

Ist der Patient gläsern geworden?

Kritiker wenden ein, dass Fallpauschalen den Datenschutz von Patienten gegenüber den Krankenversicherungen verletzen könnten. Wie viel muss, wie viel darf die Versicherung wissen? Es diskutieren Hanspeter Thür, Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter, und Dr. med. Jürg Vontobel, Leistungsmanagement und Mitglied der Geschäftsleitung der Schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung CONCORDIA. Die Fragen stellte Vanessa Banz.

Jedes Mal, wenn ich meine Kundenkarte hervor nehme und die nette Frau an der Kasse die Karte gekonnt über die „Blied-Maschine“ schwenkt, werden meine persönlichen Daten weitergegeben. Inklusive, dass ich heute schon wieder Pommes Chips gekauft habe und Budget Spaghetti und zehnmal Aprikosenquark. Mein Konsumverhalten kann genau analysiert werden. Persönlich stört es mich nicht, wenn andere Leute wissen, dass ich lieber Himbeersirup trinke als Sinalco und Schwarztee dem Früchtetee deutlich vorziehe. Aber wo zieht man die Grenzen? Nicht nur auf persönlicher Ebene, sondern auch auf allgemein-rechtlicher Ebene?

Überall werden unsere Daten gespeichert: Videoüberwachungen im Parkhaus, Kontaktdaten bei Arbeitgebern, Vermögensdetails bei Kreditinstituten, Gesundheitsdaten beim betreuenden Arzt und bei den Krankenkassen. Für all diese Stellen sind unsere persönlichen Daten sicherlich wertvoll und teils unabdingbar – so hofft man doch, dass einem der Hausarzt nicht ein zweites Mal für eine Appendektomie ins Spital einweisen will ...

Und dennoch fragt man sich, was gerechtfertigt erscheint, und wo jedes Individuum geschützt und vor der Ausnützung bewahrt werden sollte. Pauschal zusammengefasst darf man wohl sagen, dass wir hier in der Schweiz den Datenschutz doch relativ ernst nehmen. Jeder, der schon mal auf der Homepage des Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) war (www.edoeb.admin.ch), wird vielleicht überrascht sein zu sehen, dass man zum Beispiel Musterbriefe findet zum Anonymisierungsbegehren für Google Street View. Gestützt auf Art. 12 Abs. 2 Bst. b und Art. 15 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 (DSG), kann man verlangen, dass die eigene Hausfassade unerkennbar gemacht wird oder das Bild, auf welchem man schlafend auf der Wiese liegt, anonymisiert wird. (Dies zeigt doch übrigens mal wieder, dass man operierend im OP am sichersten ist, nicht?)

Und doch hat sich seit 1. Januar 2012 mit der Einführung der SwissDRG (Diagnosis Related Groups, oder auch Dangerously Ridiculous Grouping) die Frage gestellt, ob mit diesem neuen Abrechnungssystem im stationären Bereich der Datenschutz eingeschränkt oder eventuell gar nicht mehr gewährleistet ist.

Seit Januar 2012 werden stationäre Leistungen in Spitälern entsprechend DRG-Fallpreispauschalen bezahlt. Die Bestimmung der DRG-Fallpauschalen basiert auf den detaillierten Diagnose- und Therapiecodes des Patienten: Ist dies mit den gültigen Datenschutzbestimmungen im Gesundheitswesen überhaupt vereinbar?

Thür: Die Ermittlung der DRG anhand der Diagnose und der Therapiecodes ist aus Sicht des Datenschutzes nicht zu beanstanden. Der Vorgang geschieht beim Leistungserbringer, welcher garantieren muss, dass die Codierer die vertraglichen Geheimhaltungspflichten einhalten, und dass diese Informationen nur Berechtigten zur Verfügung gestellt werden.

Vontobel: Die DRG-Fallgruppe wird aufgrund von Diagnose- und Therapieinformationen beim Leistungserbringer bestimmt. Auch in bisherigen Tarifsystemen, am augenfälligsten in Einzelleistungstarifen wie zum Beispiel im Tarmed oder im nach wie vor verwendeten SLK (Spitalleistungskatalog), werden viele Tarifpositionen von Diagnosen und Eingriffen abgeleitet. Wichtig ist, dass missbräuchliche Zugriffe auf diese Informationen ausgeschlossen sind.

Die erwähnten Codes werden auf der Rechnung an die Krankenkasse aufgelistet: Wird dadurch das Patientengeheimnis preisgegeben?

Thür: Nein, das Patientengeheimnis ist weiterhin gewährleistet. Die Krankenversicherer müssen gemäss Artikel 59a revKVV bis spätestens 1. Januar 2014 über eine datenschutz zertifizierte Annahmestelle für die DRG-Rechnungen verfügen. Diese führt eine Dunkelprüfung durch und triagiert

Hanspeter Thür



Jürg Vontobel



die Rechnungen. Nur bei Rechnungen, die detailliert überprüft werden müssen, erhält der Versicherer die codierten Diagnosen und Prozeduren (MCD). Solange der Versicherer über keine datenschutz-zertifizierte Annahmestelle verfügt, dürfen die DRG-Rechnungen nur an den Vertrauensarzt übermittelt werden.

Vontobel: Die im Datenschutzgesetz für die Bearbeitung von Daten vorgeschriebene gesetzliche Grundlage besteht (KVG Art. 84). Der Leistungserbringer muss dem Krankenversicherer alle für die Berechnung der Vergütung und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistung erforderlichen Angaben machen (KVG Art. 42, Absatz 3). Selbstverständlich muss durch geeignete Verfahren sichergestellt werden, dass diese Angaben vor Missbrauch geschützt sind und nur für den Zweck der Rechnungskontrolle verwendet werden. Dies kann durch die umfangreichen Datenschutzmassnahmen der Versicherer sowie die vom Bundesrat in der neuen Verordnung vorgeschriebenen, zertifizierten Datenannahmestellen sichergestellt werden.

Müssen KK-Mitarbeiter, welche die Rechnung einsehen können, in Zukunft unter das Arztgeheimnis gestellt werden? Welche Geheimhaltungspflicht gilt derzeit für KK-Mitarbeiter?

Thür: Die Mitarbeiter der Krankenkassen in der Leistungsabteilung unterstehen der Geheimhaltungspflicht von Artikel 33 nach ATSG. Für den Vertrauensarzt gelten spezielle Regelungen gegenüber der Versicherung (57 KVG + Artikel 321 StGB). Die Forderung, dass alle Krankenkassenmitarbeiter dem Patientengeheimnis Artikel 321 StGB unterstellt werden, ist, gemäss meiner Auffassung, nicht praktikabel und nicht sinnvoll.

Vontobel: Die Mitarbeiter einer Krankenversicherung unterstehen der Geheimhaltungspflicht nach Artikel 33 ATSG. Für die Vertrauensärzte und deren Mitarbeiter bestehen darüber hinaus zusätzliche gesetzliche Bestimmungen. Die lückenlose Einhaltung und damit die Gewährleistung der Vertraulichkeit gegenüber unseren Kundinnen und Kunden ist uns sehr wichtig. Prima vista bringen zusätzliche gesetzliche Massnahmen keinen Mehrnutzen, da die Schweigepflicht bereits klar geregelt ist. Diese Frage muss aber von den zuständigen Datenschutzsachverständigen und letztlich natürlich vom Parlament beantwortet werden.

Kann die Bekanntgabe der Diagnose- und Therapiecodes der Patienten innerhalb der Krankenkassen missbraucht werden?

Thür: Eine Zweckänderung und damit ein Missbrauch kann nie ganz ausgeschlossen werden. Stichwort Risikoselektion. Besteht in der Versicherung keine saubere Trennung zwischen OKP und ÜOKP kann dort ein Missbrauch stattfinden. Genauso zwischen Vertrauensarzt und Versicherung, wenn diese „Chinesische Mauer“ brüchig ist.

Vontobel: Nein. Diese Angaben werden nur für die Berechnung der Vergütung und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall verwendet. Wie liesse sich ein derartiger Missbrauch verhindern?

Thür: Es braucht klare organisatorische und auch technische Massnahmen, die einen Missbrauch weitestgehend ausschliessen. Längerfristig muss auch das Schaffen einer unabhängigen Clearingstelle geprüft werden.

Vontobel: Ein Missbrauch ist nur bei unbefugtem Verhalten von Mitarbeitern möglich. Der Missbrauch von vertraulichen Informationen, insbesondere von diagnosebezogenen Angaben, wird durch die Umsetzung von KVV Art. 59 und durch eine Vielzahl von organisatorischen und technischen Massnahmen, wie zum Beispiel stark eingeschränkte Zugriffs- und Zutrittsrechte, verhindert.

Aus allgemeinem Interesse hatten wir noch eine zusätzliche Frage an Herr Dr. med. Vontobel:

Zudem würde ich Sie gern allgemein fragen, inwiefern sich die Arbeit der Krankenkassen verändert hat seit Einführung der DRG. Ist der Aufwand grösser oder einfacher, ist der Patient tatsächlich „gläsern“ geworden?

Vontobel: Die Arbeit der Krankenversicherer hat sich nicht wesentlich verändert. Schon vor Einführung von SwissDRG rechneten viele Spitäler mittels Fallpauschalen und insbesondere nach dem APDRG-System ab. Neu ist demnach vor allem das wesentlich grössere Volumen von DRG-Rechnungen, was den Aufbau eines kleinen Teams mit Spezialisten notwendig machte. Wir haben aber speziell darauf geachtet, die Verwaltungskosten insgesamt nicht zu erhöhen, sodass mindestens bei uns in der Krankenversicherung keine zusätzlichen Administrativaufwände entstanden sind. Gelungen ist uns dies dank dem Einsatz von zusätzlichen technischen Hilfsmitteln und einer optimierten Organisation. Die Versicherten sind aus unserer Sicht auch im neuen System keineswegs „gläsern“. Der Datenschutz wird wie bisher mit grösster Sorgfalt eingehalten und für die Rechnungskontrolle ist es nur in Einzelfällen notwendig, Diagnose- und Therapiecodes einzusehen. Nach erfolgter Kontrolle sind diese Informationen nicht mehr sichtbar. Die zusammen mit der Rechnung übermittelten Codes werden vor allem für die automatisierte Überprüfung durch elektronische Regelwerke eingesetzt. Dort sind sie aber sehr wichtig, da nur mittels elektronischer Prüfung verhindert werden kann, dass zusätzlicher administrativer Aufwand entsteht, und zwar sowohl im Spital wie auch bei den Krankenversicherern.