

Erschienen in: Swiss Medical Informatics 2011, n° 71, p. 27-33.

Spitalfinanzierung 2012: Datenschutz adé?

Summary

In 2012 hospital financing in Switzerland changes fundamentally. For example inpatient health care will be recompensed on the basis of Switzerland far uniform structures. The introduction of these so called SwissDRGs change data flow between hospitals and health insurers lastingly. So that the auditing of accounts and checks of profitability remain also further feasible, hospitals have to reveal the appropriate medical information systematically. Otherwise health insurers can't do their job. Therefore the data security-legal bases of the processing are lit up for the insurers. These regulations are strongly disputed, it shows up however that the dissemination of data is legally permitted. Finally, the system-oriented conversion of the new conditions will be described for Helsana insurance.

Kernelemente neue Spitalfinanzierung

Die stationären Leistungen von Listenspitälern werden neu von den Kantonen zu mindestens 55% und den Krankenversicherer zu maximal 45% übernommen. Neu haben die Krankenversicherer neben den Betriebskosten auch die Investition aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mitzufinanzieren. Die OKP wird dadurch zusätzlich belastet.

Die neue Finanzierungsregel gilt für KVG-Leistungen in öffentlichen und privaten Spitälern auf der kantonalen Spitalliste und zwar sowohl für Grundversicherte wie auch für Privat- und Halbprivatpatienten. Da bisher der kantonale Anteil bei Behandlungen in privaten Spitälern nicht ausbezahlt wird, ist davon auszugehen, dass die Zusatzversicherung entlastet wird und so die Quersubventionierung der OKP abnimmt.

Eine weitere bedeutende Neuerung ist die leistungsbezogene Finanzierung der Spitälern mittels diagnosebasierter Fallpauschalen. Die Tarifvielfalt entfällt, es findet gar ein eigentlicher Paradigmenwechsel bei der Finanzierung statt: Die Spitälern erhalten für die jeweilige stationäre Behandlung nur noch einen Fixbetrag. Dieser Fixbetrag orientiert sich aber nicht mehr an den effektiven Kosten der einzelnen Spitälern (sog. Kostendeckungsprinzip), sondern an den durchschnittlichen Aufwendungen einer Behandlung. Damit wird von einer objektorientierten auf eine subjektorientierte Finanzierung umgestellt. Das Geld folgt also neu den Patienten und nicht mehr den Spitälern. Dadurch sollen die Spitälern veranlasst werden, Behandlungen wirtschaftlicher durchzuführen.

Die neuen Fallpauschalen sollen aber auch Transparenz schaffen. Indem alle Akutspitälern auf der Basis der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur SwissDRG¹ entschädigt werden, lassen sie sich auch miteinander vergleichen. Das Gesetz schreibt in Art. 49 Abs. 1 explizit vor, dass sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitälern orientieren sollen, welche die tarifizierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Damit wird die Tariffindung über ein Benchmarking der Spitälern obligatorisch.

Auch die Vorgaben für die Kantone bei der Spitalplanung ändern sich: Neben zahlreichen neuen Planungsvorgaben, einer leistungsorientierten Ausrichtung sowie der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination werden die Spitallisten nicht mehr als Zulassungsfilter für die OKP fungieren, sondern als Verteilungsmechanismus von Finanzierungsmitteln. All jene Spitälern, die ein

Kanton auf seiner Liste führt, erhalten auch entsprechende kantonale Mittel. Die Berücksichtigung der Privatspitäler bedeutet dann im Vergleich zu heute eine Mehrbelastung der Kantone.

Grundsätze der Datenbearbeitung

Krankenversicherer, welche die OKP anbieten, haben bei der Bearbeitung personenbezogener Daten Vorgaben zu beachten, die sich sowohl aus dem Datenschutzgesetz (DSG) als auch aus dem KVG ergeben. Die Datenbearbeitung richtet sich nach den allgemeinen Grundsätzen des DSG. Grundlegend ist die Orientierung an den Prinzipien der Verhältnismässigkeit, Zweckbindung und Erforderlichkeit.

Die Krankenversicherer gelten als Bundesorgane im Sinne von Art. 2 Abs. 1 lit. b DSG. Sie dürfen nach Art. 17 Abs. 2 DSG höchstpersönliche Daten nur bearbeiten, wenn dies für eine in einem formellen Gesetz umschriebene Aufgabe unentbehrlich ist (lit. a) oder wenn die betroffene Person eingewilligt hat (lit. b).

Das KVG ist diese gesetzliche Grundlage. Entsprechende Regelungen finden sich insbesondere in Art. 84 und 84a KVG. Die mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung betrauten Organe sind befugt, Personendaten einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz übertragenen Arbeiten zu erfüllen. Hier sind insbesondere Beurteilung, Berechnung und Gewährung von Leistungsansprüche, Koordination mit anderen Sozialversicherungen, die Geltendmachung des Rückgriffsrechts gegenüber einem haftpflichtigen Dritten und die Führung von Statistiken zu nennen.

Erforderlichkeit

Der Grundsatz der Erforderlichkeit ist zentral im Datenschutzrecht. Demnach dürfen ausschliesslich Daten beschafft werden, die zur Erfüllung des Gesetzesauftrages erforderlich sind. Er kann daher auch als Ausfluss des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes angesehen werden. Ausdruck hierfür ist Art. 84 KVG.

Es dürfen nur Daten eingefordert werden, welche wenigstens vom Grundsatz her geeignet und notwendig sind, den Krankenversicherern die Erfüllung ihrer gesetzlich aufgetragenen Aufgaben zu ermöglichen. In der Frage, welche Daten konkret notwendig sind, haben die Krankenversicherer einen weiten Ermessensspielraum. So hält beispielsweise das Bundesverwaltungsgericht (BVG) in seinem Urteil K 12/06 vom März 2007 fest: „Die Wirtschaftlichkeitskontrolle, die der Versicherer gemäss Art. 56 Abs. 2 KVG vornehmen muss, dient der Kontrolle über die Leistungserbringer. Schon aus dieser Zielsetzung ergibt sich, dass (...) nicht vom Leistungserbringer zu beurteilen ist, welche Angaben er dem Versicherer liefert, würde doch sonst der zu Kontrollierende selber den Umfang der Kontrolle festlegen.“ Die Auskunftspflicht kann sich aber nur auf Angaben erstrecken, die objektiv erforderlich und geeignet sind, um die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. In diesem Kontext muss dem Krankenversicherer ein gewisser Beurteilungsspielraum darüber eingeräumt werden, auf welche Weise und mit welchen Angaben er die Überprüfung vornimmt.

Zweckbindung

Der Grundsatz der Zweckbindung hängt eng mit jenem der Erforderlichkeit zusammen. Personendaten dürfen gemäss Art. 4 Abs. 3 DSG nur für die Erfüllung von Aufgaben genutzt werden, die im gleichen Zweckrahmen liegen wie diejenigen Aufgaben, zu deren Erfüllung sie erhoben worden sind. Der oberste Zweck der OKP besteht darin, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen einer umfassenden, qualitativ hochstehenden und zweckmässigen medizini-

schen Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu möglichst tiefen Kosten zu gewährleisten sind.²

Insbesondere die Krankenversicherer haben diese Aufgabe zu erfüllen. Dies erfordert beispielsweise eine geordnete und gesetzesmässige Leistungsgewährung, indem die Krankenversicherung nur von wirklich versicherten Personen in Anspruch genommen wird. Zu einer gesetzesmässigen Leistungsgewährung gehört immer auch die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen, insbesondere, ob eine Leistung auch wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht wurde. (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die zur Feststellung der Leistungsansprüche erfassten Daten dürfen nicht bloss zum Zwecke der Leistungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle verwendet werden, sondern zudem für alle Aufgaben, die dem generellen Ziel der Kosteneindämmung im Gesundheitswesen dienen.³

Persönlichkeitsschutz

Es ist evident, dass sich die Krankenversicherer im Zuge der Leistungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle tagtäglich mit sensiblen Daten beschäftigen. Angesichts von mehreren Millionen Rechnungen, die jährlich zu prüfen und auszahlen sind, könnte man fast sagen, dass dies ihr Kerngeschäft in der Abwicklung der OKP ist.

Dem Gesetzgeber war dies bewusst. Da in der Administration der Krankenversicherer besonders schützenswerte Daten bearbeitet werden, unterliegen sämtliche Mitarbeitenden der Schweigepflicht nach Art. 33 ATSG. Zudem hat er ein System mit einem doppelten Schutzwall zur Sicherung der Persönlichkeitsrechte der Versicherten geschaffen:

- a) Alle Mitarbeitenden der Krankenversicherer unterstehen Dritten gegenüber der Schweigepflicht gemäss Art. 33 ATSG. Bei einer Verletzung dieser Schweigepflicht droht Art. 92 lit. c KVG mit einer Geldstrafe von bis zu 180 Tagessätzen. Diese Vorschriften bilden den ersten Schutzwall der Krankenversicherung.
- b) Für besonders sensible Sachverhalte hat der Gesetzgeber noch einen engeren Schutzwall gezogen: Gemäss Art. 42 Abs. 5 KVG darf der Leistungserbringer in begründeten Fällen oder auf Verlangen des Versicherten medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt bekannt geben. Die Vertrauensärzte wiederum geben gemäss Art. 57 Abs. 7 KVG den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung begründen zu können.

Zudem hat das Parlament schon im Dezember 2007 einen neuen Art. 84b KVG verabschiedet, der auf 2012 in Kraft tritt. Er betrifft die Sicherstellung des Datenschutzes durch die Versicherer. Demnach haben die Versicherer die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen zur Sicherstellung des Datenschutzes zu treffen. Sie erstellen insbesondere die gemäss Verordnung zum DSG notwendigen Bearbeitungsreglemente. Diese sind dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten zur Beurteilung vorzulegen und öffentlich zugänglich zu machen.

Der Persönlichkeitsschutz der Versicherten ist also ein wesentliches Merkmal beim Vollzug des KVG und ist gegenüber Aussenstehenden in doppelten Masse geschützt: Eine Verletzung dieser Vorgaben zieht in jedem Fall ernsthafte strafrechtliche Konsequenzen nach sich.

Gesetzesinterpretation und Gesetzauslegung

Obwohl die Rechtslage für die Bearbeitung personenbezogener Daten durch die Krankenversicherung klar ist, steht sie dennoch immer wieder im Brennpunkt. Dies lässt sich am Besten bei der (systematischen) Weitergabe von Diagnosen von Leistungserbringern an die Krankenversicherer veranschaulichen.

Im Zentrum steht dabei die Interpretation von Art. 42 KVG. Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die dieser benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen (Art. 42 Abs. 4 KVG). Nach Art. 42 Abs. 5 KVG schliesslich ist der Leistungserbringer in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt des Versicherers nach Art. 57 KVG bekannt zu geben.

Der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte (EDÖB) beispielsweise sieht mit den Absätzen 3 und 4 von Art. 42 KVG eine stufenweise Bekanntgabe der Behandlungsdaten durch die Leistungserbringer gegeben.⁴ Mit Absatz 4 als Ergänzung zu Absatz 3 mache der Gesetzgeber deutlich, dass der Krankenversicherer zusätzliche Angaben verlangen kann. Dies schliesse folglich aus, dass der Wortlaut von Absatz 3 die systematische Weitergabe von Behandlungsdaten und Diagnosen in detaillierter Form vorsieht. Die systematische Bekanntgabe von detaillierten Diagnosen bzw. Diagnosecodes an die Krankenversicherer verstosse daher sowohl gegen das im DSG verankerte Verhältnismässigkeitsprinzip sowie gegen Art. 42 KVG.

Diese Gesetzesinterpretation hat das BVG klar verworfen. Im Urteil C-6570/2007 vom 29. Mai 2009 wird festgehalten, dass Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG, in Verbindung mit Art. 84 KVG und 84a KVG, an sich als genügende formell-gesetzliche Grundlage für die tarifvertragliche Vereinbarung der systematischen Weitergabe der Diagnose und des Eingriffscode mit der Rechnungsstellung zu erachten ist. Insbesondere hält das BVG fest:

- Der gesetzlich vorgesehene Regelfall ist die Lieferung der medizinischen Informationen an die Verwaltung des Krankenversicherers. Die Lieferung an den Vertrauensarzt ist die Ausnahme.
- Eine Aufteilung der Bekanntgabe der Informationen in zwei Stufen – zuerst eine allgemein gehaltene Diagnose und dann erst auf Verlangen und bei begründetem Verdacht eine detaillierte Diagnose – ist nicht haltbar.
- Dem Datenschutz ist besser gedient, wenn Diagnosedaten in codierter Form statt im Klartext übermittelt werden.
- Erweisen sich Diagnose und der Eingriffscode zur Prüfung der Leistungspflicht oder der Wirtschaftlichkeit regelmässig als notwendig, so stellt es für die Krankenversicherer einen grossen und kaum zu begründenden administrativen Mehraufwand dar, wenn diese Angaben in jedem Einzelfall (beziehungsweise in jedem Fall, in dem eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen werden soll) nachverlangt werden müssten, zumal diese Gesuche keiner Begründung bedürften.
- Die Wirtschaftlichkeitsprüfung hat möglichst früh einzusetzen, d.h. bereits mit der Eintrittsmeldung. Diagnose- und Eingriffscode sind also geeignete und adäquate Ausgangspunkte. Sie sollen nicht erst beim Rechnungseingang greifen. Damit ist zugleich ein Kostenschutz der Versicherten verbunden: Falls die Behandlung vom Krankenversicherer nicht übernommen wird, ist dies bei der Rechnungsstellung und folglich nach erfolgter Behandlung zu spät

um festzustellen, dass der Patient (oder seine Zusatzversicherung) die Kosten übernehmen muss.

- Der Leistungserbringer soll die Informationen als Ausnahmefall, beispielsweise bei gesellschaftlich stigmatisierenden Diagnosen, dem Vertrauensarzt übermitteln können.⁵

Mit diesem Urteil rückt das Gericht wieder einmal zwei zentrale Eckpunkte des KVG in den Mittelpunkt und klärt vermeintliche Unklarheiten:

1. Es wird erneut zum Ausdruck gebracht, dass die Persönlichkeitsrechte des Versicherten im Zentrum stehen und zu schützen sind. Auf sein Verlangen hin müssen die medizinischen Angaben zwingend an den Vertrauensarzt übermittelt werden. Damit er dieses Recht auch wahrnehmen kann, muss der Patient vom Leistungserbringer ausdrücklich darauf hingewiesen werden.
2. Das BVG misst der Wirtschaftlichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung erhebliche Bedeutung bei und hält fest, dass auch der Verwaltungsaufwand der Krankenversicherer über die Allgemeinheit finanziert werden muss. In einer für alle obligatorischen Versicherung sind die Prämiegelder also Zwangsabgaben, mit denen sorgsam umzugehen ist. Daher ist es gleichgültig, ob die Krankenversicherer ihre Aufgaben unzweckmässig oder mit einem unverhältnismässigen Aufwand betreiben. Die Wirtschaftlichkeitskontrolle selbst muss wirtschaftlich sein.

Medizinische Daten im Fallpauschalensysteme

Tarifpartner und Kantone haben am 18. Januar 2008 gemäss den gesetzlichen Vorgaben die SwissDRG AG gegründet. Die Gesellschaft hat zur Aufgabe, die schweizweit einheitliche Tarifstruktur für die akut-somatischen Spitäler zu entwickeln und zu pflegen.⁶ Die Einführungsversion wird im April 2011 bereitgestellt. Ein solches DRG-System zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass es datengetrieben ist, und zwar in zweifacher Hinsicht:

- Für die integrale Kalkulation der gesamten Tarifstruktur durch die SwissDRG AG werden die Kosten- und Leistungsdaten⁷ der einzelnen Patienten herangezogen.
- Die Tarifbildung und damit die Vergütung der Spitäler hängt massgeblich von den Diagnosen und Behandlungen jedes einzelnen Patienten ab.

Abbildung 1 verdeutlicht diesen Zusammenhang: Die stationär behandelten Patienten von Akutspitälern werden in medizinisch und ökonomisch homogene Fallgruppen eingeteilt. Das wichtigste Kriterium für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallgruppe ist die Hauptdiagnose bei Spitalaustritt. Weitere Klassifikationsmerkmale sind Nebendiagnosen, Prozeduren, Alter, Geschlecht, Art des Spitalaustritts, Schweregrad, bei Neugeborenen das Geburtsgewicht und weitere Faktoren (MDS). Diese Informationen werden den Krankenakten der Patienten entnommen. Die Zuweisung einer Hospitalisation zu einer bestimmten DRG erfolgt unter Beachtung der Kodierrichtlinien durch eine vollautomatische Gruppierungssoftware (Grouper). Jeder DRG ist eine Kennzahl, das sog. Kostengewicht, zugeordnet. Dieses Kostengewicht wird anhand der tatsächlich anfallenden Kosten der Schweizer Spitäler berechnet und gibt für jeden Fall den durchschnittlichen Verbrauch über alle Spitäler wieder. Multipliziert mit dem Basispreis ergibt sich die Fallpauschale, die von einem Krankenversicherer zu vergüten ist. Damit orientiert sich zukünftig die Vergütung nicht mehr an den effektiv entstandenen Kosten, sondern an den Durchschnittskosten aller Spitäler, die ihre Daten für die Kalkulation bereitgestellt haben. Je höher dieses Kostengewicht ausfällt, desto höher ist die Vergütung eines Falls. Das Spital hat daher den po-

tenziellen Anreiz, Haupt- und Nebendiagnosen sowie Behandlungen in der Weise zu codieren, dass eine möglichst hohe Vergütung im Einzelfall resultiert (sog. Upcoding).

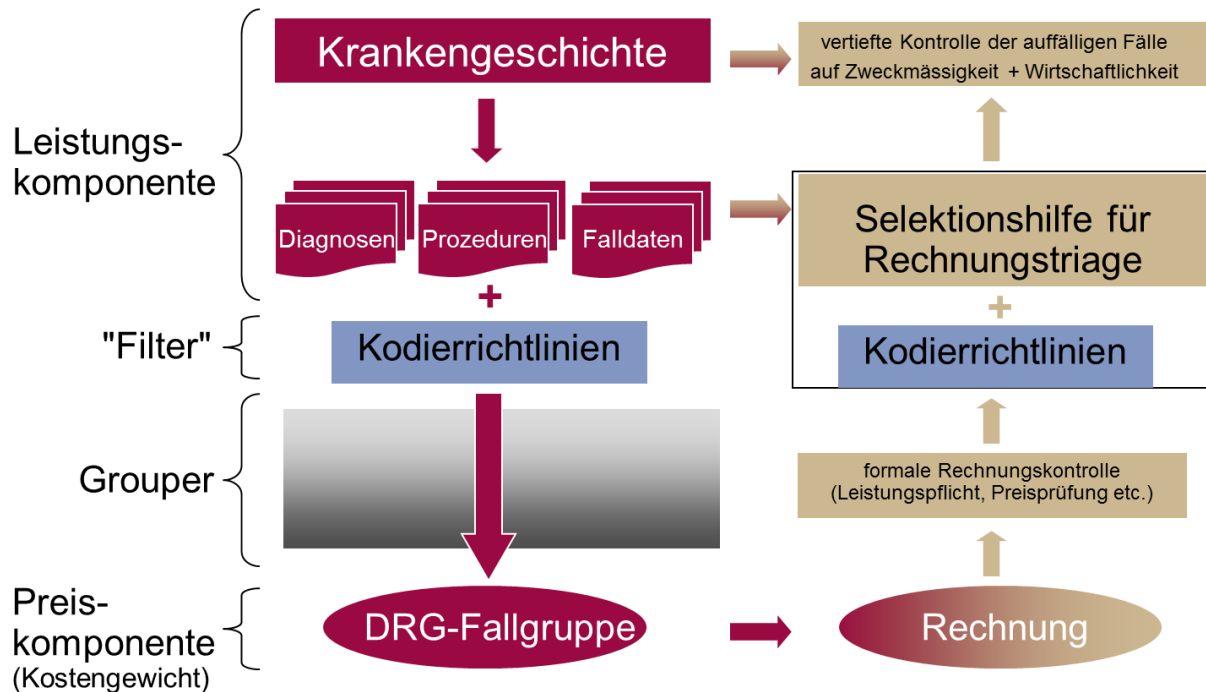


Abbildung 1: Bedeutung medizinischer Informationen unter DRG

Damit lassen sich die folgenden Schlüsse ziehen:

1. Ein DRG-System ordnet Fälle ähnlichen Ressourcenverbrauchs einer bestimmten Fallgruppe zu, um so den durchschnittlichen Ressourcenverbrauch zu ermitteln. Es ist also ein am statistischen Durchschnitt kalkuliertes System, das auf Einzelfalldaten beruht.
2. Eine Einzelfallprüfung ist in einem solchermassen statistisch kalkulierten System natürlich möglich. Auch dieser Sachverhalt wird in der Abbildung wiedergegeben. Das Spital stellt dem Krankenversicherer für jeden einzelnen Patienten Rechnung. Mit Hilfe der codierten Diagnosen und Behandlungen kann dieser jene Fälle triagieren, bei denen er die eigentliche Wirtschaftlichkeitsprüfung durchführen will, also die Krankenakte einfordern will. Eine stichprobenorientierte Wirtschaftlichkeitsprüfung ist dabei gemäss BVG zulässig.

Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle

Die Krankenversicherer sind gemäss KVG zu zahlreichen Prüfungen und Kontrollen verpflichtet. Art. 32 KVG besagt nämlich, dass alle Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Darin wird also nicht nur ein Gebot der Wirtschaftlichkeit für die Leistungserbringer aufgestellt, sondern auch der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Tätigkeiten eines Leistungserbringers. Diese Wirtschaftlichkeit wird im Rahmen der Rechnungskontrolle geprüft, d.h., jede Rechnung bzw. die darin aufgeführten Leistungen werden darauf geprüft, ob sie wirksam, zweck-

mässig und wirtschaftlich waren. Der Kontrollprozess lässt sich grundsätzlich folgendermassen strukturieren:

Personenidentifikation

Es gilt zunächst zu überprüfen, ob der Patient beim entsprechenden Krankenversicherer überhaupt versichert ist. Es kommt beispielsweise oft vor, dass die Spitäler die Rechnung an einen falschen Krankenversicherer adressieren. Zu dieser Kontrolle gehört nebst der Abklärung der Identität des Versicherten auch die Abklärung bezüglich eines allfällig bestehenden Leistungsaufschubs bei nichtbezahlten Prämien.

Formelle Prüfung

Es gilt zu prüfen, ob die Rechnung die formellen Kriterien für eine Abwicklung überhaupt erfüllt. So muss zwingend eine Behandlungsperiode angegeben sein, damit die sequentielle Abfolge aller Behandlungen überprüft werden kann, denn es darf nicht sein, dass bei einer stationären Behandlung gleichzeitig eine ambulante Behandlung stattgefunden hat. Es muss aber auch überprüft werden, ob die gelieferte DRG korrekt aus den angelieferten Daten errechnet werden kann. Dies ist jedoch nur möglich, wenn das MDS vollständig geliefert wird, da sonst der Grupper eine Fehlermeldung generiert. Der Versicherer ist gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG verpflichtet, die Berechnung der Vergütung zu überprüfen.

Leistungserbringerprüfung

Dann gibt es formelle Überprüfungen und Kontrollen dafür, ob der betreffende Leistungserbringer die Zulassungsvoraussetzungen des KVG überhaupt erfüllt. Im Falle eines Spitals geht es dabei z.B. um die Frage, ob das Spital für die erbrachte Leistung auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist (Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG). Zu überprüfen sind dabei z.B. die Fälle von ausserkantonalen Hospitalisationen. Hier besteht unter Umständen eine Leistungspflicht des Wohnkantons des Versicherten, wenn nämlich die medizinische Leistung dort nicht erbracht werden kann oder wenn es sich um einen Notfall handelt (Art. 41. Abs. 3 KVG)

Prüfung auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

Anschliessend erfolgt die Prüfung der grundlegenden Voraussetzungen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der in Rechnung gestellten Leistungen. Hierzu müssen mitunter umfangreiche Abklärungen durchgeführt werden. Es geht beispielsweise um die Frage, ob ein Eingriff grundsätzlich eine Pflichtleistung darstellt oder ob eine Behandlung vielleicht kosmetischen Charakter hatte. Dabei werden u.a. die Voraussetzungen geprüft, welche vom Gesetzgeber im Anhang 1 zur KLV erlassen worden sind. In diesem Anhang werden verschiedene Leistungen der Spitäler bzw. deren Ärzte geprüft und bewertet.

Die Krankenversicherer haben die Aufgabe, die darin aufgestellten Voraussetzungen zu prüfen und deren Einhaltung zu gewährleisten. Beispielsweise muss für die Begründung einer operativen Adipositas-Behandlung der Versicherte einen BMI von über 35 haben. Vor einem Eingriff muss der Patient jedoch während zwei Jahren erfolglos eine nicht-chirurgische Therapie absolviert haben und der Eingriff muss nach den aktuellen Richtlinien der Swiss Study Group für Morbid Obesity durchgeführt werden. Dazu gehören auch Mindestfallzahlen für die durchführenden Zentren (Ziff. 1.1 des Anhanges 1 KLV).

Um überhaupt zu erkennen, dass es sich um einen solchen Eingriff handelt, muss die entsprechende Diagnose auf der Rechnung ersichtlich sein. Man sieht es der Rechnung sonst nicht an, welcher Eingriff durchgeführt wurde. Nur anhand dieser Information kann der Krankenversiche-

rer entscheiden, ob er eine vertiefere Prüfung durchführen muss. Ansonsten muss er einfach darauf hoffen, dass das Spital alles richtig gemacht hat.

Tarifansatz- und Tarifregelprüfung

Es ist auch die Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Tarifansätze und Tarifregeln zu prüfen. Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer alle Angaben machen, welche der Schuldner benötigt, um die Berechnung der Vergütung überprüfen zu können. Dies erfordert je nach vereinbartem Tarif eine unterschiedliche Datendetaillierung. Diese Offenbarungspflicht ist direkt abhängig von der gewählten Tarifstruktur. Es ist etwas völlig unterschiedliches unter dem Aspekt des Datenbedarfs, ob eine Tagespauschale vereinbart ist oder ein detailliertes und ausgefeiltes System wie beispielsweise DRG. Während es bei Tagespauschalen höchstens eine untergeordnete Rolle spielt, welche Nebendiagnosen ein Patient hat, sind diese Informationen in einem den Schweregrad differenzierenden DRG-System ausgesprochen wichtig, weil die Codierung einer Nebendiagnose zu einer massiv höheren Fallpauschale führen kann (vgl. oben). Hierzu ist die Bekanntgabe der Diagnose aber unerlässliche Grundvoraussetzung.

Kodierrevisionen als Alternative?

Bezüglich der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wird häufig angeführt, dass die Krankenversicherer eigentlich gar keine personenbezogenen medizinischen Daten benötigen. „Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Spitals sind keine personenbezogenen Daten nötig. Im Einzelfall kann mit einer Pseudonymisierung genügend Transparenz geschaffen werden.“, so beispielsweise der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte.⁸

Als Lösung wird eine Kodierrevision vorgeschlagen.⁹ Wie in der Wirtschaft für die Prüfung der Jahresrechnung soll es private Firmen geben, die auf die Revision der Codierpraxis von Spitälern spezialisiert sind. Die inhaltliche Prüfung der Codierpraxis erfolgt auf Stichprobenbasis anhand der – heute bereits bestehenden – Codierrichtlinien des Bundesamts für Statistik.

So könnten die vertraulichen Patientendaten im Spital bleiben und die Revisorenteams unterstehen der Geheimhaltungspflicht. Auch sei die Prüfung zuverlässig, da sie dort ansetze, wo eine fehlerhafte Handhabung entstehen könnte, nämlich beim Erfassen der Codes aus der Krankengeschichte. Zudem sei die Prüfung effizient: Sie erfolgt einmal pro Spital und Jahr, einmal für alle Versicherer zusammen und nach einheitlichen Kriterien. Das spare Ressourcen bei den Spitälern und den Versicherungen.

Eine solche statistische Prüfung der Wirtschaftlichkeit unter DRG mag zwar verlockend erscheinen, da das System statistischer Natur ist, aber ein solches Vorgehen ist mit erheblichen Mängeln behaftet, ja sie verunmöglicht den Krankenversicherern, ihrem gesetzlichen Auftrag adäquat nachzukommen.

Kontrollen gemäss KVG bedingen immer einen direkten Personenbezug zum Versicherten. Unter einer Rechnungskontrolle darf eben nicht nur die mathematische Prüfung der Summe der erbrachten Leistungen verstanden werden, sondern gerade auch deren Zweckmässigkeit und Wirksamkeit sowie deren korrekte Verrechnung nach einem vereinbarten Tarifwerk. Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle sind untrennbar miteinander verknüpft.

Ein einfaches Beispiel aus dem ambulanten Bereich verdeutlicht dies: Ein Arzt, welcher in der statistischen Durchschnittskostenbetrachtung nicht sonderlich auffällt, kann durchaus im Einzelfall unwirtschaftlich handeln, indem er zu viele Sitzungen mit seinem Patienten durchführt oder zu viele Medikamente abgibt. Die Tatsache, dass seine Rechnungen im Durchschnitt wirtschaftlich erscheinen, berechtigt ihn aber nicht dazu, beispielsweise Nichtpflichtleistungen zu verrechnen.

nen. Solche falschen Verrechnungen müssen durch den Krankenversicherer in jedem Fall geprüft und beanstandet werden. Solche Verrechnungsweisen können durch statistische Methoden nicht erkannt werden.

Die Kodierrevision selbst zielt lediglich auf eine Überprüfung der Kodierqualität eines Spitals ab. Eine möglichst gute Kodierqualität ist sicherlich anzustreben, aber dies sagt noch nichts darüber aus, ob in einem konkreten Fall die Kodierung richtig erfolgt. Mit einer guten Kodierqualität gelingt das oben beschriebene Upcoding von Fällen nämlich wesentlich besser und gezielter.

Der Gesetzgeber hat zudem den Krankenversicherern im KVG die Aufgabe zugewiesen, die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrollen durchzuführen. Die Übertragung dieser Tätigkeit auf eine externe Institution ist also im KVG gar nicht vorgesehen, mit der Konsequenz, dass die Forderung nach einer substitutiven Kodierrevision letztlich der Forderung nach Herbeiführung eines gesetzeswidriger Zustandes gleichkommt.

Auch das BVG hat sich mit dieser Fragestellung befasst.¹⁰ Es wägt für den stationären Bereich zwischen der statistischen Methode, die sich an einem Durchschnittskostenvergleich orientiert, und der analytischen Methode, also der Einzelfallprüfung, ab. Das Gericht kommt zum Schluss, dass bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit stationärer Leistungen grundsätzlich nach der analytischen Methode (Einzelfallprüfung) vorgegangen werden muss, die aufwändige statistische Methode also nur im Ausnahmefall anwendbar ist.

Damit ist auch in der höchstrichterlichen Rechtssprechung die Kodierrevision als Ersatzmethode der Einzelfallprüfung verworfen worden.

Voraussetzungen der Datenübermittlung

Der neu einzurichtende, systematische Datenfluss zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern muss in den jeweiligen Systemen abgebildet werden. Damit dieser Datenaustauscher effizient erfolgen kann, sind drei Voraussetzungen unabdingbar:

1. Die Daten sind elektronisch auszutauschen. Dieser Austauschkanal wurde zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern im Laufe der letzten Jahre im Zuge der TARMED-Umsetzung geschaffen.
2. Die Beteiligten haben sich auf einen für alle verbindlichen Austauschstandard zu einigen. Diese Bedingung wurde vom dafür zuständigen Gremium, dem Forum Datenaustausch, am 31. August 2010 erfüllt.¹¹ Mit dem neuen XML-Standard 4.3 können sowohl die Rechnungsinformationen wie auch die Diagnose- und Behandlungs-codes gemeinsam übermittelt werden. Dies war mit den bisher geltenden Standards nicht möglich.
3. Die administrativen Prozesse zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern sind aufzunehmen bzw. zu definieren. An jedem Punkt der Prozesskette muss klar sein, welche Information jeweils benötigt wird und welche Information für den nächsten Prozessschritt vorliegen muss. Die entsprechenden Anforderungen wurden im Projekt eKARUS gemeinsam von grossen Krankenversicherern und acht Grossspitälern erarbeitet.¹²

Umsetzung bei Helsana

In Abbildung 2 ist das Datenfluss- und Datenbearbeitungsschema von Helsana wiedergegeben. Die Spitäler schicken die Rechnungsdaten sowie die Diagnose- und Behandlungs-codes (MDS-Daten) gemeinsam für jede Rechnung ssl-verschlüsselt an Helsana. Die Regellieferung erfolgt

immer an die Administration, wie es das KVG vorsieht und im nationalen Tarifstrukturvertrag vereinbart wurde.¹³ Ist im Datensatz jedoch gekennzeichnet, dass die medizinischen Daten an den vertrauensärztlichen Dienst (VAD) gehen müssen, beispielsweise, weil der Patient gemäss Art. 42 Abs. 5 KVG darauf besteht, wird der gesamte Datensatz automatisch in diesen Bereich umgelenkt. Die Rechnungsdaten, die ja datenschutzrechtlich unbedenklich sind, bleiben für die Administration jederzeit einsehbar. Die medizinischen Informationen hingegen nicht. Sie sind nur dem VAD zugänglich.

Abbildung 2: Datenfluss- und Datenbearbeitungsschema Helsana (siehe Anhang)

Unabhängig davon, wo sich die Datensätze befinden, werden sie mit Hilfe eines Regelwerks maschinell triagiert (vgl. Abbildung 1). Kein Mitarbeitender hat in diesem Prozessschritt Einblick in die Daten. Jene Rechnungen, bei denen das Regelwerk nicht anschlägt, werden automatisch abgerechnet und gelangen ungesehen zur Auszahlung (sog. Dunkelverarbeitung).¹⁴ Schlägt das Regelwerk hingegen an, ist eine manuelle Nachbearbeitung notwendig. Die weitere Bearbeitung ist dann davon abhängig, wo sich der Datensatz befindet:

1. Ist der Datensatz im Bereich der Administration, so ist er nur jenen Mitarbeitenden zugänglich, welche die MDS-Daten zur Ausführung ihrer Arbeit benötigen (Level 2). Nach den notwendigen Abklärungen gelangt die Rechnung zur Auszahlung bzw. zur Rückweisung, in jedem Fall wird der gesamte Datensatz anschliessend archiviert.¹⁵ Wichtig ist, dass die MDS-Daten gemäss Art. 59 1^{ter} KVV pseudonymisiert archiviert werden und die Pseudonymisierung nur vom Vertrauensarzt aufgehoben werden kann.
2. Ist der Datensatz im Bereich des VAD, so haben nur die Vertrauensärzte und ihre Hilfspersonen auf die MDS-Daten Zugriff. Die Hilfspersonen unterstehen dem ärztlichen Berufsgeheimnis und der VAD ist dafür verantwortlich, dass sie das ärztliche Berufsgeheimnis wahren.¹⁶ Auch hier gilt: Nach Abrechnung oder Rückweisung einer Rechnung werden die MDS-Daten archiviert. Die Archivierung erfolgt aber auf einer separat bereitgestellten Datenbank im VAD, zu der nur der VAD Zugriff hat.

Schlussbetrachtung

Neu an der neuen Spitalfinanzierung ist u.a., dass Diagnosen und Behandlungen zur massgeblichen Grundlage der Vergütung werden. Damit erlangen medizinische Informationen einen ganz neuen Stellenwert. Die Persönlichkeitsrechte der Versicherten müssen aber auch dann gewahrt bleiben. Die Rechtssprechung zeigt, dass das KVG die notwendigen Grundlagen liefert. Hinreichend ist aber nur die konkrete Umsetzung. Mit dem skizzierten Vorgehen wahrt Helsana die Persönlichkeitsrechte ihrer Versicherten und erfüllt die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen, kann aber gleichzeitig ihrem gesetzlichen Auftrag zur Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle zum Wohle ihrer Versicherten nachkommen.

Damit ist ein oftmals stipulierter Gegensatz ad acta gelegt.

Anmerkungen

- 1) vgl. www.swissdrq.org
- 2) BGE 123 V 305 Erw. 6c/aa
- 3) Eugster/Luginbühl (2001), Datenschutz in der Krankenpflegeversicherung, in: Hürli-mann/Jakobs/Poledna (Hrsg.): Datenschutz im Gesundheitswesen (Zürich), S. 86 ff.
- 4) Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter, Bericht zu TARMED und Datenschutz vom 22. Juni 2004, Bern.
(<http://www.edoeb.admin.ch/dokumentation/00438/00465/00645/00839/index.html?lang=de>)
- 5) Zu den erheblichen Problemen bei der Erstellung solcher Listen stigmatisierender Diagnosen vgl. Lang et al, „Gewährleistung des Datenschutzes – externe und professionelle Kodierrevision macht es möglich“, SAeZ (34/2010): 1265.
(http://www.saez.ch/pdf_d/2010/2010-34/2010-34-676.PDF)
- 6) Die Tarifstrukturen für den psychiatrischen und rehabilitativen Bereich werden erst zu einem späteren Zeitpunkt fertig gestellt und eingeführt.
- 7) ¹ Insbesondere bei den Kostendaten wird deutlich, dass die Anforderungen an die Spitäler hoch sind. Streng genommen ist eine Kostenträgerrechnung erforderlich, wobei der Patient der Kostenträger ist.
- 8) Thür, H., „Arztgeheimnis und Datenschutz“, SAeZ (1/2 2011):14.
(http://www.saez.ch/pdf_d/2011/2011-01/2011-01-1129.PDF)
- 9) vgl. etwa Medienmitteilung H+ vom 10. Mai 2007 „Ja zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit, Nein zum Gläsernen Patienten“.
(http://www.hplus.ch/de/servicenav/aktuell_medien/details/article/2007/05/10/ja_zur_kontrolle_der_wirtschaftlichkeit_nein_zum_glaesernen_patienten/)
- 10) vgl. BVG-Urteil C-6570/2007 vom 29. Mai 2009
- 11) Der neue Standard XML 4.3 ist unter <http://www.forum-datenaustausch.ch> publiziert.
- 12) Die Ergebnisse des Projektes eKARUS finden sich unter <http://www.santesuisse.ch>. Nicht umsonst haben sich in diesem Projekt Grossversicherer und grosse Spitäler zusammengefunden. Gerade sie sehen sich administrativ einem Massengeschäft gegenüber und haben für eine effiziente Abwicklung des Geschäftsprozesses zu sorgen, nämlich der Erstellung 10'000er von Rechnungen und ihrer Abrechnung.
- 13) http://www.swissdrq.org/de/07_casemix_office/Tarifdokumente.asp?navid=17.
- 14) Bei Helsana werden mittlerweile über 90% der Apothekerrechnungen verarbeitet, ohne dass irgendeine Mitarbeitende sie zu Gesicht bekommt.
- 15) Das Obligationenrecht schreibt eine mehrjährige Archivierungsfrist vor.
- 16) vgl. Vertrauensarztvertrag, geschlossen am 14. Dezember 2001 zwischen der FMH und santésuisse (<http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/20020131152014.pdf>). Helsana hat selbstverständlich sichergestellt, dass andere Tätigkeiten der Hilfspersonen nicht zu Interessenkonflikten führen.

Helsana

Anhang: Abbildung 2

