

Redaktion:
Haedenkampstraße 5
Postfach 41 02 47, 5000 Köln 41
Telefon: (02 21) 40 04-1
Fernschreiber: 8 882 308 daeb d
Verlag und Anzeigenabteilung:
Dieselstraße 2, Postfach 40 04 40
5000 Köln 40 (Lövenich)
Telefon: (0 22 34) 70 11-1
Fernschreiber: 8 89 168 daev d

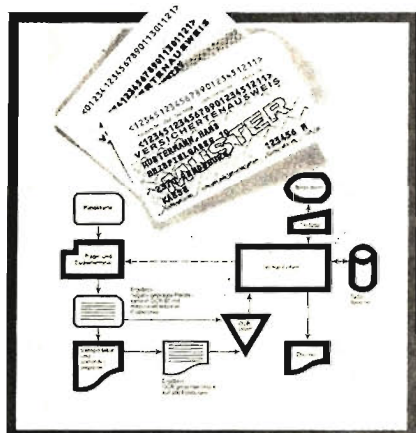
DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Ärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung

Test-Weisheiten sprechen gegen die „Scheckkarte“

Der Krankenschein hat nicht ausgedient



„Die Möglichkeit, mit einem Ausweis à la Diners Club mal bei diesem, mal bei jenem Doktor zu speisen, stellt die menschliche Natur vor schwere Probleme der Selbstbeherrschung.“

Dr. med. Helmuth Klotz, Vizepräsident der Bundesärztekammer, vor dem 2. Deutschen Hausärztertäg

Es ist offenbar der Ehrgeiz der Politiker und des für „Reformvorhaben“ in der Gesundheitsversorgung zuständigen Bundesarbeitsministeriums, die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Auftakt der 80er Jahre mit einer neuartigen, computergerechten und dem letzten Stand der Technik entsprechenden Versicherten-„Scheckkarte“ zu beglücken. Darauf deuten jedenfalls die seit nunmehr fast sieben Jahren anhaltenden Bestrebungen hin, (noch vor dem Bundestagswahltermin?) den papierernen Krankenschein durch einen populären Plastikausweis in „Euroscheck“-Kartengröße zu ersetzen.

„Der ehrwürdige Krankenschein hat ausgedient!“ So werteten einige überregionale Tageszeitungen und Boulevardblätter ein gut tausend Druckseiten starkes Gutachten, das die Gesellschaft für Betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA), Köln-Lindenthal, nach eineinhalbjähriger Fleißarbeit auftragsgemäß dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Juli 1979 abgeliefert hatte und das seitdem strikt unter Verschluss gehalten wird. Erst für Mitte Oktober hat die Abteilung Krankenversicherung des Bundesarbeitsministeriums in Aussicht gestellt, den beteiligten Organisationen und Verbänden sowie der interessierten Öffentlichkeit ein Komprimat des Druckwerkes zum Versicherten ausweis zur Verfügung zu stellen.

Die Patienten-Scheckkarte, die von manchen Informanten und Informatoren bereits als sozialpolitische Errungenschaft und vorschnell als ein Zeichen von mehr Liberalität und größter Fortschrittlichkeit gepriesen wird – dies kann bereits jetzt ohne die Darlegung und Interpretation detaillierter Testergebnisse festgestellt werden – hat den Probelauf keineswegs mit Glanz und Gloria bestanden, so daß man von heute auf morgen allen 55 000 000 gesetzlich Krankenversicherten bereits das neue Statussymbol in die Hand drücken könnte. Denn zu viele unübersehbare Störfaktoren und eine Reihe von Mängeln hat der Testversuch im schleswig-holsteinischen Landkreis Rendsburg-Eckernförde aufgedeckt, der vom 1. April bis zum 31. Dezember 1977 inszeniert worden war (Rechtliche Handhabe für die

Versichertenalausweis

Abwicklung des mit mehr als vier Millionen DM Bundesmitteln dotierten Modellversuchs gab § 319

Reichsversicherungsordnung [RVO], per Rechtsverordnung einen neuen Berechtigungsausweis alternativ zum herkömmlichen Krankenschein erproben zu können. Auch die Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung war Ideenspender).

Willkommenes Testobjekt

Im Zeitalter der Computer, der elektronischen Datenverarbeitung und des übergreifenden Datenverbands sowie des weitverzweigten Datenaustausches war das Zukunftsprojekt „Versichertenalausweis“ für viele Planokraten ein willkommenes Testobjekt, um gleichsam als Mehrzweckwaffe viele anstehenden „Probleme“ der gesetzlichen Krankenversicherung zu „lösen“. Die vordergründige Zielbeschreibung:

► Vom Neugeborenen bis zum Rentner-Urgroßvater und zum Urenkelkind sollte jedem Versicherten und Mitversicherten ein „handlicher“, „moderner“ Leistungsberechtigungsalausweis in einer Form Scheckkarte ausgehändigt werden, wie sie bereits seit langem im Kredit-, im Hotel- oder im Tankstellengewerbe gang und gäbe ist.

► Ärzten und Apothekern wurde versichert, dieses „harmlose“ Organisationsmittel verbessere die Versichertenbetreuung und rationalisiere den Verwaltungsablauf. Darüber hinaus werde eine aussagekräftigere Dokumentation erleichtert.

► Die Krankenkassen könnten darüber hinaus von den Abrechnungsstellen zusätzliche, die „Kostentransparenz“ verbessernde Informationen erhalten.

Das Ganze verbillige die Verwaltung und entlaste damit Krankenkassen wie Beitragszahler . . .

Und ebenso vordergründig wurde auf einem sogenannten *Sachzwang* zur Einführung des Versicherungsausweises „herumgeritten“: So wurde von interessierter Seite gegen die angebliche „Zettelwirtschaft“ mit dem Krankenschein polemisiert. Von der notwendigen Beseitigung der „störenden Vielfalt“ unterschiedlicher Krankenscheine war ebenso wie von dem angeblich höheren Prestige eines den Arztwechsel erleichternden Plastikausweises die Rede. Indes: So viel Vorschußlobern und so viel Kredit hat die hochgelobte Wunderwaffe, der Plastik-Versichertenalausweis, fürs erste nicht verdient. Die bereits beim Start des Großversuchs geäußerten Zweifel hinsichtlich des erzielbaren Nutzeffekts und der Repräsentativität wurden im Probelauf, bei dem 180 000 Versicherte, mehr als 130 Ärzte, 37 Apotheker sowie die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, die Ortskrankenkasse Kiel und das Norddeutsche Apothekenrechenzentrum Bremen freiwillig „Pioniere“ spielten, weitgehend bestätigt, wie bereits in einem ersten aktuellen Kommentar im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT 37/1979,

Seite 2309 f., zu euphorischen Zeitungskommentaren betont.

Gemessen an den anspruchsvollen Zielvorstellungen, die der projektbegleitende Ausschuß in Zusammenarbeit mit dem Bundesarbeitsministerium formuliert hatte, kann der Probelauf sogar als *gescheitert* bezeichnet werden.

Eine lange Mängelliste

Zwar konnten nach einigen Anfangsschwierigkeiten die meisten organisatorisch-maschinellen Probleme gelöst werden, wie etwa Lesbarkeit und Auswertbarkeit der PVC-Karten oder der Einsatz von Umdruckern. Dagegen war das einzige wirklich neu entwickelte Gerät, der in Schleswig-Holstein unter Praxisbedingungen getestete „mobile Umdrucker“ in Ziegelsteingröße, nicht brauchbar! Die transportablen Umdruckermodelle sind vor allem beim Hausarztbesuch und im Notfalleinsatz als unpraktikabel bezeichnet worden. Den meisten Ärzten erschienen sie als zu unhandlich, zu schwer, zu groß, zu laut und zu stör anfällig. Reparatur- und Austauschdienste der Geräte waren teuer und entsprachen nicht den unterstellten Zielvorstellungen.

► So gingen mit zunehmender Versuchsdauer immer mehr schleswig-holsteinische Ärzte in der Besuchspraxis zur altbewährten Methode zurück, vorbereitete Formulare bei Hausbesuchen mitzunehmen. Es wurden gar Formulare „auf Vorrat gedruckt“, was zweifellos zu einer falsch positiven Beurteilung der Auswertungsergebnisse führen mußte.

► Als weitere Erschwernis wurde bemängelt, daß die gelieferten Abrechnungsformulare nur mit Spezialstiften (Kopierbleistiften) zu beschriften waren. Ärger, Zeitverlust und unleserliche Abrechnungsscheine waren in vielen Fällen die Folge.

► Die Kreisstelle Rendsburg-Eckernförde der Kassenärztlichen

Tabelle 1: Informationskreislauf der Belege pro Jahr (sämtliche Krankenkassen)

225 Mio.	Abrechnungsscheine
40 Mio.	Überweisungsscheine
450 Mio.	Arzneiverordnungen
80 Mio.	Heil- und Hilfsmittelverordnungen
6 Mio.	Krankenhauseinweisungen
70 Mio.	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen
100 Mio.	sonstige Abrechnungsscheine, Verordnungen und Bescheinigungen
265 Mio.	Behandlungsfälle

Stellungnahme des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Versicherten ausweis

Die Ergebnisse des unter Federführung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung regional in Schleswig-Holstein durchgeführten Tests zur Erprobung eines neuartigen numerierten Versicherten ausweises und deren erste Kommentierung in der Öffentlichkeit veranlassen den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu folgenden Feststellungen:

① Ziel der Einführung eines Versicherten ausweises ist die Einführung der personenbezogenen Datenverarbeitung in allen Phasen der Leistungsabwicklung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Ein verantwortlicher Test hätte sich mit diesem Ziel sowie den daraus resultierenden Kosten einerseits und mit dem nachweisbaren Nutzen andererseits, insbesondere aber mit den absehbaren Risiken für den Persönlichkeitsschutz befassen müssen. Das vorgesehene System würde den Kostenträgern durch die Zuordnung aller medizinischen Daten zu einer Patienten-Identifikationsnummer den permanenten direkten Zugriff auf die Intimsphäre jedes Versicherten eröffnen und so die lebenslange Überwachung und Steuerung des Patienten im Krankheitsfall durch die Sozialversicherung ermöglichen.

Auf diesen Umstand hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor und während der Laufzeit des Testes wiederholt und frühzeitig hingewiesen. Der Test mit seinen jetzt vorgelegten Ergebnissen muß angesichts der Größenordnung und der Schwere der zur Entscheidung anstehenden Probleme als nicht adäquat eingestuft werden.

② Die Verwendung des Versicherten ausweises ohne jede

Quartals- oder Arztbindung hat zu einer *mehr als doppelt* so hohen Steigerung der Inanspruchnahme kassenärztlicher Leistungen im Testgebiet gegenüber dem Landesdurchschnitt geführt. Insbesondere stieg die unmittelbare Inanspruchnahme verschiedener Facharztgruppen. Abgesehen davon, daß ein unkoordinierter Arztwechsel im Einzelfall nicht nur überflüssige und vom medizinischen Standpunkt unververtretbare beziehungsweise sogar gefährdende Doppeluntersuchungen bedingen kann, läuft eine solche Entwicklung vor allem auch der allseits für sinnvoll und notwendig gehaltenen Stärkung der allgemeinmedizinischen Versorgung und der erforderlichen Koordination ärztlicher Maßnahmen zuwider. Besonders besorgniserregend ist der Umstand, daß sich dieser Trend auch in unnötigerweise erhöhten Ausgaben niederschlug. Diese überstiegen bei den Krankenkassen im Testgebiet den Landesdurchschnitt um 1 bis 5 Prozentpunkte.

In dem allseitigen Bemühen um eine unter dem Gebot einer Kostendämpfung optimale Gesundheitssicherung und Krankenversorgung muß auch der Versicherte eine vernünftige Bescheidung im Sinne einer gezielten und auf das Notwendige beschränkten Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe respektieren, zumal wenn dies dazu beiträgt, daß die medizinische Betreuung sinnvollerweise durch den Hausarzt koordiniert wird.

③ Die jährlichen Kosten für die Ausgabe der Behandlungsausweise bei den Kassen würden sich gegenüber dem bisherigen Krankenscheinverfahren je nach Kassenart verdoppeln oder verdreifachen. Dies würde bei einer bundesweiten Einführung jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von 100 Millionen DM bedeuten. In diesen Ausgaben sind die notwendigen EDV-Kosten für die zusätzliche Erfassung und Speicherung der patientenbe-

zogenen Angaben für 55 Millionen Versicherte mit den Daten aus den vielfältigen kassenärztlichen Formularen innerhalb der Rechenzentren der Krankenkassen noch nicht enthalten. Der immense Aufwand würde, ohne daß geklärt ist, welcher objektive, allen Beteiligten zugute kommende Nutzen dies rechtfertigen könnte, in der Konsequenz keine Rationalisierung und Kostenersparnis bringen, sondern eine unverhältnismäßig hohe Kostenausweitung auf dem technisch-administrativen Sektor nach sich ziehen.

④ Der Test, der sich vor allem mit der Erprobung nachgeordneter Probleme der technischen Umsetzbarkeit eines Plastikkartenverfahrens als Ersatz für den Krankenschein befaßte, hat auch in diesem Bereich keine überzeugenden Ergebnisse erbracht. Die technische Durchführbarkeit eines derartigen Systems ist durch die vielfältige Verbreitung verschiedener Kreditkartensysteme in den westlichen Industrieländern bereits bestätigt. Das in Schleswig-Holstein neu zum Einsatz gekommene Gerät, ein „mobiler Umdrucker“ für die Besuchstasche des Arztes, erwies sich allerdings als unbrauchbar. Die mit Hilfe des Versicherten ausweises in Computerschrift aufgebrachten Personendaten auf den kassenärztlichen Rezepten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Berichten über Leistungen und Diagnosen waren zwar zumeist maschinell lesbar, von Apothekerseite wurde jedoch eine hohe Quote an maschinell mangelhaft lesbaren Rezeptaufdrucken beklagt.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommt abschließend zur Auffassung: Das Testergebnis rechtfertigt aus den dargelegten Gründen, insbesondere aber mit Rücksicht auf die Wahrung des Persönlichkeitsschutzes der Versicherten, die Einführung eines Versicherten ausweises nicht. ■

Versichertenausweis

Vereinigung Schleswig-Holstein registrierte als weitere Schwachpunkte: „Bei der Ausübung der Besuchspraxis mußte der Arzt zu Quartalsbeginn eine größere Zahl an Abrechnungsformularen mitnehmen, was zum einen mit den bisher gebräuchlichen Rezeptblocktaschen nicht zu bewältigen war, zum zweiten war der Zeitaufwand für diese Arbeiten gerade zum Quartalsbeginn besonders groß. Das Feld für die Rezeptur auf dem Testformular erwies sich in der Anordnung als zu klein. Im Falle einer manuellen Beschriftung dieser Rezepte (Ersatzverfahren) lagen die Adressenzeilen zu dicht, die vorgesehenen Felder für die Geburtsdaten waren zu klein.“

Häufiger Arztwechsel

Keineswegs überraschen konnte auch: Die Versicherten, mit viel Propagandaaufwand „aufgeklärt“, vollzogen den Probelauf meist zustimmend mit – nach inoffiziellen Zwischenberichten waren es mehr als 84 Prozent der Beteiligten. Dies lag aber sicherlich nicht nur an der entsprechenden Aufmachung des Ausweises; ausschlaggebend dürfte vor allem die Tatsache gewesen sein, daß jegliche Quartalsbindung, wie sie für den her-

kömmlichen Krankenschein wesentlich (wenn auch mit dem Scheckheft schon aufgelockert) ist, nun gänzlich entfiel. Demnach konnten die Patienten so oft und so kreuz und quer, wie sie es eben wünschten, jeden Arzt, auch jeden Facharzt, direkt aufsuchen und beliebig wechseln.

► Dementsprechend stieg die Arzt-Inanspruchnahme der Versicherten der AOK im Testgebiet um 3,18 Prozentpunkte gegenüber 1,36 Prozentpunkten im Landesdurchschnitt. Bei den Innungskrankenkassen waren es sogar 7,71 Prozentpunkte Zunahme, während im Landesdurchschnitt die Inanspruchnahme um mehr als einen Prozentpunkt sank. Bei den Landwirtschaftlichen Krankenkassen war ein Inanspruchnahmeplus von 6,2 Prozentpunkten zu verzeichnen, dagegen betrug dieses im Landesdurchschnitt nur 0,6 Prozentpunkte.

► Auffällig hoch war die Zunahme der Primärinanspruchnahme bei Fachärzten mit 50 Prozent!

Die Zahl der Überweisungen an Fachärzte ist im Testgebiet deutlich zurückgegangen. Dies ist ein Indiz dafür, daß die Versicherten primär den Facharzt – und nicht

wie bisher den Hausarzt – konsultierten. Außerdem belegen die Daten und Erfahrungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung klar, daß der Versicherte mit der Scheckkarte häufiger den Arzt aufsucht als mit einem Krankenschein.

Parallel dazu konnte keine Befundmitteilung der einen Patienten zur gleichen Zeit behandelnden Ärzte untereinander erfolgen, sofern nicht eine vom behandelnden Arzt gezielt vorgenommene Überweisung vorlag.

► Doppel- und Mehrfachuntersuchungen (Röntgen, EKG, Labor sowie sonstige technische Leistungen) nahmen spürbar zu, ebenso wie seitens der behandelnden Ärzte meist zufällig festgestellt werden mußte, daß Patienten sich verständlicherweise scheuten, solche auf eigene Faust vorgenommenen Mehrfachkonsultationen ihrem behandelnden Arzt mitzuteilen.

► Doppel- und Mehrfachrezepturen waren die Folgen. Verschreibungen gleicher Substanzen mit anderen Namen sind vergleichsweise harmlos, wenn auch kostentreibend. Aber das medizinisch Gefährliche: Medikamentenüberdosierungen, Arzneimittelinterferenzen bis zu lebensbedrohlichen Zuständen!

Diese Begleiterscheinungen widersprechen eindeutig den Intentionen des „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes“ (KVKG), weil nicht kostendämpfende, sondern im Gegenteil kostentreibende Wirkungen durch den Versicherten ausweis ausgelöst worden sind. Dieser Trend wird denn auch von den Krankenkassen bestätigt: Bei der AOK Rendsburg-Eckernförde stieg die Gesamtaufwendung für Honorare je Mitglied um 8,4 Prozentpunkte (Landesdurchschnitt: 7,6 Prozentpunkte), bei den Innungskrankenkassen betrug der Unterschied zwischen regional festgestellter Ausgabensteigerung und Landes-

Tabelle 2: Auswertung der Mehrfachinanspruchnahme	
Quartal 2/1977 (RVO-Krankenkassen; Landkreis Rendsburg-Eckernförde)	
Ausgewertete Patienten	48 848
Verursachte Fälle	61 568
Gesamtzahl Patienten:	48 848
/ Patienten mit 1 Schein:	38 740
Patienten mit Mehrfachinanspruchnahme	= 10 108
Gesamtfallzahl:	61 568
/ 1-Schein-Patienten:	38 740
Fallzahl der Mehrfachinanspruchnahme	= 22 828
/ 1. Schein der Mehrfachpatienten	= 10 108
Tatsächliche Mehrfachinanspruchnahme	= 12 720 Fälle

Versichertenalausweis

durchschnitt sogar 5,08 Prozentpunkte. Bezeichnenderweise votierten nur 55 Prozent der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin für den Plastikausweis, aber 79 Prozent der Fachärzte. Nur 10 Prozent der Ärzte und nur 20 Prozent ihrer Praxishelferinnen gaben an, der Ausweis sei zeitsparend! Die KV Schleswig-Holstein klagt weiter: Ein versuchsgerechtes „Verhalten der Patienten“, nämlich die Pflicht, den Versichertenalausweis bei jedem Arztbesuch oder beim Hausbesuch des Arztes vorzulegen, war trotz aller Bemühungen nicht zu erzielen. Bei telefonischen Konsultationen und Rezeptbestellungen, bei Rezeptbestellungen durch dritte Personen oder in Notfällen ist in zunehmendem Maße auf eine Bevorratung von gedruckten Formularen übergegangen worden. Dadurch wurde das Ergebnis des Testversuchs zumindest tendenziell verfälscht.

Der unterstellte verbesserte Dokumentations- und Informationsgrad hat sich bei der zuständigen Kassenzärztlichen Vereinigung nicht eingestellt. Die nach Meinung der Krankenkassen zusätzlich verwertbaren (!) Daten wurden bei den übrigen Beteiligten erfaßt, waren aber der KV nicht zugänglich.

Einzig zweifelsfrei konnte festgestellt werden, daß sich die Inanspruchnahmestruktur ärztlicher Leistungen durch die Versicherten merkbar veränderte.

Finanzieller und zeitlicher Mehraufwand

Hausärzte klagten darüber, daß der mobile Umdrucker in der Besuchspraxis eher hinderlich denn nützlich war. Der mögliche Rationalisierungseffekt beim Mahnverfahren stand in deutlichem Mißverhältnis zu den festgestellten zeitlichen und finanziellen Mehrbelastungen.

► Als zeitraubend und im Vergleich zur herkömmlichen Praxis

Tabelle 3: Auswertung der Mehrfach-Inanspruchnahme

Quartal 2/1977 (RVO-Krankenkassen; Landkreis Rendsburg-Eckernförde)		
Patienten	Status	Fälle
38 740	1-Schein-Patienten	38 740
8 040	2-Schein-Patienten	16 080
1 636	3-Schein-Patienten	4 908
345	4-Schein-Patienten	1 380
68	5-Schein-Patienten	340
15	6-Schein-Patienten	90
2	7-Schein-Patienten	14
2	8-Schein-Patienten	16
48 848		61 568

schlechter erwies sich das *Ersatzverfahren*, bei dem die Abrechnungsscheine wegen fehlender Scheckkarte manuell ausgefüllt werden und nachträglich von der Krankenkasse formell bestätigt werden mußten. Die beteiligten Krankenkassen bezeichneten das Ersatzverfahren ebenfalls als zu aufwendig.

► Bei den Apotheken führten die durch das Ersatzverfahren nicht umgedruckten Rezepte sehr häufig zu einem wesentlich erhöhten Verwaltungsaufwand. Die Apotheker beklagten darüber hinaus die unpraktikable Form und Aufteilung des Rezeptblatts sowie die teilweise unvollständigen und unleserlichen Personen- und Kostenträgerdaten. Ferner bereitete die Identifikation der Person und des Kostenträgers und – im Hinblick auf die Rezeptabrechnung – die Zuordnung der Versicherten zu den Kostenträgerarten oftmals große Schwierigkeiten.

Das Norddeutsche Apotheken-Rechenzentrum beklagte die hohe Rückweisungsquote der Verordnungsblätter (bis zu 30 Prozent). Insgesamt wird das benutzte Verordnungsblatt als unpraktikabel für die Apothekenpraxis bezeichnet.

Neben diesen nicht zu bestreitenden technischen Mängeln, von denen einige sich gewiß allein schon von der interessierten Industrie beheben oder lindern ließen – auch das sei nicht bestritten –, hat der Testversuch ganz eindeutig die von der Ärzteschaft von Anfang an geäußerten Befürchtun-

gen bezüglich der Kosten bestätigt. Schon das Scheckkartenverfahren allein ist erheblich teurer als der traditionelle Krankenschein! So würden sich die Ausgaben der Kassen – je nach Kartenart – für die Ausgabe der neuartigen Versicherten-scheckkarte an alle Versicherten (Stammversicherten und mitversicherte Familienmitglieder) verdoppeln oder gar verdreifachen. Die Erstausrüstung der 55 Millionen gesetzlich Krankenversicherten mit Scheckkarten sowie sämtlicher Kassenärzte mit einem stationären und mobilen Umdrucker (Anschaffungspreis 600 plus 400 DM) sowie die neu zu konzipierenden Formulare wären mit mindestens 500 Millionen DM zu veranschlagen. Hinzu kämen jährlich Mehrausgaben der Krankenkassen in der Größenordnung von 100 Millionen DM als Folgekosten für die Bearbeitung von jährlich mehr als einer Milliarde personenbezogener Leistungsdaten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Belegen, Arzneiverordnungen, Krankenhauseinweisungen und so weiter.

Die „Wunderwaffe“ Versicherten-scheck wäre noch teurer, würde sie auch beim Besuch der 30 000 Kassenzahnärzte und bei der Einweisung in die mehr als 3400 Krankenhäuser und bei den übrigen Anbietern von Heil- und Hilfsmitteln (zum Beispiel Optikern) bundesweit den Krankenschein auf Dauer ablösen.

Wer die Einführung der Versicherten-scheckkarte als „Liberalisierung“ und weitere Verbesserung der Freizügigkeit der Versicherten

Versichertenausweis

und der freien Arztwahl etikettiert, muß eine Reihe von unliebsamen Begleiterscheinungen verantworten, die der sorglose Umgang mit der Scheckkarte geradzuprovozieren könnte. Hier geht es nicht etwa nur um vergessene oder verlorene Scheckkarten, die ersetzt werden müssen, oder den Arzt zur manuellen „Buchführung“ zwingen. Bereits heute monieren die Ärzte, daß die Patienten bis zu 50 Prozent den Krankenschein vergessen. Die anderen schicken ihn per Post oder bringen ihn gar erst beim zweiten oder dritten Besuch mit. Führt diese Nachlässigkeit heute schon zu erheblichen Zeitverlusten in der ärztlichen Praxis, so würde ein vergessener Plastikausweis diese Betriebsstörungen noch potenzieren. Mit dem Verschicken per Post ist es dann nicht getan. Denn selbstverständlich muß bei jeder Arzt-Patienten-Begegnung der Leistungsberechtigtausweis vorgelegt werden.

Der Ausweis dient ja zugleich auch als maschinelle Druckvorlage für alle Abrechnungen, Rezepte, Verordnungen und Bescheinigungen. Der Überinanspruchnahme, dem Mißbrauch wären Tor und Tür geöffnet, wenn ungültig gewordene Mitgliederausweise nicht unverzüglich entwertet oder eingezogen oder bereits längst ausgeschiedene Kassenmitglieder unberechtigt Leistungen in Anspruch nehmen würden. Ganz deutlich hat der norddeutsche Testversuch gezeigt: Die Zahl der Mehrfachinanspruchnahme (sogenannte Zwei- oder Mehrfachschein-Patienten) hat spürbar zugenommen, ein Indiz dafür, daß das geradezu anarchisch anmutende Patientenscheckverfahren eindeutig zu Lasten der Versichertengemeinschaft und der Beitragszahler geht.

„Selbstbedienung“ erleichtert

Das erzieherische Moment des selbst auszufüllenden Krankenscheins und der wenigstens noch deklaratorisch quartalsgebunde-

nen Krankenscheinhefte würde in dem Maße abgebaut werden, wie die Versichertenscheckkarte suggeriert, ärztliche Leistungen ohne eigene Mitverantwortung und ohne Kostengrenzen beliebig oft und beliebig viel „einkaufen“ zu können. Ganz anders als im Blankogeschäft der Krankenversicherung ist es beim Kreditgeschäft: Bei der Euroscheckkarte ist der Spaß ganz schnell zu Ende – wenn nämlich keine Deckung besteht. Nur im „Selbstbedienungsladen“ Krankenversicherung merkt es der Versicherte kaum, daß auf einem ausgeglichenen Gesamtkonto gebucht werden muß, andernfalls dreht sich zu *seinen Lasten* erneut die Beitragsschraube.

Sowenig die „wissenschafts begleitende Untersuchung“ und der Gesamterfahrungsbericht der Kölner Beratungsfirma GEBERA diese absehbaren Wirkungen erörtern, so wenig haben sie den individuellen Nutzeffekt, den vermeintlichen Rationalisierungserfolg und die angeblich erzielbaren Vorteile der „Scheckkarte“ im Vergleich zum traditionellen Krankenschein plausibel gemacht.

Überhaupt nicht erörtert wurde die Frage, ob der schleswig-holsteinische Modellversuch für die gesamte Bundesrepublik repräsentativ ist und das ganze Verfahren bundesweit auch praktikabel wäre. Es ist evident, daß die Mentalität der Versicherten in ländlichen Regionen und an der Waterkant anders zu beurteilen ist als etwa in Ballungsgebieten des Ruhrgebietes, im süddeutschen Raum oder in Wohngebieten mit überwiegend ausländischen Arbeitnehmern. Ein auf nur neun Monate befristeter Modellversuch reicht keineswegs aus, um sämtliche Folgewirkungen auf das nach wie vor benötigte differenzierte Formularwesen und die bewährte gegliederte gesetzliche Krankenversicherung abzusehen. Bezeichnenderweise begegnen die Ersatzkassen, die das gegliederte System und die Eigenständigkeit der Kassenarten von jeher verteidigen, dem Versicher-

tenausweis mit einer Reihe fundierter Bedenken (ganz im Gegensatz etwa zum Ortskrankenkas senverband).

Die Ersatzkassen teilen übrigens die auch von der Kassenärzteschaft geäußerten Bedenken, die Versicherten-„Kreditkarte“ könnte Vorläufer oder Ersatz der Einführung einer allgemeinen Personenkennziffer sein. Dies hat der Rechtsausschuß des Deutschen Bundestags bereits im Mai 1976 im Zusammenhang mit dem Datenschutzgesetz für unzulässig erklärt!

Heute gilt in der Datenverarbeitung und Datenspeicherung vieles als „machbar“. Um so mehr muß man allen Anfängen wehren, die geeignet sind, personenbezogene Daten, Leistungsdaten der Patienten und dann auch Diagnosen unter dem behaupteten Vorwand der Verwaltungsvereinfachung und Rationalisierung mit Hilfe des PVC-Ausweises in einen überdimensionalen Datenverbund einzubeziehen. Solange der Versichertenausweis nicht nur als Träger von Patientennamen, Adressen und Krankenkassen dient, sondern auch als Datenträger, mit dessen Hilfe sämtliche Daten eingespeichert sind, auf Knopfdruck verfügbar gemacht werden können, muß bereits im Planungsstadium auf die Gefahren des Mißbrauchs, der Zentralisierung und einer überdimensionalen bürokratischen Verwaltung gewarnt werden.

Solange es möglich ist, persönliche Daten über noch so ausgeklügelte EDV-Systeme anzupapfen und solange ein umfassendes Datenschutzrecht im Gesundheitsbereich fehlt, solange sollte man das Projekt der Versichertenkarte ad acta legen. Denn die Versicherten wären wieder einmal die Dummen, würde ihnen dieses Danaergeschenk ausgerechnet zum hundertsten Geburtstag der gesetzlichen Krankenversicherung – 1983 – mit dem Attribut der Fortschrittlichkeit präsentiert.

Dr. rer. pol. Harald Clade