

## Die Meinung der FMH

### **eHealth, Patientengeheimnis und aktuelle Fragen der Datenübermittlung**

#### **Datenschutz als Erfolgsfaktor für eHealth**

Adäquater und praktikabler Datenschutz ist eine *conditio sine qua non* für eHealth.<sup>1</sup> Dazu gehört auch, dass die Patientendaten in der Hand der Patienten und ihrer Behandelnden bleiben müssen. Sie dürfen nicht ungezielt weitergeleitet werden an Unbekannt,<sup>2</sup> insbesondere nicht an die «Versicherung».<sup>3</sup> Auf Seiten der Behandelnden muss der Zugang zu Patientendaten auf die an der Behandlung Beteiligten eingeschränkt werden. Auf Seiten der Versicherer muss die Übermittlung von Daten auf das nachweisbar Notwendige und Verhältnismässige beschränkt werden. Medizinische Daten sind in der Krankenversicherung nur dem Vertrauensarzt, soweit zur Ausübung seiner Funktion erforderlich, zuzustellen.

#### **Keine Datenbeschaffung zur Einmischung in die Behandlung**

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung im KVG darf nicht als Vorwand für die Datenbeschaffung auf Vorrat oder gar für die Einmischung in die Behandlung dienen. So ist weder der Zugriff von Versicherern auf ein elektronisches Patientendossier unter Managed Care, noch der Aufbau von Datenbeständen zur Einmischung in die Behandlung zu legitimieren. Im KVG ist es Aufgabe des Krankenversicherers, die notwendigen Behandlungskosten zu übernehmen. Der Bundesrat hat in der Botschaft 1991 ausgeführt, dass im Rahmen dieser Gesetzgebung keine Sachleistungen in Betracht kommen, es gilt also im Unterschied zum UVG nicht das Naturalleistungsprinzip.<sup>4</sup> Der Krankenversicherer kann und darf im Unterschied zum UVG-Versicherer dem Patienten keine Anweisungen für die Behandlung geben,<sup>5</sup> und er haftet auch nicht für die Behandlungsschäden.<sup>6</sup> Wenn Versicherer personenbezogene medizinische Daten mit dem Argument verlangen, einen *«potenziell negativen Krankheitsverlauf frühzeitig zu*

---

<sup>1</sup> Editorial, de Haller J: Die Verführung durch Daten, Schweizerische Ärztezeitung 2010; 91: 48

<sup>2</sup> Der Patient weiss nicht, wer beim Versicherer heute und wer in einigen Jahren Zugriff auf diese Daten hat. Zudem erhalten je nach Situation z.B. Familienangehörige, Beistand, Sozialhilfebehörde und Steuerbehörde Einsicht in Rechnungen.

<sup>3</sup> Positionspapier der FMH: eHealth: Arztgeheimnis und Datenschutz sind zu bewahren!, November 2010.

[http://www.fmh.ch/files/pdf4/FMH\\_Positionspapier\\_Patientengeheimnis-Datenschutz\\_D.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf4/FMH_Positionspapier_Patientengeheimnis-Datenschutz_D.pdf)

<sup>4</sup> 91.071 Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992, S. 151 Leistungen, *Artikel 19* Umschreibung des Leistungsbereichs: *Allgemeines*: «Zu bemerken ist hier noch, dass das Gesetz von der Übernahme der Kosten durch die Versicherung spricht. Damit wird klar, dass im Rahmen dieser Gesetzgebung keine Sachleistungen in Betracht kommen. Zur Vereinfachung haben wir diesen Begriff in den Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln allerdings nicht immer wiederholt.»

<sup>5</sup> Die Krankenpflegeversicherung übernimmt weder Taggeld noch Rente. Richtigerweise steht deshalb im KVG nirgends, was in Art. 48 Abs. UVG so lautet: «Der Versicherer kann unter angemessener Rücksichtnahme auf den Versicherten und seine Angehörigen die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung des Versicherten treffen.»

<sup>6</sup> Art. 6 Abs. 3 UVG

*erkennen und wirksame Massnahmen mit dem Versicherten abzusprechen»*<sup>7</sup>, so verkennen sie ihre Rolle fundamental.

### **Rechnung unter SwissDRG**

Im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung und Einführung von SwissDRG fordern die Versicherer die systematische personenbezogene Übermittlung der detaillierten Diagnose- und Prozedurendaten sowie weiterer medizinischer Angaben (sogenanntes «Minimal Data Set») mit der Rechnung.

Diese Forderung weicht das für eine effektive Patientenbehandlung grundlegende Patienten-geheimnis auf, missachtet den Willen des Gesetzgebers und interpretiert die Gerichtspraxis falsch. Im Einzelnen:

Kontrolle der Leistungserbringer mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten:

- Die Überprüfung der Leistungserbringer kann mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten erfolgen, im Falle der Spitäler mit den seit über 12 Jahren im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser bereits erhobenen Daten. Es werden dafür keine personenbezogenen Daten mit der Rechnung benötigt.
- Die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser umfassen die Daten des Minimum Data Sets. Ausserdem lassen sie über den sogenannten «anonymen Verbindungscode» eine Zusammenführung von verschiedenen Fällen zur gleichen Person zu, auch hierfür werden keine personenbezogenen Daten benötigt.
- Die Daten der medizinischen Statistik stehen den Versicherern zur Verfügung.<sup>8</sup>

Überprüfung der Kodierung mittels Kodierrevision:

- Zur Überprüfung der korrekten Kodierung unter DRG wird die vollständige Krankengeschichte einschliesslich Austrittsbericht, Operationsberichten, Pflegedokumentation etc. benötigt.
- Die Revision der Kodierung wurde eingeführt, um auf der Basis der Krankengeschichte prüfen zu können, ob insbesondere die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren

---

<sup>7</sup> Zellweger U. Helsana AG. 8.2. Leistungsabwicklung in der Krankenversicherung – automatisierte Verarbeitung von Leistungen. In: Oggier W et al. [Hrsg], Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch: «Es geht den Versicherungen in keiner Weise darum, den 'gläsernen Patienten' zu propagieren, sondern die Daten für effektive und richtige Kostensenkungeinzusetzen. Dabei geht es vorwiegend darum, die Leistungen auf deren Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen, jedoch andererseits mit den gesammelten Daten den Versicherten zu helfen, einen potenziell negativen Krankheitsverlauf frühzeitig zu erkennen und wirksame Massnahmen mit dem Versicherten abzusprechen. Sowohl der Patient wie auch die Versicherung profitieren von einem schnellen und effizienten Heilungsprozess [...]»

«[...] Die Krankheitsbilder werden aber immer komplexer, die Ursachen sind nicht immer sofort erkennbar und die Zeit des behandelnden Arztes ist häufig eng begrenzt. Patienten wechseln aber auch zwischen einer Vielzahl von Ärzten, wodurch der behandelnde Arzt nicht immer die ganze Krankengeschichte kennt. Er ist somit nicht in der Lage, alle vorangehenden Behandlungen mit ihren Ergebnissen zu berücksichtigen. So wäre es durchaus möglich, dass die Daten im Gesundheitswesen zu einer besseren und effizienteren Behandlung von Menschen führen.»

<sup>8</sup> Art. 22a Abs. 3 KVG.

anhand der gültigen Regelwerke und Kodierstandards korrekt vorgenommen wurde. Der Revisor verfügt über den Eidgenössischen Fachausweis Medizinischen Kodiererin/medizinischer Kodierer und die entsprechende Berufserfahrung. Durch die externe Kodierrevision ist somit eine neutrale und qualifizierte Überprüfung der Kodierung möglich.

- Die Kodierrevision wird im Spital durchgeführt. Dadurch wird eine wirksame Überprüfung sichergestellt und gleichzeitig das Patientengeheimnis gewahrt. Die Krankengeschichte bleibt im Spital und der Revisor ist dauerhaft an eine Schweigepflicht gegenüber Dritten gebunden. Die Rahmenbedingungen der Revision sowie die Anforderungen an den Revisor sind im «Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG»<sup>9</sup> zusammengefasst.
- Die Kodierrevision ist in vielen Kantonen etabliert.
- Zusammen mit klar definierten Konsequenzen bei Verstoss gegen die Kodierregeln stellt die Kodierrevision das zweckmässigste und effizienteste Mittel zur Sicherstellung der korrekten Kodierung dar.<sup>10</sup> Mit ihr kann das von den Versicherern befürchtete systematische Upcoding zuverlässig entdeckt und dann auch geahndet werden.<sup>11</sup>
- Die Kodierrevision erlaubt die Wahrung des Patientengeheimnisses gegenüber dem Versicherer.<sup>12</sup>

#### Minimal Data Set:

- Mit Hilfe des Minimal Data Set kann der Versicherer nur das korrekte Funktionieren des Programms zur Bestimmung der DRG, den sogenannten Grouper, überprüfen. Hierfür gibt es wesentlich geeignetere Methoden, insbesondere die Software-Zertifizierung, es werden aber sicher keine personenbezogenen Daten benötigt.
- Die im Minimal Data Set angegebenen Diagnosen und Prozeduren sind bei weitem nicht alle relevant für die DRG-Bestimmung. Es gibt zahlreiche Diagnosen und Prozeduren, welche die DRG, in die der Fall eingeordnet wird, nicht beeinflussen. Das bedeutet, dass der Versicherer mit dem Minimal Data Set Informationen erhält, die ihm schlicht nichts angehen. Dies ist eine klare Verletzung von Art. 84 KVG.<sup>13</sup>
- Der Datensatz der BFS-Statistik enthält zudem weitere, für die DRG-Zuordnung nicht relevante Angaben, z.B. ob der Aufenthaltsort vor dem Eintritt eine «Anstalt des Strafvollzugs» war. Auch diese Daten gehen den Versicherer nichts an.

<sup>9</sup> [http://www.swissdrg.org/de/07\\_casemix\\_office/Tarifdokumente.asp](http://www.swissdrg.org/de/07_casemix_office/Tarifdokumente.asp) Letzter Zugriff: 18. April 2011

<sup>10</sup> Siehe auch: Hölzer S, Bienlein M, H+ Bundeshaus; September 2007, S. 3.

<sup>11</sup> Für die Festlegung der Hauptdiagnose gibt es klar definierte Regeln. «Die Hauptdiagnose ist definiert als 'derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten war'. Ist mehr als ein Zustand aufgeführt, ist derjenige auszuwählen, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erforderte.» aus: Kodierungshandbuch, Der offizielle Leitfaden der Kodierregeln, Version 3.0, 2009, S. 23.

<sup>12</sup> Lang G, Kuhn H, Meyer B, Ingenpass P, Wagner J: Gewährleistung des Datenschutzes – externe und professionelle Kodierrevision macht es möglich, Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(34):1265-1268.

<sup>13</sup> Artikel 84 KVG ermächtigt den Versicherer, ausschliesslich diejenigen Daten zu bearbeiten, die er benötigt, um die ihm nach dem Gesetz übertragenen Aufgaben zu erfüllen.

## DRG: Diagnosebezogene Fallpauschalen

- Das DRG-System ist ein diagnosebezogenes Fallpauschalierungssystem (Diagnosis Related Groups), bei dem Behandlungsfälle Fallgruppen zugeordnet werden. Die Zuordnung zu diesen Fallgruppen erfolgt durch den Grouper anhand der Diagnosen zusammen mit den durchgeführten Behandlungen. Die Gruppen sollten nach medizinischen und ökonomischen Kriterien möglichst homogen sein. Die Varianz ist in der Realität aber immer noch relativ gross.<sup>14</sup> Dies kann nicht erstaunen in einem System, welches das ganze Spektrum der in Spitälern behandelten Fälle auf etwas über 1000 Fallgruppen reduziert.
- Das DRG-System ist *kein Einzelleistungstarif*. Es würde deshalb dem Grundsatz des Fallpauschalensystems widersprechen, die einzelnen Behandlungen eines Spitalfalls prüfen zu wollen. Die Berechnung der Kostengewichte einer Fallgruppe (d.h. der Fallpauschale)<sup>15</sup> unter SwissDRG basiert auf den *durchschnittlichen Kosten* der Fälle, die dieser Fallgruppe zugeordnet werden. Das heisst: In einer Gruppe sind immer Fälle mit einer teureren Behandlung und solche mit einer günstigeren. Wenn sie korrekt kodiert wurden, können und dürfen sie nicht willkürlich in eine andere Fallgruppe eingeordnet werden. Es würde das System zerstören, korrekt kodierte Fälle mit einer günstigeren Behandlung einer anderen DRG zuführen zu wollen. Downcoding ist ebenso unzulässig wie Upcoding.
- Das DRG-System ist nach tradiertem Sprachverständnis auch kein typischer *Leistungstarif*. Der Bundesrat hat dem Parlament mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung vorgeschlagen, DRG einzuführen.<sup>16</sup> Das Parlament ist diesem Vorschlag gefolgt. Der in Art. 49 KVG gewählte Wortlaut<sup>17</sup> erweist sich aus heutiger Sicht als missverständlich: Mit DRG wird vom Prinzip her die Behandlung der Erkrankung abgegolten, die sich in erster Linie in den *Diagnosen* niederschlägt. Nach althergebrachtem KVG-Verständnis ist dies somit gerade *kein leistungsbezogener Tarif*.

## Verhältnismässigkeit und Wirtschaftlichkeit

- Die Versicherer verfügen seit mehr als einem Jahrzehnt mit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser über die Daten des Minimal Data Set in anonymisierter Form. Trotz vieler Aufforderungen dazu haben sie bis heute nicht aufgezeigt, wie sie diese Daten verwenden wollen, und schon gar nicht nachgewiesen, wozu sie diese objektiv benötigen. Es bestehen bis heute keine objektiven Anhaltspunkte, dass diese Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringer erforderlich sein sollen. Insbesondere wurde bis heute nie belegt, dass die Überprüfungen der Leistungserbringer nicht mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten erfolgen können.

---

<sup>14</sup> Fischer W.: DRG-Entwicklungsperspektiven, in Klauber J, et al. [Hrsg.], Krankenhausreport 2003

<sup>15</sup> Das Kostengewicht in SwissDRG ist vergleichbar mit der Taxpunktzahl in einem Einzelleistungstarif wie TARMED, d.h. sie beschreibt einen relativen Wert. Aus der Kombination mit der Base Rate (vergleichbar dem Taxpunktwert im Einzelleistungstarif) ergibt sich die Vergütung.

<sup>16</sup> Botschaft Revision Spitalfinanzierung. BBl 2004 5577.

<sup>17</sup> Art. 49 Abs. 1: «[...] Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen[...].»

- In Deutschland zahlen Krankenkassen Administrativ-Kosten von 350 Euro pro Fall für die DRG-Überprüfung durch den medizinischen Dienst.<sup>18</sup> Dazu kommen noch die im Spital entstehenden Kosten. Nirgendwo wurde der Nachweis geführt, zu welchem Nutzen diese Aufwendungen führen. WZW-Kriterien scheinen nicht für Versicherer zu gelten.

### Beispiel DRG in Genf

Das Universitätsspital Genf und die Versicherer haben ein Verfahren etabliert, das den Geboten des Datenschutzes und der heutigen Gesetzeslage entspricht: Die Rechnung enthält nur die DRG.<sup>19</sup> Die codierten Diagnosen und Prozeduren sowie die wichtigsten Berichte zu einem Spitalaufenthalt werden nur auf Anforderung durch die Versicherung und ausschliesslich im Einzelfall an den Vertrauensarzt geliefert. Nur bei ca. 20-30 von über 43 000 Rechnungen pro Jahr kommt es aufgrund einer korrigierten Kodierung zu einer Korrektur der Rechnung.<sup>20</sup> Im Übrigen ging die Zahl der Fälle, bei denen die Unterlagen angefordert wurden, innerhalb von zwei Jahren um 20% zurück.

Das Beispiel Genf zeigt:

- Die geringe Anzahl der korrigierten Rechnungen rechtfertigt weder versicherungsseitig einen grossen administrativen Apparat zur Überprüfung der Rechnungen unter DRG aufzubauen, noch das Patientengeheimnis abzuschaffen.
- Mit einem stufenweisen Vorgehen kann dem Patientengeheimnis Rechnung getragen werden, und der Versicherer kann seinen Kontrollpflichten nachkommen.

### Die Positionen der FMH

#### *Rechtlich*

Das Parlament hat in der KVG-Revision Spitalfinanzierung die systematische Übermittlung der relevanten Diagnosen und Prozeduren unter DRG explizit abgelehnt.<sup>21</sup> Würden Tarifverträge oder gar Verordnungen des Bundesrats die systematische Lieferung dieser Daten vorsehen, wäre dies eine klare Gesetzesverletzung und eine Missachtung des Parlaments.

Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts ist kein Leitentscheid für die Einführung der KVG-Revision Spitalfinanzierung und damit der SwissDRG, weil es den 2006 abgeschlossenen Tarifvertrag nach dem *alten* KVG von 1996 zu beurteilen hatte.<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup> Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist in Deutschland eine externe Institution, dies im Unterschied zur Schweiz, wo der vertrauensärztliche Dienst Teil der Krankenkasse ist (dessen Kosten für die Überprüfung im Einzelfall nicht transparent gemacht werden).

<sup>19</sup> Das Genfer Universitätsspital fragt den Patienten ausdrücklich, ob die DRG auf der Rechnung erscheinen darf. Ca. 500 (von über 43 000) Patienten pro Jahr verlangen, dass die DRG nur an den Vertrauensarzt geht.

<sup>20</sup> P. Conne, Facturation en DRG: contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations, Vortrag 6. April 2011, Luzern.

<sup>21</sup> AB 2007 N 446.

<sup>22</sup> Kuhn HP: Urteil vom 29. Mai 2009: kein Leitentscheid für die Einführung von SwissDRG, Schweizerische Ärztezeitung 2011;92: 16/17, S. 605.

Zu Recht verlangt die langjährige Praxis des Bundesgerichts<sup>23</sup> und auch das Bundesverwaltungsgericht, dass für die WZW-Prüfung soweit möglich statistische Prüfungsverfahren angewendet werden. Das bedeutet, dass soweit möglich auf die Übermittlung von personenbezogenen (nicht anonymisierten oder pseudonymisierten) Daten verzichtet werden muss.

### *In der Sache*

Dass das Parlament in der KVG-Revision Spitalfinanzierung die systematische Übermittlung der relevanten Diagnosen und Prozeduren unter DRG explizit abgelehnt hat, ist auch aus heutiger Sicht richtig. Dies insbesondere aus den folgenden Gründen:

- Patientengeheimnis und Datenschutz sind wichtig, weil der Patient sich für eine effektive und sichere Behandlung vorbehaltlos seinem Arzt anvertrauen können muss.
- Für die systematische Überprüfung der Leistungserbringer genügen anonymisierte oder pseudonymisierte Daten, zusammen mit stichprobenmässigen Einzelfallkontrollen. Deshalb dürfen die Diagnosen und Prozeduren bei DRG nicht systematisch als personenbezogene Daten an den Versicherer übermittelt werden.
- Die Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismässigkeit von systematischen Datenlieferungen an Versicherer muss belegt werden. Das Schlagwort «Wirtschaftlichkeitsprüfung» reicht als Begründung nicht aus, wenn nicht konkret aufgezeigt wird, dass nur mit den verlangten personenbezogenen (nicht anonymisierten oder pseudonymisierten) Daten die Wirtschaftlichkeit des Systems erhöht werden kann.
- Insbesondere ist die oft gehörte Argumentation, der Versicherer müsse über das Minimal Data Set verfügen um prüfen zu können, ob die behaupteten *Leistungen* erbracht worden seien, schlicht falsch. Das System DRG ist kein Einzelleistungstarif, sondern ein pauschalierendes System. Wer in diesem System Einzelleistungen prüfen will, hat das System entweder nicht verstanden oder nicht akzeptiert.
- Auch der Versicherer verursacht Kosten. Auch er muss deshalb seine Funktion wirksam, zweckmässig und auch wirtschaftlich ausüben. Es kann nicht sein, dass 60 Krankenversicherer zusätzlich zur unabhängigen Kodierrevision noch eigene Kodierabteilungen aufbauen (und die Spitäler keine Kodierer mehr finden ...), sowie die vertrauensärztlichen Dienste und die Informatikinfrastruktur ausbauen, wenn dies zu keinem nachweisbaren erheblichen Nutzen führt und noch dazu die Kontrolle effizienter und unter Wahrung des Patientengeheimnisses durchgeführt werden kann.
- Die Kodierrevision stellt heute in der Schweiz das zweckmässigste und effizienteste Mittel zur Sicherstellung der korrekten Kodierung und damit auch zur korrekten Rechnungsstellung unter DRG dar. Mit ihr kann das von den Versicherern befürchtete systematische Upcoding zuverlässig entdeckt und dann auch geahndet werden.
- Ein Downcoding durch Versicherer ist ebenso wenig zulässig wie ein Upcoding durch Leistungserbringer. Auch deshalb braucht es die Prüfung durch *unabhängige* professionelle Dritte, das heisst die Kodierrevision.

---

<sup>23</sup> Urteil des Bundesgerichts vom 18. Mai 2004, K 150/03, E. 6.1 mit Verweisen.

- Die Tarifverträge können und sollen angemessene Sanktionen vorsehen für den Fall, dass ein Spital wiederholt gegen die Kodierregeln verstösst.
- Denkbar ist, dass auch der einzelne Versicherer unter Bezahlung der zusätzlich entstehenden Aufwendungen<sup>24</sup> konkrete Fälle bei der unabhängigen Kodierrevision zur Überprüfung durch die Kodierrevisionsstelle geben kann.
- Es ist die Aufgabe des Vertrauensarztes, im Einzelfall benötigte detaillierte medizinische Informationen anzufordern und für den Versicherer zu bewerten.
- Die Diskussion über Therapieformen muss von der DRG-Kontrolle getrennt werden, weil die Frage der wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen *Therapie* eine völlig andere Frage ist, als die nach der korrekten Abgeltung des Falls.

### **Vorschlag hinsichtlich neuer Spitalfinanzierung und DRG**

Die Kontrollaufgaben der Versicherer können und sollen mit einem stufenweisen Verfahren erfüllt werden:

- Die Überprüfung der Leistungserbringer erfolgt auf der Basis der Daten der medizinischen Statistik in Kombination mit der Kodierrevision durch neutrale, externe Dritte.
- Überprüfungen im Einzelfall erfolgen wie bisher über den Vertrauensarzt, allenfalls in einem mehrstufigen Verfahren (zuerst Anforderung der Codelisten, dann gegebenenfalls Anforderung spezifischer Befunde und Berichte).

Die DRG-Einführung kann nur dann die nötige Akzeptanz bei der Bevölkerung und den im Gesundheitswesen Tätigen finden, wenn Kontrollverfahren gewählt werden, die wirksam sind und gleichzeitig das Patientengeheimnis respektieren.

---

<sup>24</sup> Zusätzliche Prüfungen verursachen zusätzliche Kosten. Sie dürfen für den Versicherer kein Selbstbedienungsladen ohne Kasse am Ausgang sein.