Zum Verordnungsentwurf Versichertenkarte vom September 2006

eHealth grotesk

Franz Marty, Heinz Bhend, Bruno Kissling, Hansueli Späth

Die Akzeptanz einer elektronischen Karte im Gesundheitswesen wird vom konkreten Nutzen dieser Karte für Leistungserbringer, Versicherer und Versicherte abhängen. Die Einführung der Karte in der geplanten Form bringt den Patienten und Ärzten Aufwand, den Versicherern keinen relevanten Vorteil und wird den Einzug von eHealth nachhaltig blockieren.
Die Speicherung administrativer oder medizinischer Daten auf persönlichen Datenträgern bedeutet einen grossen administrativen Aufwand und verringert massiv das Potential von eHealth. Die geplante Karte ist aus unserer Sicht konzeptuell ein Rückschritt.
SGAM.informatics nimmt in diesem Artikel Stellung zum Verordnungsentwurf und wird in der nächsten Nummer von PrimaryCare eine Skizze für eine alternative (Sozial-)Versichertenkarte vorlegen.

La carte d'assuré électronique sera plus ou moins acceptée dans le domaine de la santé publique selon les avantages concrets qu'elle aura pour les prestataires, les assureurs et les assurés. L'introduction de la carte sous la forme prévue actuellement constitue une charge supplémentaire pour les patients et les médecins, n'apporte pas d'avantages particuliers aux assureurs et va bloquer durablement l'avance d'eHealth.
L'enregistrement de données administratives et médicales sur des supports personnels représente une charge administrative considérable et réduit massivement le potentiel d'eHealth. A notre avis, la carte prévue est un pas en arrière.
SGAM.informatics prend position dans cet article sur le projet d'ordonnance et présentera dans un prochain numéro de PrimaryCare une alternative de carte d'assuré/d'assuré social alternative.

Ausgangslage

Im Oktober 2004 hat das Parlament die rechtliche Grundlage für die Einführung einer Versichertenkarte geschaffen [1]. Die Verordnung für diese Karte wurde Ende September 2006 in die Vernehmlassung geschickt. Laut Einleitung ist «die Versichertenkarte ein erster Schritt, um die elektronischen Gesundheitsdienste auf nationaler Ebene besser zu koordinieren und zu fördern. Weitere Schritte werden mit der Umsetzung der eHealth-Strategie folgen, welche der Bundesrat im Januar 2006 in Auftrag gegeben hat.»
Die Industrie und ihr nahestehende Politiker drängen auf die Einführung und schlagen vor, die Versichertenkarte unverzüglich in eine Gesundheitskarte auszubauen [2]. Man sieht sich gegenüber dem Ausland im Hintertreffen, oder befürchtet dies zumindest heftig, ohne die Sache genauer auszuführen oder von Erfolgen einer Karte im Ausland berichten zu können. Um die beiden Karten-Pilotprojekte in der Schweiz blieb und bleibt es ebenfalls ruhig: Man sucht vergebens nach Analysen zu «étoile», wo zweistellige Millionenbeträge investiert wurden, oder zu «rete sanitaria» dem Tessiner Modell.
Ausserhalb der Industrie wurde es um die Karte immer ruhiger. Man realisierte vermutlich die Zwecklosigkeit der Versichertenkarte in der geplanten Form sowie die grossen Schwierigkeiten und den immensen Aufwand einer Umsetzung der später beabsichtigten Gesundheitskarte.

Stand der Dinge

Der Verordnungsentwurf sieht einen obligatorischen administrativen Datensatz (Versichertenkarte) und optional die Speicherung von medizinischen Daten vor (Gesundheitskarte). Im optionalen Teil sind verschiedene Gesichtspunkte einer Umsetzung noch nicht geregelt, unter anderem liegt eine gesetzliche Grundlage noch nicht vor, eine Einführung ist entsprechend noch in weiter Ferne. Wir gehen deshalb hier auf den optionalen Teil nicht weiter ein.
Die Pflichtanwendung der geplanten Versicherungskarte, also die auf absehbare Zeit einzige effektiv einzuführende Funktionalität, reduziert sich banal auf Pflichten des Versicherten (Vorweisen der Gesundheitskarte beim Bezug von Leistungen) und Kontrollprozeduren über die Leistungserbringer. Es handelt sich um die folgenden Prozesse:

- Der Leistungserbringer muss die Aktualität des Versicherungsverhältnisses mindestens einmal pro Semester überprüfen (d.h. bei einmaligen Patienten immer).
- Bei dieser Überprüfung wird dem Arzt eine Autorisierungsnummer abgegeben.
- Als Beleg der ärztlichen Überprüfung muss diese Autorisierungsnummer auf der Rechnung angegeben werden.

Ein anderer Zweck als die Überprüfung des Versicherungsverhältnisses wird im Verordnungsentwurf nicht erwähnt.

Eine Studie hat die Investitionskosten der Versichertenkarte auf 98 Millionen Franken und die jährlichen Betriebskosten auf 8,8 Millionen berechnet. Die erreichbaren jährlichen Einsparungen wurden mit 33 Millionen beziffert [3].

Kommentar

Das Hauptanliegen des Gesetzgebers dürfte sein, über den vorgesehenen Kontrollmodus die Karte in den Gebrauch zu zwingen, um der parlamentarischen Vorgabe Genüge zu tun. Die Einführung der Karte verkommt so zum Selbstzweck! Ein konkreter Nutzen der Karte ist auch mittelfristig nicht zu erkennen. Vertreter des BAG und der santésuisse konnten auf Anfrage jedenfalls keinen solchen Nutzen nennen. Die von der Studie berechneten Einsparungen bei der Administration werden, wie wir weiter unten sehen, nicht eingespart, sondern zu den Ärzten ausgelagert. Und dies in einer Form, welche nicht rationalisiert werden kann.
Zu den einzelnen Punkten:

Überprüfung des Versicherungsverhältnisses 1

Das Versicherungsverhältnis ist den Versicherern schon bekannt.[1] Der Hauptzweck der Karte erschöpft sich somit in einer Kontrolle schon bekannter Daten! Das vorgeschlagene Prozedere zur Generierung aktueller administrativer Daten für die Versicherer ist grotesk und erinnert an Kafka und Dürrenmatt.[2]
Die den Versicherern bekannten Daten wären technisch auf einfache Art zusammenzuführen. Das Potential von eHealth ergibt sich durch eine Realisierung bereits vorhandener Ressourcen und Prozesse – nicht durch die Einführung von neuen «Daten-Mensch»-Schnittstellen. Diese sind aufwendig zu administrieren und eHealth diametral entgegengesetzt.

Überprüfung des Versicherungsverhältnisses 2

Es ist nicht ärztliche Aufgabe, das Versicherungsverhältnis routinemässig zu überprüfen.

Überprüfung des Versicherungsverhältnisses 3

Aktuelle administrative Angaben bzw. die automatische Zurückweisung der Rechnungen mit fehlerhaften Angaben sind mit den aktuell etablierten eHealth-Methoden ohne weiteres möglich (elektronischer Datenaustausch). Die vorhandenen Mittel sollten endlich aktiviert werden!

Auslagerung des administrativen Aufwandes zu den Ärzten

Der administrative Aufwand zur Überprüfung des Versicherungsverhältnisses durch die Ärzte wurde in der Kosten-Nutzen-Analyse [3] nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass er grösser ist als das deklarierte Sparpotential von 33 Millionen Franken pro Jahr.[3] Es handelt sich somit um eine Verlagerung des administrativen Aufwandes in die Arztpraxis.

Gefahr einer Blockierung von eHealth

Eine Patientenkarte, welche beim Leistungserbringer und beim Patienten nur Aufwand, aber keinen Nutzen bringt, hat schlechte Chancen, akzeptiert zu werden. Die Einführung der Karte in der vorgesehenen Form riskiert eine Blockade von eHealth auf Jahre hinaus.

eHealth diametral entgegengesetzt

Die Speicherung von persönlichen Daten auf individuellen Datenträgern ist administrativ sehr aufwendig und scheint uns dem eHealth-Gedanken diametral entgegengesetzt. In Analogie zum Gebrauch von Bankkarten sollte eine Karte den Zugang zu den persönlichen Daten regeln, die Daten sollen aber auf Servern abgelegt sein.

Effizienzsteigerung

Einen Nutzen im Sinne einer Effizienzsteigerungen sehen wir nicht: Wichtige Angaben wie der Wohnort oder die Telefonnummer sind vom Versicherer auf der Karte nur optional einzutragen. Für die Hausärzte wird die Einführung der Karte am Aufwand zur Erfassung der Personalien nichts ändern.

Tiers garant, Tiers payant

Im Tiers garant ist der Versicherte Rechnungsempfänger des Arztes, die Regelung der Aktualität administrativer Daten des Versicherten ist Sache der Versicherer mit den Versicherten. Im weiteren entscheidet der Versicherte, ob er den Arztkontakt der Versicherung zur Kenntnis bringen will. Das Einholen einer Autorisierungsnummer (online) verstösst unseres Erachtens gegen den Datenschutz.
Im Tiers payant hätten die Ärzte und Versicherer einen einfachen Zugang zu den Daten des aktuellen Versicherungsverhältnisses zu verhandeln.

Kostenneutralität

Die Einführung der Karte bedeutet für die Ärzte einen Mehraufwand und ist mit der heutigen Situation der Kostenneutralität nicht vereinbar.

Autorisierungsnummer

Laut Verordnung soll die Autorisierungsnummer aus Komponenten zusammengesetzt sein, welche den administrativen Aufwand bei der Leistungsabrechnung reduzieren (z.B. Kartennummer, AHV-Nummer des Versicherten, ZSR-Nummer

1 Art. 7 Abs. 5 KVG: Beim «Wechsel des Versicherers»: «endet [das Versicherungsverhältnis] beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist.»
2 «Das Schloss» und «Der Auftrag oder Vom Beobachten des Beobachters der Beobachter».
3 Mengengerüst Aufwand Versichertenkarte beim Hausarzt: Eine Hausarztpraxis versorgt zwischen 2000–3000 Versicherte pro Jahr. Der Anteil einmalig behandelter Patienten zu chronisch Erkrankten ist sehr variabel, je nach Lage und Ort der Praxis (Stadt, Land, Tourismusgebiet usw.). Als Beispiel für das Mengengerüst: Praxis mit 1000 einmalig behandelten Versicherten und 1500 chronisch Kranken. Die einmalig Behandelten lösen 1000, die chronisch Kranken 3000 Anfragen (zweimal pro Jahr) nach einer Autorisierungsnummer aus, total 4000 Anfragen. Auch in optimal funktionierenden und gut eingeführten Kartensystemen muss damit gerechnet werden, dass in mindestens 10% der Fälle die Karte bei Bedarf nicht vorhanden ist und nicht eingelesen werden kann (Patient kommt einmalig und trägt die Karte nicht auf sich; Notfall in der Praxis, Arzt im Notfalldienst ausser Haus; Patient hat Karte verlegt, verloren; Patient zeigt nach Versichertenwechsel die alte Karte, die neue Karte ist noch nicht eingetroffen usw.). Auf die ganze Schweiz bezogen: Von den 42 Mio. Rechnungen aus dem ambulanten Bereich (Debold und Lux [3]) dürften 15–20 Mio. Anfragen nach Autorisierungsnummern auslösen und in über 1–2 Mio. Fällen administrativen Aufwand nach sich ziehen (Nachfragen, Beibringen der Karte usw.). Der daraus folgende administrative Aufwand dürfte die von Debold und Lux prognostizierten administrativen Einsparungen von Fr. 33 Mio. übertreffen.

des Leistungserbringers, Datum der Abfrage, Ablaufdatum der Versicherungsbestätigung).
Formal handelt es sich bei der Autorisierungsnummer um ein aus verschiedenen Informationen zusammengesetztes obligatorisches Datenfeld, was wir als problematisch betrachten. Aus unserer Sicht sollten die obligatorischen Angaben aus verschiedenen Gründen das unbedingt notwendige Minimum nicht überschreiten (Aufwand, Fehlerquellen, Datenschutz).
Aus hausärztlicher Sicht ist mit Angabe der per 1. Januar 2008 eingeführten Sozialversicherungsnummer der Patient eindeutig identifiziert, alle zur Abrechnung notwendigen Daten sind im Rechnungsformular aufgeführt. Zusätzliche obligatorische Datenfelder können unseres Erachtens nur im Konsensverfahren eingeführt werden.

Identifikation des Kartenträgers

Bei Versichertenkarten ohne Foto ist die Identifikation des Kartenträgers nicht gewährleistet. Je nach Praxisklientel kann das sehr problematisch sein.

Fazit

Die Einführung der Versichertenkarte in der geplanten Form verschlingt einen dreistelligen Millionenbetrag und beschert den Ärzten einen grossen administrativen Aufwand!
Auf absehbare Zeit einziger Zweck ist die Sicherung aktueller administrativer Daten auf den Rechnungen an die Versicherer. Diese wären mit der Nutzung schon etablierter eHealth-Strukturen (elektronischer Datenaustausch) bedeutend einfacher und kostengünstiger zu haben. Zudem sind den Versicherern die aktuellen Daten der Versicherten jederzeit bekannt und könnten mit einfachen Mitteln zusammengeführt werden.
Das geplante Kontrollprozedere mit der Lösung einer Autorisierungsnummer ist umständlich und bringt eHealth-feindliche Elemente in den Prozess (Abhängigkeit von individuellen Datenträgern). Die Beispiele von Karteneinführungen aus dem Ausland sind unseres Wissens ausnahmslos ernüchternd. Die in der Verordnung vorgesehenen optionalen Anwendungen sind von einer Umsetzung noch weit entfernt. Das Konzept der «Speicherung medizinischer Daten auf personenbezogenen Karten» ist ein rückwärtsgewandtes Konzept.
Analogien zum Kartengebrauch in anderen Wirtschaftsbereichen, zum Beispiel bei den Banken, sollten einbezogen und gesucht werden.
eHealth mit persönlichen medizinischen Daten ist in der Hausarztmedizin ohne elektronische Krankengeschichten nicht denkbar, und ohne eine solche Grundlage ist eHealth in der ambulanten Medizin nicht zu realisieren. Wie Erfahrungen im Ausland zeigen, ist dies mit enormen Investitionen verbunden, England rechnet für die Einführung des «Universal Electronic Patient Record» mit jährlichen Kosten von 2 Milliarden Pfund über 15 Jahre. Ein pragmatisches Vorgehen ist angesagt.
Die Arbeitsgruppe SGAM.Informatics wird im nächsten Heft von «PrimaryCare» auf diese Problematik zurückkommen und Vorschläge zu einer eHealth-Strategie aus hausärztlicher Sicht machen.

eHealth mit persönlichen medizinischen Daten ist in der Hausarztmedizin ohne elektronische Krankengeschichten nicht denkbar, und ohne elektronische Krankengeschichten als Grundlage ist eHealth in der ambulanten Medizin nicht zu realisieren.

Referenzen

1 Art. 42a KVG. Available from: http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_10.html.
2 Die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens mit einem Seitenblick nach Europa. Available from: http://www.ehealthcare.ch/app/article/index.cfm?fuseaction=OpenArticle&aoid=5766&lang=DE.
3 Die Versichertenkarte und der Aufbau einer Telematikinfrastruktur Kosten-Nutzen-Analyse. Debold & Lux Beratungsgesellschaft für Informationssysteme und Organisation im Gesundheitswesen mbH, Hamburg.

Dr. med. Franz Marty
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Erlenweg 8
7000 Chur
mesmeta@bluewin.ch