

INHALT

- 1 Neue Gesundheitskarte
- 7 Generalversammlung
- 8 Ceterum Censeo

EDITORIAL



Dr. med. Heini Zürcher

Liebe Leserin, lieber Leser

Haben Sie noch eine Schreibmaschine? PC, Internet und E-Mail krepeln unser Leben um. Wird der Computer im Sprechzimmer ebenso unentbehrlich wie der Blutdruckapparat? Schneller als wir erwarten!

Zukunftsvisionen? Nein, Realität. Das Parlament hat die Versichertenkarte beschlossen. Der Bundesrat legt Inhalte und technische Normen fest.

Hat die Gesundheitskarte das Potential, die Medizin zu verändern? Welche Daten werden gespeichert? Wer speichert, und wie? Wieder neue Hard- und Software? Wer sagt, was gespeichert wird? Und bezahlt dann auch gleich dafür?

Defacto hat für Sie recherchiert. Dr. med. H. H. Brunner, Vize-direktor des BAG, durfte auf höheren Befehl keine Auskunft geben. In Kürze wird Bundesrat Couchepin persönlich die Katze aus dem Sack lassen.

DR. MED. HEINI ZÜRCHER

NEUE GESUNDHEITSKARTE

Welche Daten kommen auf die neue Gesundheitskarte?

Die Einführung der «Elektronischen Versichertenkarte» ist im Grundsatz beschlossen, deren genaue Ausgestaltung derzeit aber noch offen und Gegenstand von Anhörungen und Vernehmlassungen. Die eidgenössischen Räte gaben im Rahmen der 2. KVG-Teilrevision in der Herbstsession 2004 grünes Licht für das Projekt. Der Ball liegt beim Bundesrat, der den Vollzug zu regeln hat und der Ende Juni 2005 Einzelheiten präsentieren will.

Beim Beschluss des Parlaments vom Oktober 2004, eine Versichertenkarte einzuführen, stand der Wunsch nach administrativer Vereinfachung im Vordergrund. Es hat 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 42 a 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 (siehe Kasten).

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 sog. 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, Ambulanzdienst 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 ansprech-

bar, erhält der Arzt Zugang zu den Daten, muss sich später aber rechtfertigen.

Nach Ansicht von Dr. Ignazio Cassis, Tessiner Kantonsarzt und Leiter der 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).

Wenig Echo in der Öffentlichkeit

Die Diskussion über die Einführung einer Gesundheitskarte kommt in der Öffentlichkeit nur langsam in Gang, obwohl sie in medizinischen und Informatikfachkreisen schon seit Jahren geführt wird. Auch die öffentliche Resonanz auf eine Euroforum-Tagung am 11. Februar 2005 in Zürich – eine der grössten in den letzten Jahren zu diesem Thema – ist bescheiden. Dafür machen andere Ereignisse Schlagzeilen: Der Erste, der an dieser Tagung hätte reden



«Wir fordern Transparenz und sind uns bewusst, dass Transparenz Angst macht»

sollen, war Dr. Hans Heinrich Brunner, Vizedirektor BAG und Leiter des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung. Doch er sagte – auch zum Erstaunen der Organisatoren – kurzfristig ab. Offizielle Begründung: Man wolle alle Beteiligten gleich behandeln und Mitte 2005 alle gleichzeitig informieren, z. B. über Standards der Daten, Zugriffsrechte, Datenschutz etc. Diese kleine Irritation aus dem «Hause BAG» kam für die Teilnehmer der Tagung überraschend, nicht aber für Insider, die schon lange bemängeln, dass das BAG, bzw. das zuständige Departement des Innern, das Thema Versichertenkarte «verschlafen» habe. Auch eine Interviewanfrage der Defacto-Redaktion liess Dr. H. H. Brunner mit dem Verweis platzen, dass Bundesrat Couchepin im Juni dazu Stellung nehmen werde, und zwar erst nach Anhörungen involvierter Kreise. Auch die FMH wurde angehört. Nach Auskunft von FMH-Präsident Dr. Jacques de Haller beobachtet die FMH die Entwicklung der Einführung einer Gesundheitskarte sehr genau: «Wichtig scheint uns, dass eine Lösung getroffen wird, die ausbaufähig ist, insbesondere durch die Verwendung einer (universellen) Versichertennummer.»

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. E-Health 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

INTERVIEW MIT DR. MED. IGNAZIO CASSIS



Dr. med. Ignazio Cassis

Defacto: Ist die «carta sanitaria» im Tessin ein technisches oder ein kulturelles Projekt?

Ignazio Cassis: Es ist einerseits ein technologisches Projekt, jedoch viel mehr ein kulturelles, auf jeden Fall eine echte Herausforderung, die viel Energie und Überzeugungskraft braucht. Zuerst dachten wir, dass wir mit diesem Projekt zu viel gewagt haben, doch je länger es läuft, sind wir von der Güte dieses Projektes überzeugt! Wir fordern Transparenz und sind uns bewusst, dass Transparenz Angst macht.

Welche Daten muss Ihrer Meinung nach eine Patientenkarte enthalten?

Ich bin überzeugt, dass der maximale Nutzen der Karten erreicht wird, wenn die Karte sowohl administrative wie auch medizinische Daten enthält und gleichzeitig als Zugangsschlüssel zum virtuellen Gesundheitsnetz dient.

Sind Sie für ein Obligatorium?

Selbstverständlich erreicht die Patientenkarte ihren maximalen Wert, wenn jede Mitbürgerin und jeder Mitbürger eine Karte hat. Ob ein Obligatorium die richtige Lösung ist, bezweifle ich. Man muss Schritt für Schritt vorwärts gehen und die Ängste der Mitbürger ernst nehmen. Das Telefon zum Beispiel ist auch nicht obligatorisch und doch hat praktisch jeder Mensch heute einen Telefonapparat.

Welches ist Ihrer Meinung nach der wichtigste Grund, der für die Einführung einer Patientenkarte spricht?

Es sind im Wesentlichen drei entscheidende Gründe: Die Patientensicherheit, die Systemoptimierung und die Globalisierungsanpassung.

Wie hoch schätzen Sie das Sparpotenzial einer Versichertenkarte?

Je nach Studie wissen wir, dass die Einführung von eHealth nach dem Aufbau des Systems ein Sparpotenzial von bis zu einem Drittel der heutigen Gesundheitskosten erreichen kann. Das wären hochgerechnet für die Schweiz ca. 16 Mia. Franken jährlich.

Wer soll Ihrer Meinung nach die Daten auf der Versichertenkarte verwalten und wer dafür bezahlen?

Es ist auch in den Nachbarländern unbestritten, dass die Hausärzte die zentrale Rolle spielen. Wir sehen auch in unserem Projekt, dass gerade die Hausärzte die Ersten sind, die den grössten Nutzen haben. Aber auch die Apotheker werden eine Rolle spielen bei der Registrierung von Medikamenten. Bezahlen wird am Schluss jeder von uns. Wir sind ja die Gesellschaft und schaffen die notwendigen Strukturen. Ich bin überzeugt, dass sich die Investitionen lohnen. Wer was und wieviel finanziert, ist Sache der Politik. ■

DIE FRAGEN STELLTE BERNHARD STRICKER.

Dr. med. Ignazio Cassis ist Kantonsarzt des Kantons Tessin und Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen.

Administrativdaten Ja – Behandlungsdaten Nein!

UMFRAGE BEI ARGOMED-MITGLIEDERN

Fragen	Ja	Nein	Evtl.
1 Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse	79	0	
2 Krankenversicherer, Versicherungsnummer	63	4	
3 Allergien, Unverträglichkeiten, Blutgruppe, Antikoagulation	57	21	1
4 Behandelnde Ärzte und Spitäler	49	23	1
5 Aktuelle Medikamentenliste	37	37	1
6 Diagnosen	32	44	1
7 Arzt- und Spitalberichte, Operationsberichte	14	60	1
8 Befunde von Labor, Röntgen, Ultraschall, Endoskopien etc.	12	58	1

Welche Daten sollen auf der Versichertenkarte gespeichert sein? Diese Frage wurde an alle 281 argomed-Mitglieder gestellt. Die Tabelle zeigt die Resultate der 85 retournierten Fragebögen. Die detaillierten Antworten finden Sie auf unserer Homepage www.argomed.ch (unter Öffentlichkeit/Publicationen).

Kommentar

Der hohe Rücklauf der Umfragebögen von ca. 30% und die vielen kritischen und konstruktiven Bemerkungen unterstreichen, dass die Thematik die argomed-Basis bewegt. Je komplexer die gespeicherten Daten sind, desto weniger finden sie Zustimmung. Am häufigsten wurden dabei Bedenken über den Aufwand und dessen Entschädigung gemacht. Auch

Datenschutzgründe und Bedenken zur Praktikabilität wurden häufig genannt. Erstaunlich ist das Unentschieden bei den aktuellen Medikamentenlisten. Dem Vorteil aktualisierter Medikamentenlisten steht der erdrückende Arbeitsaufwand gegenüber. Deutlich und zum Teil sehr pointiert wurde formuliert, dass man (wie beim TARMED) nicht mehr bereit ist, die Kosten und den Aufwand für eine Neuerung zu tragen, deren möglicher Nutzen umstritten ist. Ob hier die Erfahrungen bei der Einführung des TARMED ihre Spuren hinterlassen haben? Die zum Teil heftigen Reaktionen bis hin zum Aufruf zur Verweigerung sollten die Politiker, aber auch die Ärzteorganisationen ernst nehmen. ■

DR. MED. GREGOR DUFNER

Rechtlicher Rahmen

WORTLAUT DES PARLAMENTS BESCHLUSSES

Der durch das Parlament am 8. Oktober 2004 verabschiedete Artikel 42a KVG lautet wörtlich:

1 Der Bundesrat kann bestimmen, dass jede versicherte Person für die Dauer ihrer Unterstellung unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine Versichertenkarte erhält. Diese enthält den Namen der versicherten Person und eine vom Bund vergebene Sozialversicherungsnummer.

2 Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.

3 Der Bundesrat regelt nach Anhörung der interessierten Kreise die Einführung der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen Standards.

4 Die Karte enthält im Einverständnis mit der versicherten Person persönliche Daten, die von dazu befugten Personen abrufbar sind. Der Bundesrat legt nach Anhören der interessierten Kreise den Umfang der Daten fest, die auf der Karte gespeichert werden dürfen. Er regelt den Zugriff auf die Daten und deren Bearbeitung.

Dieser Artikel ist am 1.1.2005 in Kraft getreten.

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 Diabetespatienten).

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, Life-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).

«Eine Versichertenkarte muss ausbaufähig sein»

INTERVIEW MIT DR. MARTIN DENZ, PRÄSIDENT DER SCHWEIZERISCHEN GESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE INFORMATIK



Dr. med. Martin Denz

Defacto: 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 Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen eingesetzt werden. Das «alte» Kern-Europa – bestehend aus den bisherigen 15 Mitgliedsländern – nutzt derzeit sein Potenzial zu etwa 50 bis 60%. Die neuen Länder der erweiterten EU verfügen (noch) über wenig Infrastruktur, aber fehlende Altlasten sind auch eine Chance! Die neuen Länder starten mit einem hohem Bildungsniveau und profitieren von 22 Billionen Euro Strukturfördermassnahmen der EU, so dass sie

in absehbarer Zeit ihr Potenzial auf 70–80% steigern werden. Die «alte» EU gerät dadurch in Zugzwang und vervielfacht ihre eHealth-Aktivitäten. Währenddessen dümpelt die Schweiz weiter mit einer Potenzialnutzung um die 20–30%...

Warum liegt die Schweiz so weit zurück?

Es fehlt vor allem ein Gesamtkonzept, wir haben keine Vorstellung darüber, wie unser Gesundheitswesen in zehn oder zwanzig Jahren 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, betonieren 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 bzw. 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.

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 Sicherheitssymbol 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 auf 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 vorrangigste 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 bzw. 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 Mega-projekte anzustreben, zeichnen sich pragmatische Lösungen ab, welche die Realisierung des kleinsten gemeinsamen Nenners anstreben – beispielsweise die Schaffung eines sog. «Patient Record Summary». Es geht dabei um die Verfügbarkeit der im Wesentlichen unbestrittenen Kernelemente und Daten jeder Krankengeschichte oder jeden Arztberichts. Erst das Zusammenspiel von elektronischen Krankengeschichten mit sicheren elektronischen Kartenlösungen generiert einen medizinischen Nutzen.

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 Facharzttitel 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.

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.

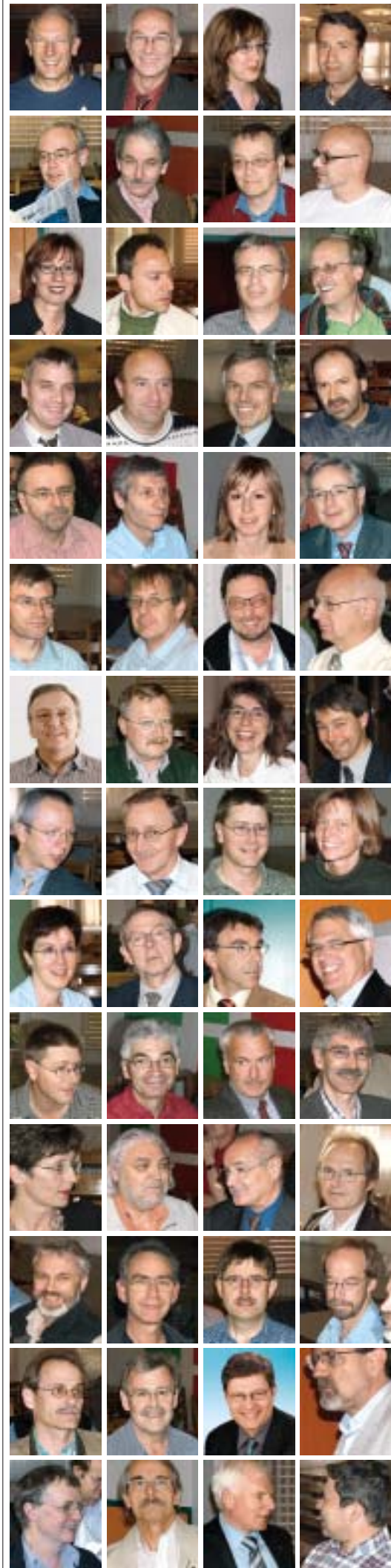
Wo liegt der Nutzen für die Ärzte?

Es gibt zahlreiche Vorteile. Der Hauptnutzen für die Ärzte ist die höhere Qualität und die 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 30–40%. Angesichts der Tatsache, dass klinisch-medizinische Aktivitäten zu 80% aus Informations-, Kommunikations- und Wissensmanagement bestehen, liegt durch ICT-Einsatz – vorsichtig geschätzt – für den medizinischen Teil des Gesundheitswesens ein Optimierungspotenzial von mindestens 30% drin. ■

DIE FRAGEN STELLTEN DR. HEINI ZÜRCHER UND BERNHARD STRICKER.



Gute Grundlagen für die Zukunft

GENERALVERSAMMLUNG DER ARGOMED ÄRZTE AG

Erfreulich viele Mitglieder und Gäste haben sich an der GV mit der Gegenwart und der Zukunft der argomed beschäftigt.

Ziele erreicht

Schwerpunkte des vergangenen Jahres waren die Weiterentwicklung der Managed Care-Modelle, die Förderung von Projekten der Hausarztnetze, die Qualitätsentwicklung und die Ausweitung des Medikamenten-Direktversands. Die beschlossenen Projekte konnten grösstenteils erfüllt werden.

Geschäftsstelle und Geschäftsleitung

Dank den drei kompetenten Personen auf der Geschäftsstelle sind die umfangreichen Arbeiten ohne Pendenzen geleistet worden. Besonders zu erwähnen ist der reibungslose Ablauf des ersten Betriebsjahres des Trust Center Aargau. Die Mitglieder der Geschäftsleitung haben ihre anspruchsvollen Ressorts erfolgreich geleitet.

Umfeld

Die argomed ist kantonsweit bekannt und geachtet. Die früheren Ängste vor einer dominierenden Stellung der Grundversorger sind abgebaut worden, was auch die Zusammenarbeitsverträge mit Spitälern und Spezialisten beweisen. Zwei Vertretungen der Grundversorger in den Verwaltungsräten der Kantons-spitäler Aarau und Baden wären sonst nicht möglich gewesen. Für die Wirtschaft ist die argomed zu einem interessanten Partner geworden.

Gute wirtschaftliche Situation

Der Ertragsüberschuss 2004 beträgt rund Fr. 80 000. Im Weiteren sind Beiträge an Projekte der Netze geleistet worden im Sinne eines leistungsorien-

tierten Anreizsystems. Das Eigenkapital überschreitet das Aktienkapital um Fr. 100 000. Die Generalversammlung beschloss deshalb erstmals, den Aktionären eine Dividende auszuschütten. Dank Jahresplanung, Zielvorgaben und einem Quartals-Reporting sind die argomed-Tätigkeiten und Finanzen jederzeit unter Kontrolle.

Wertvolle Dienstleistungen

Die reibungslose Verarbeitung der Daten von rund 70 000 Hausarztpatienten und rund 280 Ärzten ist selbstverständlich geworden. Mit grossem Erfolg werden Fortbildungen für Medizinische Praxisassistentinnen angeboten. Die Ärzte profitieren von Kooperationen in den Bereichen Röntgenbedarf, Entsorgung, Büromaterial und Labor, künftig auch von Unterstützung in den Bereichen WZW-Verfahren, Nachwuchsförderung und Nachfolgeregelung. Der Newsletter Defacto ist auf Themen zentriert, welche die Grundversorger betreffen. Tagesaktuelle elektronische Rundmails ergänzen die gedruckte Information. Die völlig neu gestaltete Website www.argomed.ch ist einen Besuch wert.

Verwaltungsrat ergänzt, Führungsstruktur zur Diskussion gestellt

Dr. Brecht Fischer gehört dem Verwaltungsrat weiterhin an, neu als Vertreter von med-swiss.net. Zusätzlich wird Dr. Hans Rohr, Präsident des Netzes Lenzburg-Seetal, in den VR gewählt. Die heutige Struktur des Verwaltungsrats stammt aus der Anfangszeit der argomed und ist auf Managed Care ausgerichtet. Seither sind weitere Geschäftsfelder hinzugekommen. Ein Ausschuss des VR und der GL beschäftigt sich mit der Führungsstruktur. Diskutiert wird eine Verkleinerung des Verwaltungsrats und eine andere Vertretung der Hausarztnetze.

Med-swiss.net

Der Präsident berichtete über die Projekte zur Vernetzung der Praxissoftware, zur Definition von Netzwerken und zur Nachwuchsförderung. Wie die FMH hat sich die Dachorganisation für die Beibehaltung der Kontrahierung ausgesprochen, entgegen der FMH jedoch um Anreize zur Netzwerkbildung ergänzt. Bezüglich Lobbying sprach Brecht Fischer sich für gezielte Kontakte zu Entscheidungsträgern aus, anstelle einer Propagandalawine.

Grundlagen für die Zukunft gelegt

Im vergangenen Jahr wurden unter anderem in einem Strategieseminar die Grundlagen gelegt für die Stossrichtungen im laufenden Jahr:

Struktur und Absichten der Netze unter Einbezug von Netzwerkindikatoren neu definieren. Entwicklung von neuen Managed Care-Modellen. Diskussion um Behandlungsprozesse mit den Spezialisten. Bessere Nutzung der vielfältigen Daten in Managed Care, verknüpft mit Morbiditätsdaten. Die gute Qualität der Hausarztmedizin aufzeigen und weiter fördern. Verfolgung der Entwicklung im Bereich eHealth. Weitere Verbesserung der Struktur und der Dienstleistung des Trust Center, in Kooperation mit dem Aargauischen Ärzteverband. ■

DR. MED. HEINI ZÜRCHER

Veranstaltungshinweis argomed-Plattform

Bitte reservieren Sie sich den Donnerstagabend, 18. August 2005. Einladung folgt.

Es brodelt an der Basis: Gedanken eines Grundversorgers zu TARMED



Dr. med. Jan Holy

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 Ärzteneinkommen der freien Ärzteschaft der Schweiz¹ aufgezeigt, dass das reale Einkommen der Ärzte in freier Praxis zwischen 1971 und 1998 um 32% und verglichen mit den Arbeiterlöhnen um 46% gesunken ist. Als «ausserordentlich gross» beschreibt er den Einkommensunterschied von 56% (1998) zwischen Grundversorgern und den operativ tätigen Ärzten.

Unsere mehr «denkende» Arbeit sollte um 10-20% 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 ca. 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 Fr. gekostet. Rechnet man den

eigenen Zeitaufwand dazu, so könnte man die Summe ruhig verdoppeln.

Bei 15 199 Ärzten in freier Praxis² (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%. Bei weiterer Inflation des Taxpunktwertes droht die Talfahrt.

Wie geht es unseren Spezialisten und operierenden Kollegen? Beklagen sie sich über Einkommensverluste? Mir ist nichts bekannt. Die Ophthalmologen z. B., welche 1998 bei einem Index-Einkommen von 164% 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 sichern³. 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 ÄRZTENETZ
BREMgarten**

argo med
ÄRZTE AG

Täferenstrasse 16a
CH-5405 Baden-Dättwil
Telefon +41 56 483 03 33
Telefax +41 56 483 03 30
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

Redaktionelle und inhaltliche
Verantwortung:
argomed-Arbeitsgruppe Kommunikation
Dr. med. Heini Zürcher
Dr. med. Gregor Dufner
Karl Züger, Kaufm. Geschäftsleitung
Bernhard Stricker, lic. phil., Journalist BR

¹ Schweizerische Ärztezeitung 2002; 83: Nr. 46

² Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: Nr. 15,
S. 859-878

³ Kassensturz vom 24. 10. 2004