

Bern, 25. Februar 2011

SwissDRG: Datenschutz und Arztgeheimnis in Spitälern im Rahmen der Rechnungsstellung nach dem neuen pauschalen Vergütungssystem

Zusammenfassung

Das System der Abrechnung von Leistungen von Spitälern mittels Fallkostenpauschalen (SwissDRG), das auf 2012 eingeführt wird, hat zur Folge, dass die Krankenversicherer künftig weniger medizinische Informationen über die Patientinnen und Patienten benötigen.

Da mittels Fallpauschalen abgerechnet wird, ist für die Rechnungsstellung der Spitäler an die Krankenversicherer keine systematische Weitergabe von detaillierten Diagnosen und Prozeduren erforderlich.

Die Frage, ob die Fälle den Fallgruppen korrekt zugewiesen werden, wird im Rahmen einer Kodierrevision überprüft. Für die Kodierrevision ist kein Personenbezug der Daten nötig; sie kann mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten erfolgen.

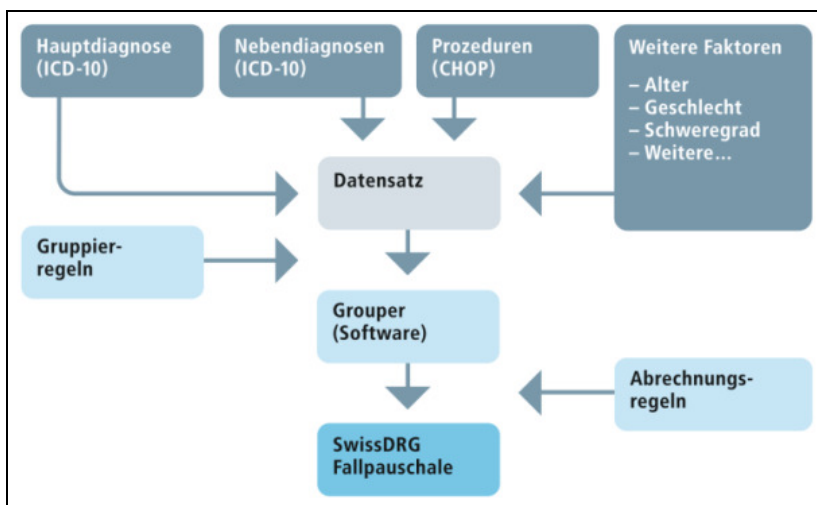
Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen im Einzelfall ist weiterhin möglich. Auf begründeten Anlass hin können die Versicherer im Einzelfall beim Spital zusätzliche Informationen einfordern, um unklare Rechnungen bzw. Leistungen zu überprüfen. Möglich ist auch eine Überprüfung anhand von Stichproben. Die Versicherer erhalten vom Spital detaillierte Diagnosen und Prozeduren von den Fällen der ausgewählten Stichprobe.

Der vertrauensärztliche Dienst des Krankenversicherers ist einzubeziehen, wenn die Patientin oder der Patient dies ausdrücklich verlangt oder wenn das Spital dies auf begründeten Anlass hin für erforderlich hält.

Die Spitäler haben die Pflicht, die Patientinnen und Patienten zu informieren, wie mit ihren medizinischen Daten umgegangen wird, und dass sie das Recht haben, die Weitergabe von medizinischen Daten an den vertrauensärztlichen Dienst des Versicherers zu verlangen.

Ausgangslage

Mit der Einführung der SwissDRG im Jahr 2012 wechselt das TarifsysteM für Abrechnungen zwischen Spitälern und Krankenversicherungen zu einem System mit Fallpauschalen. Vereinzelt fanden bisher Abrechnungen mit einem Vorgängersystem statt (APDRG). Vergütet werden nicht mehr wie bisher einzelne Leistungen oder Tagessätze, sondern Pauschalen pro Fall. Jeder Spitalaufenthalt wird anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und weiteren Faktoren wie Alter, Geschlecht, Schweregrad usw. einer Fallgruppe (DRG, „Diagnosis Related Group“) zugeordnet und pauschal vergütet.



(Grafik: www.swissdrq.org)

Zur Einführung von SwissDRG müssen die Leistungserbringer und die Versicherer neue Tarifverträge aushandeln. In diesen Tarifverträgen sind auch die Ausgestaltung des Datentransfers sowie organisatorische und technische Massnahmen, der krankenkasseninterne Datenzugriff auf die Patientendaten und der Einbezug der vertrauensärztlichen Dienste der Versicherer zu regeln. Der einzelne Tarifvertrag ist durch die jeweilige Kantonsregierung (bzw. wenn er schweizweit gilt durch den Bundesrat) zu genehmigen.

Für die Einführung der SwissDRG haben sich santésuisse (Verband der Krankenversicherer), H+ (Verband der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen) und die GDK (Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren) in einem Rahmenvertrag (Tarifstrukturvertrag), der vom Bundesrat genehmigt wurde, auf ein grundsätzliches Vorgehen geeinigt. In diesem Vertrag wurde unter anderem festgelegt, dass künftig mit der Rechnungsstellung systematisch Diagnose- und Prozedurencodes gemäss den anerkannten Klassifikationen mitzuliefern seien. Der Vertrag bezieht sich dabei auf ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts.

Das Bundesverwaltungsgericht hat am 29. Mai 2009 ein Urteil betreffend Weitergabe von Diagnosen und Eingriffscodes von Spitälern an Krankenversicherungen gefällt. Es erklärte es grundsätzlich für zulässig, die systematische Datenweitergabe in einem Tarifvertrag vorzusehen. Es hielt jedoch fest, dass bei der Weitergabe der Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu beachten sei bzw. flankierende Massnahmen zu treffen seien, um den Daten- und Persönlichkeitsschutz zu wahren. Das Urteil bezieht sich jedoch auf das System vor Einführung der Fallpauschalen und kann deshalb nicht direkt auf das neue Abrech-

nungssystem übertragen werden.

Der Tarifstrukturvertrag der Verbände verweist betreffend die systematische Weitergabe von Diagnosen und Eingriffscodes auf das Gerichtsurteil, welches jedoch offen liess, welche Daten verhältnismässig und welche flankierenden Massnahmen zu ergreifen sind.

Die aktuellen gesetzlichen Grundlagen besagen, dass die Leistungserbringer den Versicherern eine detaillierte und verständliche Rechnung zukommen lassen müssen. Sie sehen aber nicht vor, dass auf der Rechnung detaillierte Diagnosen und Behandlungen bzw. Eingriffe auszuweisen sind. Anlässlich der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) war geplant, im Gesetz ausdrücklich zu regeln, dass die Rechnungen Diagnosen gemäss der internationalen Klassifikation der Krankheiten enthalten sollten. Diese Gesetzesänderung wurde am 1. Oktober 2010 in der Schlussabstimmung vom Nationalrat abgelehnt.

Sowohl das Gerichtsurteil als auch der Tarifstrukturvertrag ergingen vor dem 1. Oktober 2010. Für die künftige Regelung ist dem Willen des Gesetzgebers Beachtung zu schenken, der die systematische Weitergabe von detaillierten Diagnosen und Eingriffscodes ausdrücklich verworfen hat.

Kodierrevision

Die Kodierrevision ist die zwischen den Spitälern und Versicherern vereinbarte jährliche Überprüfung der Kodierqualität des Spitals. Externe Kodierer überprüfen aus einer Stichprobe (repräsentative Auswahl der Spitalfälle) und anhand der medizinischen Akten, ob sie auf dieselben Codierungen und dadurch auf den selben DRG wie die spitalinterne Codierung kommen. Die Kodierrevision dient dem Zweck, statistisch relevant zu beweisen, ob systematische Fehler in der Codierung des Spitals gemacht wurden oder nicht.

Die Auswertung selbst, d.h. die Kodierrevision, kann anonymisiert erfolgen; die Daten sind deshalb grundsätzlich in anonymisierter (oder allenfalls pseudonymisierter) Form der Kodierrevision zuzuführen. Die Kodierrevision dient nicht der Rechnungskontrolle oder primär der Kontrolle des DRG-Verfahrens. Laut Kodierreglement von SwissDRG dient die Kodierrevision nebst der Kontrollaufgabe der Weiterentwicklung des Kodiersystems.

Rechnungsprüfung

Die Krankenversicherer sind verpflichtet, die Leistungen der Spitäler auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Die Versicherer stellten sich unter dem bisherigen System auf den Standpunkt, dass sie für diese Prüfung detaillierte medizinische Angaben (Diagnosen nach der internationalen Statistikklassifikation ICD-10, Eingriffscodes nach der Operationsklassifizierung CHOP) benötigen, die automatisch mit jeder Rechnungsstellung mitzuliefern seien.

Nun ändert das System, und dies hat auch Auswirkungen auf das System der Rechnungsprüfung: Die Versicherer vergüten künftig pauschal gemäss DRG-Kodierung. Für die Rechnungsstellung sind nicht mehr die einzelnen Leistungen massgebend, sondern die Zugehörigkeit zur entsprechenden Fallpauschale nach SwissDRG. Die Pauschale ist gerade unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit festgelegt worden. Eine einzel-fallbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung entfällt damit im Standardfall.

Trotz der grundlegenden Systemänderung wollen die Krankenversicherer auch in Zukunft bei einzelnen Rechnungen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung prüfen. Diese Rechnungsprüfung kann auf zwei Arten erfolgen:

- **Rechnungsprüfung im Einzelfall auf Anlass**

Besteht in einem konkreten Einzelfall ein Anlass, eine Rechnung genauer zu überprüfen, kann der Krankenversicherer beim Spital zusätzliche Informationen (auch medizinischer Art) einfordern. In diesem Fall kann das Spital, soweit zur Prüfung des Falls notwendig, detaillierte Auskünfte über Diagnose, Eingriffe und Behandlungen erteilen. (Zu Rolle und Einbezug des vertrauensärztlichen Dienstes der Krankenversicherung, siehe unten.) Eine solche Einzelfallprüfung ist z.B. denkbar, wenn ein Patient innert kurzer Zeit mehrfach rehospitalisiert wurde oder wenn ein bestimmter Fall aussergewöhnlich hohe Kosten

verursachte. In solchen Fällen hat der Versicherer das Recht, zusätzliche Abklärungen zu treffen und dazu medizinische Informationen einzuverlangen. Insgesamt ist aber davon auszugehen, dass die Fälle mit anlassbezogener Rechnungsprüfung rückläufig sein werden.

- **Stichprobenkontrollen (Wirtschaftlichkeitsprüfung)**

Die Überprüfung der Rechnungsstellung erfolgt also grundsätzlich im Rahmen der Kodierrevision oder anlassbezogen im Einzelfall. Ob darüber hinaus weitere Kontrollen notwendig sind, ist unklar und wurde bisher von den Krankenversicherern nicht belegt. Insbesondere ist nicht erwiesen, dass über die Kodierrevision hinaus eine Rechnungsprüfung anhand von Stichproben notwendig ist. Das neue System mit der Abrechnung mittels Fallpauschalen und der Prüfung der korrekten Kodierung anhand der Kodierrevision ist im Prinzip nicht auf solche Stichprobenkontrollen ausgelegt. Um die richtige Zuordnung der Leistungen des Spitals zu überprüfen, wurde das Instrument der Kodierrevision geschaffen.

Sofern sich Stichprobenkontrollen nebst der Kodierrevision und der anlassbezogenen Einzelfallprüfung dennoch als notwendig erweisen, stellt sich die Frage nach dem Verfahren, d.h. nach welchen Kriterien die Stichproben ausgewählt werden. Es sind verschiedene Varianten denkbar:

- *Auswahl der Stichprobe nach Zeit:* Es werden die Rechnungen während eines bestimmten Zeitabschnitts (z.B. Kalenderwoche 14 oder Monat Juni) überprüft.
- *Auswahl der Stichprobe nach Personen:* Es werden die Rechnungen von Personen mit einem bestimmten Anfangsbuchstaben und/oder einem bestimmten Wohnort (z.B. Versicherte mit den Anfangsbuchstaben B, K und T, die in den Orten A, P und W wohnen) überprüft.
- *Auswahl der Stichprobe nach Fall:* Es werden die Rechnungen einer bestimmten Fallgruppe (z.B. alle Fälle mit Bypass-Operationen) überprüft.
- Es sind auch verschiedene Kombinationen solcher Stichproben denkbar.

Bei der Rechnungsprüfung mittels Stichprobe erfolgt die Überprüfung personenbezogen, d.h. die Fälle werden im Einzelnen personenbezogen ausgewertet. Erweist sich die Kodierung als korrekt, ist die Vergütung wie in Rechnung gestellt geschuldet. Bei falscher Kodierung ist die Rechnung anzupassen.

Nach welchen Kriterien die Stichproben ausgewählt werden, ist nicht festgelegt. Offenbar nehmen Versicherer die Auswahl der Stichproben teilweise nach eigenen statistischen Verfahren vor und stellen sich auf den Standpunkt, dazu die detaillierten Rechnungen einschliesslich Diagnose- und Eingriffscodes von allen Versicherten zu benötigen. Stichproben finden jedoch nur in 5-10 Prozent der Fälle statt. Werden dazu in sämtlichen Fällen detaillierte Rechnungen verlangt (100 Prozent Daten für 5-10 Prozent Kontrollen), handelt es sich um eine Datenbearbeitung auf Vorrat, die nicht verhältnismässig und deshalb unzulässig ist. Wenden die Versicherer für die Stichproben eigene statistische Verfahren an, dann sind die Daten für die Stichprobenauswahl durch die Spitäler zu pseudonymisieren und den Versicherern in pseudonymisierter Form weiterzuleiten. Ein Personenbezug ist dann erst wieder in denjenigen Fällen herzustellen, bei denen effektiv eine Rechnungsprüfung erfolgt.

Spezialfall „Upcoding“

Verschiedene Beteiligte stellen sich auf den Standpunkt, dass die Gefahr besteht, dass die Spitäler (ohne Betrugsabsichten) Lücken im System der DRG ausnützen, um möglichst hohe Fallpauschalen zu erzielen (sogenanntes „Upcoding“). Hierzu ist zu berücksichtigen, dass zur Anpassung des Systems die Kodierrevision dient. Die Möglichkeit, dass Spitäler allenfalls solche Lücken ausnützen könnten, rechtfertigt nicht, dass systematisch detaillierte medizinische Angaben aller Versicherten an die Krankenversicherer weitergegeben werden. Die Erfahrungen in Deutschland, wo das System der DRG bereits seit einigen Jahren existiert, zeigen, dass die Gefahr des „Upcoding“ nur scheinbar existiert und in der Praxis kaum vorkommt. Sollte es sich als notwendig erweisen, einen Schutzmechanismus gegen das so genannte „Upcoding“ im System einzubauen, so ist dieser Mechanismus in das Instrument der Kodierrevision zu integrieren anstatt dazu ein paralleles Kontrollsystem bei den Krankenversicherern aufzubauen.

Wahrung der Verhältnismässigkeit bei der systematischen Weitergabe von Daten

Der verfassungsrechtliche Grundsatz der Verhältnismässigkeit bedeutet, dass nur soviele Daten bearbeitet werden dürfen, wie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben geeignet und erforderlich sind.

Die neuen Abläufe im System der Fallpauschalen nach SwissDRG 2012 sind massgebend für die Frage, welche Daten mit der Rechnungsstellung geliefert werden müssen. Da die Vergütung pauschal erfolgt und die korrekte Kodierung in anderen Verfahren (Kodierrevision) überprüft wird, benötigen die Versicherer für die standardmässige Vergütung der Rechnung nur folgende Daten:

- Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer, Geschlecht, Zivilstand)
- Name des Versicherers und der Agentur
- Versicherungsstatus (Deckung)
- Eintrittsdatum und -zeit / Austrittsdatum und -zeit
- SwissDRG-Nummer und SwissDRG-Nomenklatur gemäss Fallpauschalenkatalog und Kostengewicht der SwissDRG
- Basisfallpreis / Rechnungsbetrag / Zuschlag / Abschlag
- Total der Behandlungstage und Total der Urlaubstage
- Verlegung / Rehospitalisation
- ZSR- und EAN-Nummer der Klinik
- ZSR- und EAN-Nummer des einweisenden Arztes, sofern bekannt
- Leistungsart: Krankheit, Unfall, Mutterschaft
- Hinweis auf allenfalls andere beteiligte Sozialversicherungen (IV, MV, UV. usw.), Name und Adresse des anderen Versicherungsträgers

Weitere medizinische Daten sind für die Vergütung nach Fallpauschalen in der Regel nicht notwendig. Somit ist die systematische Weitergabe von detaillierten Haupt- und Nebendiagnosen (Kodierung nach ICD-10) sowie Prozeduren bzw. Eingriffscodes (Kodierung nach CHOP) nicht verhältnismässig.

Rolle des vertrauensärztlichen Dienstes

Alle Krankenversicherer müssen einen vertrauensärztlichen Dienst (VAD) führen. Der VAD ist eine Triagestelle zwischen Leistungserbringern und Administration des Versicherers. Er prüft die Fälle und gibt der Administration lediglich das Ergebnis bekannt. Die Mitarbeitenden des VAD unterliegen dem medizinischen Berufsgeheimnis wie die Mitarbeitenden der Spitäler. Damit kann der Geheimnisschutz optimal aufrecht erhalten werden.

Der Informationsfluss (Rechnungsstellung, zusätzliche Abklärungen im Einzelfall) erfolgt in folgenden Fällen über den VAD (statt über die Administration) des Versicherers:

- Die Patientin oder der Patient verlangt vom Spital ausdrücklich, dass die Daten direkt an den VAD weitergegeben werden.
- Das Spital hält in einem begründeten Fall die Zusendung an den VAD für erforderlich.
- Die Patientin oder der Patient ist zur Äusserung nicht fähig. Das Spital nimmt in diesem Fall die Interessen des Patienten in dem Sinne wahr, als es vom Willen ausgeht, die Daten an den VAD weiterzugeben (gilt immer als begründeter Fall).

Rolle der Patientinnen und Patienten

Der Informationsaustausch zwischen Spitälern und Krankenversicherungen läuft im Regelfall ohne Einbezug der Patientinnen und Patienten ab. Die Patientinnen und Patienten erhalten meist nur eine Kopie der Rechnung oder eine indirekte Information durch die Leistungsabrechnung des Versicherers.

Die Patientinnen und Patienten sollen inskünftig vom Spital informiert werden, wie mit ihren medizinischen Daten umgegangen wird, und dass sie das Recht haben, die Weitergabe von medizinischen Daten an den vertrauensärztlichen Dienst des Versicherers zu verlangen. Diese Informationspflicht der Spitäler muss in den Tarifverträgen entsprechend verankert sein.

Die Datenschutzbeauftragten begrüssen die Stärkung der Patientenrechte und der Transparenz der Datenbearbeitungen.

Abschluss von Tarifverträgen

Im Hinblick auf die Einführung der SwissDRG werden Leistungserbringer und Versicherer im Verlauf des Jahres 2011 neue Tarifverträge abschliessen und den Kantonsregierungen zur Genehmigung unterbreiten. Darin sind auch die Datenbearbeitungen im Einzelnen zu regeln. Leitschnur ist der Grundsatz der Verhältnismässigkeit wie oben beschrieben.

Da die datenschutzrechtlichen Vorgaben für die öffentlichen Spitäler ähnlich sind, erscheint es sinnvoll, alle Tarifverträge bezüglich Datenbearbeitungen einheitlich zu gestalten.

Forderungen privatim

Die Datenschutzbeauftragten stellen folgende Forderungen:

Die Tarifpartner (Spitäler und Krankenversicherer) sind aufgefordert, in den Tarifverhandlungen den Datenbearbeitungen die notwendige Aufmerksamkeit zu widmen und datenschutzkonforme Bestimmungen insbesondere betreffend Rechnungsstellung zu vereinbaren.

Die Gesundheitsdepartemente der Kantone sind aufgefordert, bei der Vorbereitung der Genehmigungsentscheide der Kantonsregierungen die Tarifverträge hinsichtlich einer datenschutzkonformen Ausgestaltung zu prüfen.

Den Tarifpartnern und den Gesundheitsdepartementen wird empfohlen, die Datenschutzbeauftragten in die Ausarbeitung und die Genehmigung der Tarifverträge einzubeziehen.