalärzte, Apotheker, Spitex-, Altersheim- und Ambulanzpersonal etc.). Die «carta sanitaria» («Gesundheitskarte») hat das Format einer Kreditkarte und enthält einen Mikrochip, der die Datenübermittlung zwischen Ärzten, Spitälern, Spitex, Ambu-

Neue Gesundheitskarte

lanzdienst und Apothekern vereinfacht. Die Krankenkassen hingegen haben keinen Zugriff auf die Patientenkarten.

Die Karte enthält Angaben zu Blutgruppe, Allergien, Medikamenten, Impfungen sowie Daten zur Krankengeschichte. Jeder Besitzer einer Patientenkarte entscheidet selbst, wer auf welche Daten Zugriff hat. Zugang zu den Informationen haben die Ärzte und Apotheker nur dann, wenn sie sich ausweisen können und wenn der Karteninhaber einverstanden ist. Ist ein Patient nicht ansprechbar, erhält der Arzt Zugang zu den Daten, muss sich später aber rechtfertigen. Nach Ansicht von Dr. Ignazio Cassis, Tessiner Kantonsarzt und Leiter des Projektes «carta sanitaria», braucht es auch im Gesundheitswesen industrielle Lösungen, die die Arbeitsprozesse standardisieren und auf einen gemeinsamen Nenner bringen. Zur Stossrichtung des Pilotprojektes erklärt

Dr. Cassis: «Die Gesundheitskarte ist der erste pragmatische Schritt zu einem elektronischen Gesundheitsnetz. Wir testen Hard- und Softwarelösungen, wir adaptieren Standards und legen Definitionen fest. Aber vor allem bringen wir die verschiedenen Akteure zusammen und schaffen dadurch Vertrauen.» Das Projekt wird von der Universität Lausanne evaluiert. Nach Abschluss der Pilotphase sind (ab 2007) zwei weitere Schritte denkbar: die Ausdehnung der Gesundheitskarte auf den ganzen Kanton Tessin und/oder ein Test mit einem elektronischen Gesundheitsnetz (beschränkt auf die Stadt Lugano). Die Ausdehnung der Patientenkarte auf den ganzen Kanton dürfte allerdings nur in Zusammenarbeit mit dem Bund (neuer Art. 42a KVG) Sinn machen. (Weitere Infos zum Pilotprojekt im Tessin: www.retesan.ch).

Mentalitätswechsel

Die Einführung einer Gesundheitskarte wird das Gesundheitswesen nach Ansicht der meisten Experten grundlegend verändern. Dr. Ignazio Cassis formuliert dies so: «Dies ist das eigentliche Ziel. eHealth hat vor allem das nötige Potenzial, um das Gesundheitswesen günstig zu beeinflussen und eine dauerhafte Entwicklung zu gewährleisten. Die Grenzen dieser Revolution sind menschlicher und nicht technischer Natur, aber die richtige Technologie wird uns und mit uns die Medizin verändern.»

Bernhard Stricker

Quelle: «Defacto 2/05» der *argomed*

Gedanken eines Grundversorgers

Bei der Einführung von Tarmed wurden uns Grundversorgern verschiedene Versprechen gemacht.

Ein Hauptziel wäre es, uns im Vergleich zu den Spezialisten besser zu stellen. Kollege Hasler hat in seinem Beitrag über Ärzteeinkommen der freien Ärzteschaft der Schweiz aufgezeigt, dass das reale Einkommen der Ärzte in freier Praxis zwischen 1971 und 1998 um 32 Prozent und verglichen mit den Arbeiterlöhnen um 46 Prozent gesunken ist. Als «ausserordentlich gross» beschreibt er den Einkommensunterschied von 56 Prozent (1998) zwischen Grundversorgern und den operativ tätigen Ärzten.

Unsere mehr «denkende» Arbeit sollte um 10 bis 20 Prozent gegenüber den technischen Leistungen der Operierenden und Spezialisten aufgewertet werden. Die Grundversorgerärzteschaft war zwar skeptisch, musste oder wollte es aber glauben! Die Kosten für die Einführung des Tarmed wurden auf zirka 2500 Franken für jeden praktizierenden Arzt veranschlagt. Nun, rund zwei Jahre nach Einführung

von Tarmed, stehen wir Grundversorger frustriert da! Vorsichtig geschätzt hat die Umstellung auf Tarmed jeden frei praktizierenden Arzt für Software, Hardware und Instruktion mindestens 10 000 Franken gekostet. Rechnet man den eigenen Zeitaufwand dazu, so könnte man die Summe ruhig verdoppeln.

Bei 15 199 Ärzten in freier Praxis (Stand 2004) bedeutet dies mindestens 150 Millionen Franken reine Infrastrukturkosten für die Ärzteschaft! Über die Hälfte wird dabei (kostenneutral!) von den 7973 Grundversorgern getragen.

Was hat der Tarmed uns Grundversorgern ausser Schweiß und Ärger gebracht? Unser Einkommen ist nach der Abwertung des Taxpunktes im besten Fall gleich geblieben. Nicht wenige Kollegen berichten über Einkommensverluste bis 10 Prozent. Bei weiterer Inflation des Taxpunktewerts droht die Talfahrt.

Wie geht es unseren Spezialisten und operierenden Kollegen? Beklagen sie sich über Einkommensverluste? Mir ist nichts bekannt. Die Ophthalmologen zum Bei-

spiel, welche 1998 bei einem Index-Einkommen von 164 Prozent waren (wir bei 90%), hören auf zu operieren, weil sie dann mehr verdienen als vorher! Die freien Radiologen beantragen (bewilligte) Notmassnahmen, um ihr Einkommen zu sichern. Heutige Medizinstudenten sind gut informiert, und es ist absehbar, dass es bald nur noch Spezialisten geben wird.

Schon steht eine neue Aufgabe an: die elektronische Versichertenkarte. Wer wird die Arbeit leisten? Wieder wir? Wieder gratis? Nein!

Es ist höchste Zeit, dass wir Grundversorger uns endlich wehren, die Öffentlichkeit informieren und auch laut über Gegenmassnahmen nachdenken. Es brodelt an der Basis.

*Dr. med. Jan Holy, Vorstandsmitglied
Ärztetz Bremgarten*

Quelle: «Defacto 2/05» der *argomed*

«Eine Versichertenkarte muss ausbaufähig sein»

Interview mit Dr. Martin Denz, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Informatik

ARS MEDICI: Wie ist der aktuelle Stand bezüglich eHealth in der Schweiz?

Martin Denz: Wir stehen in Europa etwas abseits und haben den Handlungsbedarf noch nicht erkannt, obwohl die Rahmenbedingungen hier hervorragend wären. Vor allem fehlt hierzulande der politische Wille, eHealth einzuführen. eHealth wird als technologisches Unterfangen missverstanden, dabei geht es vielmehr darum, das Gesundheitswesen durch den sinnvollen Einsatz zeitgemässer Hilfsmittel zu verändern. Es geht letztlich um die Optimierung von Qualität und Effizienz, also um Rationalisierung statt Rationierung.

Wie hoch ist das Potenzial, das wir gegenwärtig nutzen – im Vergleich mit Europa?

Ich gehe davon aus, dass Sie unter «Potenzial» die bestmögliche Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) meinen, indem sie durchdacht und effizient zu Gunsten aller Anspruchs-

gruppen im Gesundheitswesen eingesetzt werden. Das «alte» Kern-Europa – bestehend aus den bisherigen 15 Mitgliedsländern – nutzt derzeit sein Potenzial zu etwa 50 bis 60 Prozent. Die neuen Länder der erweiterten EU verfügen (noch) über wenig Infrastruktur, aber fehlende Altlasten sind auch eine Chance! Die neuen Länder starten mit einem hohen Bildungsniveau und profitieren von 22 Billionen Euro Strukturförderungsmaßnahmen der EU, sodass sie in absehbarer Zeit ihr Potenzial auf 70 bis 80 Prozent steigern werden. Die «alte» EU gerät dadurch in Zugzwang und vervielfacht ihre eHealth-Aktivitäten. Währenddessen dümpelt die Schweiz weiter mit einer Potenzialnutzung um die 20 bis 30 Prozent...

Warum liegt die Schweiz so weit zurück?

Es fehlt vor allem ein Gesamtkonzept, wir haben keine Vorstellung davon, wie unser Gesundheitswesen in 10 oder 20 Jahren



Dr. med. Martin D. Denz ist Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Informatik und war bis Ende März 2005 Leiter der eHealth-Unit bei der FMH. Martin Denz besitzt die Facharzttitle für Innere Medizin, Allgemeine Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und ist heute vor allem in der Beratung, Forschung und Entwicklung für Gesundheitsstrategien und eHealth-Lösungen tätig.

aussehen soll. Eine nationale Gesundheitsstrategie wäre aber die Voraussetzung für eine eHealth-Strategie. Es fehlt an Innovationskraft und am politischen Mut, etwas verändern zu wollen. Bei uns herrscht eine am Defizit orientierte und von Verlustängsten besetzte Mentalität. Statt eHealth als Chance zum Aufbruch zu nutzen, betonen wir uns in Killerargumenten ein. Alles Neue wird als Bedrohung wahrgenommen – nicht nur im Gesundheitswesen. Wir definieren uns an dem, was wir nicht wollen, statt an dem, was wir wollen. Krasser Ausdruck dieser Mentalität ist die «Aufgabenverzichtsplanung» beim Bund, welche die Bundesämter daran hindert, ihre Verantwortung für nachhaltige Aktivitäten wahrzunehmen!

Dass die Schweiz aber ein innovatives Potenzial besitzt, haben wir bei der Einführung von Managed-Care-Modellen bewiesen, wo wir europaweit federführend waren und sind. Wieso soll das bei eHealth und mit elektronischen Kartenlösungen nicht auch so sein?

Wie ist der aktuelle Stand bezüglich Einführung der Versichertenkarte in der Schweiz?

Es finden zwar schon seit Jahren Diskussionen in Fachkreisen und in involvierten Ämtern statt, aber ich habe den Eindruck, dass nach wie vor nicht alle Betroffenen verstanden haben, worum es eigentlich geht. So gibt es immer noch Parlamentsmitglieder, welche elektronische Kartenlösungen mit einem Gesundheitspass verwechseln.

Die Karten-Typologie

Speicherkarte (memory card)

Die Speicherkarte ist über Magnetstreifen lesbar (z.B. Bancomatkarte mit PIN-Code).

Controllerkarte (processor card, Chipkarte, SmartCard)

Die Controllerkarte wird zur Identifikation und Authentisierung gebraucht. Sie ermöglicht den Zugriff auf elektronische Datenbanken mittels digitaler Signatur.

Versichertenkarte

Meistens handelt es sich bei den Versichertenkarten um Karten mit Magnetstreifen, die ausschliesslich administrative Informationen enthalten.

Patienten- oder Gesundheitskarte (Synonyme)

Die Patienten- oder Gesundheitskarte dient als Schlüssel für den Zugriff auf das elektronische Patientendossier und zur Sicherung des elektronischen Transfers medizinischer Daten. Heute werden Gesundheitskarten auch im Zusammenhang mit bestimmten Krankheitsbildern eingesetzt (z.B. Diabcard für Diabetespacienten).

Health Professional Card (HPC, Gesundheitsexpertenkarte)

Ärzte und Apotheker brauchen eine HPC. Nur die Kombination von Patientenkarte und HPC ermöglicht den Patienten, die ihnen gesetzlich zustehenden Rechte wahrzunehmen.

Elektronisches Patientendossier (EMR, Ufe-long Electronic Health Record)

Beim elektronischen Patientendossier handelt es sich um Datenbanken mit elektronisch erfassten und gespeicherten medizinischen Daten.

Einen ausführlicheren Beschrieb dieser Kartentypen finden Sie unter www.argomed.ch (unter Öffentlichkeit/Publicationen).

Wir diskutieren derzeit über drei Varianten: eine Versichertenkarte mit rein administrativen Daten, eine zweite mit zusätzlichen Notfalldaten und drittens eine Gesundheitskarte als Sicherheitsschlüssel zum elektronischen Patientendossier. Eine elektronische Karte kann entweder als Datenträger oder als Sicherheitsinstrument ausgelegt sein. Diese Funktionen könnten auch von anderen Medien getragen werden. Die bisherigen Erfahrungen in Europa haben gezeigt, dass sowohl eine Versichertenkarte als auch eine Gesundheitskarte nur dann erfolgreich ist, wenn ihre Einführung vor dem Hintergrund einer nationalen eHealth-Strategie erfolgt – was in der Schweiz noch fehlt.

Was braucht es, um der Versichertenkarte in der Schweiz zum Durchbruch zu verhelfen?

Ein erheblicher Nachholbedarf besteht in Sachen Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit. Es ist äusserst wichtig, dass die Bevölkerung künftige Kartenlösungen als ihr persönliches Datenschutzinstrument verstehen lernt. Der Bund und die Kantone müssen eine wesentlich aktivere Rolle bei der Schaffung von Rahmenbedingungen für die Integration von Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) ins Gesundheitswesen einnehmen. Die vordringlichste Massnahme ist die Koordination aller Akteure, Ämter und Interessengruppen. Dabei stellt sich die Frage nach geeigneten Kooperationsmodellen oder gar nach der Schaffung neuer Organe, beispielsweise einer nationalen Koordinationsstelle.

Welches Argument ist Ihrer Meinung nach dabei das wichtigste?

Die Wahrung des Persönlichkeitsschutzes und die Erhöhung der Patientensicherheit. Das bedeutet die Minimierung handfester Risiken, auch in den Spitälern, weil infolge von Fehlern im Informationsmanagement jedes Jahr zahlreiche Menschen an Fehlinterventionen und -medikalisierung sterben. Das ist in der Schweiz immer noch ein Tabu.

Welche Konturen und welche Eckwerte muss eine künftige Versichertenkarte Ihrer Meinung nach haben?

Die wichtigsten Elemente sind eine eindeutige Patientenidentifikation, die Schaffung einer gesundheitstelematischen Infrastruktur und die Förderung von Standards. Statt praxisferne Megaprojekte anzustreben, zeichnen sich pragmatische Lösungen ab, welche die Realisierung des kleinsten gemeinsamen Nenners anstreben, beispielsweise die Schaffung eines so genannten «Patient Record Summary». Es geht dabei um die Verfügbarkeit der im Wesentlichen unbestrittenen Kernelemente und Daten jeder Krankengeschichte oder jedes Arztberichts. Erst das Zusammenspiel von elektronischen Krankengeschichten mit sicheren elektronischen Kartenlösungen generiert einen medizinischen Nutzen.

Wer in eine rein administrative Versichertenkarte investiert, greift zu kurz. Das heisst: Welche Lösung der Bundesrat auch immer trifft, sie muss so konzipiert sein, dass sie ausbaufähig und dadurch zukunftsfähig ist.

Wo liegt der Nutzen für die Ärzte?

Es gibt zahlreiche Vorteile. Der Hauptnutzen für die Ärzte ist die höhere Qualität und bessere Verfügbarkeit relevanter medizinischer Daten. Gerade die Grundversorger – mehr als die Spezialisten – könnten von der elektronischen Unterstützung profitieren, denn sie sind die «Zehnkämpfer» unter den Ärzten und müssen im Not- oder Krankheitsfall als Erste folgenschwere Entscheide fällen und erste Massnahmen einleiten. Dabei müssen sie mit Informatiktools besser unterstützt werden. Aber grundsätzlich gilt für alle Ärzte: Mit Informatikmitteln können Patientenprozesse gesteuert und ein durchgehendes Qualitätsmanagement durchgeführt werden. Es ist nicht nötig, dass jeder Hausarzt dafür Informatikspezialist wird – ebenso wenig, wie Sie zum Autofahren Ingenieur sein müssen!

Wie gross ist das Sparpotenzial, das mit einer Versichertenkarte erreicht werden kann?

Man muss zwischen Administration und Medizin unterscheiden: Administrativ liegt das Rationalisierungspotenzial bei 30 bis 40 Prozent. Angesichts der Tatsache, dass klinisch-medizinische Aktivitäten zu 80 Prozent aus Informations-, Kommunikations- und Wissensmanagement bestehen, liegt durch ICT-Einsatz – vorsichtig geschätzt – für den medizinischen Teil des Gesundheitswesens ein Optimierungspotenzial von mindestens 30 Prozent drin.

Die Fragen stellten Dr. Heini Zürcher und Bernhard Stricker