

Wieviel muss oder darf die Krankenkasse wissen?

Datenschutz und Datenfluss unter dem Regime von TARMED im KVG-Bereich

P. Meier

Die Tarifstruktur TARMED mit ihrem hohen Detaillierungsgrad, mit den strengen Anforderungen an die Leistungserbringer und dem erhöhten Zeitaufwand für Ärzte und Ärztinnen – zumindest in der Anfangsphase – löst Misstrauen und Ängste aus und stösst zum Teil auf Ablehnung.

Mit medienräftigen Kampagnen werden einzelne Nebenpunkte von TARMED, wie z.B. die Frage der Diagnoseangabe auf einer Rechnung, hochgespielt. Der Autor zeigt im folgenden Artikel die gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes auf, und er gibt am Schluss unter Ziff. 11 neun Ratschläge an Ärztinnen und Ärzte für den Praxisalltag.

Am Anfang stand eine überspitzte Aussage

In den infosantésuisse Nr. 1–2/04 [1] und in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 7/2004 [2] waren zwei inhaltlich gleichlautende Artikel mit dem Titel «Versicherer sind nicht blosse Zahlstellen» bzw. «Der Datenschutz und die Weitergabe medizinischer Daten an die Versicherer» von Dr. iur. T. Mattig und C. Lutz abgedruckt. Unter «*Rechtmässige Datenweitergabe*» waren folgende Aussagen zu lesen:

- «1. Der Arzt als Leistungserbringer nach KVG ist im Verhältnis zum Krankenversicherer von seinem Berufsgeheimnis befreit (Art. 42 Abs. 3 und 4 und Art. 57 Abs. 6 KVG) und untersteht einer gesetzlichen Auskunftspflicht. Dies gilt für die Grundversicherung.
2. Im Bereich der Zusatzversicherungen muss der Arzt durch die versicherte Person von der Schweigepflicht entbunden werden.»

Die erste dieser Aussagen verursachte den «Sturm im Wasserglas» mit Todesanzeigen für das Arztgeheimnis, Medienrummel u.a.m. Ich befasse mich im folgenden nur mit der ersten dieser Aussagen, die sich auf den KVG-Bereich bezieht.

Wie steht's um den Eid des Hippokrates?

Es ist eine juristische Selbstverständlichkeit, dass das strafrechtlich geschützte ärztliche Berufsgeheimnis gemäss Art. 321 StGB gegenüber Dritten, ob dies nun Angehörige, gesetzliche Vertreter, Behörden, Aufsichtsbehörden – auch

Berufskollegen, was immer wieder vergessen wird – oder Krankenversicherer sind, grundsätzlich gilt. Natürlich gibt es Ausnahmen (Einwilligung des Patienten, Entbindung durch die Aufsichtsbehörde usw.). Nachstehend werde ich versuchen, die Ausnahmen, die gesetzlich vorgegeben sind – soweit sie den KVG-Bereich betreffen –, etwas detaillierter zu beschreiben.

Das Thema ist – wie Sie wissen – uralte (Eid des Hippokrates, Eid der Asklepiaden usw.) und es wurde schon verschiedentlich in der Schweizerischen Ärztezeitung abgehandelt. Je nach Standpunkt der Verfasser fallen entsprechend auch die Interpretationen aus! Ich gehe nicht so weit zurück, sondern nur in die Zeit des KUVG.

Was sagte das KUVG?

Art. 22^{bis} Abs. 7 KUVG vom 13. Juni 1911 [3] lautete: «Der Arzt hat in der Krankenpflege- und Krankengeldversicherung dem Honorarschuldner alle Angaben zu machen, die für die Festsetzung des Anspruchs auf Leistungen der Kasse notwendig sind. Der Arzt ist berechtigt, die medizinischen Angaben nur dem Vertrauensarzt der Kasse bekanntzugeben.» In der Dissertation von Dr. J. Boll aus dem Jahre 1983 [4] «Die Entbindung vom Arzt- und Anwaltsgeheimnis» schreibt der Verfasser in bezug auf das KUVG: «Der Arzt ist auch gegenüber «der Krankenkasse» grundsätzlich an die Schweigepflicht gebunden, doch bestehen derart zahlreiche und schwerwiegende Ausnahmen, dass dadurch das Arztgeheimnis weitgehend aufgehoben wird.» Weiter unten führt er aus: «Für die Rechtfertigung seiner Behandlung kann er (der Arzt) daher gezwungen sein, nicht nur die genaue Anamnese und Diagnose, sondern auch höchst vertrauliche Angaben des Patienten (z.B. psychosomatische Krankheiten) preiszugeben. Solche Auskünfte, vor allem wenn sie nicht gegenüber dem Vertrauensarzt erfolgen, beeinträchtigen die Persönlichkeitsrechte des Patienten schwer.» In bezug auf die Diagnose in der Arztrechnung verweist dann der Autor auf den damals bestehenden Ver-

Korrespondenz:
Peter Meier
Rechtsanwalt und Notar /
Rechtsberater G7
Schmiedengasse 33
CH-5012 Schönenwerd
Tel. 062 849 42 00

E-Mail: aeg.so@bluewin.ch

trag zwischen der AerzteGesellschaft des Kantons Zürich und dem Verband der Krankenkassen im Kanton Zürich vom 13. Dezember 1976. Dieser enthielt zur Diagnose folgende Bestimmung: «Ziff. 21: Die gemäss vereinbartem Diagnose-Code (Anhang) verschlüsselte Angabe über die Art der Krankheit erfolgt auf der Rechnung. Darüber hinaus gehende Details medizinischer Art sind nur dem Vertrauensarzt auf dessen Verlangen sowie Beschwerdeinstanzen bekanntzugeben.» (Selbstverständlich mit Zustimmung des Patienten, da die AerzteGesellschaft und der Krankenkassenverband nicht über Drittgeheimnisse [Patient] verfügen können!)

Auch Karin Keller hält in ihrer Dissertation [5] grundsätzlich fest: «Auch die Versicherungen stellen bezüglich des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient Aussenstehende dar. Der Arzt hat somit auch gegenüber diesen Schweigen zu bewahren. Dasselbe gilt für den Vertrauensarzt, der bezüglich der für die ihm vom behandelnden Arzt zugestellten Angaben an das Berufsgeheimnis gebunden ist; auch gegenüber der Krankenkasse bzw. Versicherung.» Wie die Autorin weiter hinten zu Recht ausführt, besteht seit eh und je ein Dilemma zwischen dem Informationsbedürfnis der Versicherungen und der Schweigepflicht der Ärzte.

Der «Altmeister» des Sozialversicherungsrechtes, Prof. Dr. A. Maurer, macht in seinem Standardwerk «Sozialversicherungsrecht» [6] folgende Aussagen:

«Der Arzt muss nach KVG 22^{bis} Abs. 7 Satz 3 dem Honorarschuldner – gleichgültig, ob der Versicherte oder die Kasse Honorarschuldner ist – in der Krankenpflege- und Krankengeldversicherung alle Angaben machen, «die für die Festsetzung des Anspruches auf Leistungen der Kasse notwendig sind». Zu diesen Angaben dürfte auch die Diagnose gehören. Die Kasse hat nämlich darüber zu wachen, dass der Arzt korrekt Rechnung stellt; sie kann ihre Kontrollfunktion in der Regel nur ausüben, wenn sie die Diagnose kennt, da diese die Grundlage für den Behandlungsplan bildet.»

Maurer verweist auch auf Schären, der sich zur Frage der Diagnoseangabe wie folgt äussert:

«Daran, dass die Diagnose zu den «notwendigen Angaben» im Sinne von Art. 22^{bis} Abs. 7 zu zählen ist, kann im Ernste nicht gezweifelt werden. Der Arzt erfüllt mit der Bekanntgabe der Diagnose eine gesetzliche Pflicht, weshalb er die ihm grundsätzlich auferlegte Schweigepflicht nach Art. 321 StGB nicht verletzt.»

Und weiter:

«Der Arzt ist nach KVG 22^{bis} Abs. 7 Satz 3 berechtigt, die «medizinischen Angaben nur dem Vertrauensarzt der Kasse bekannt zu geben». Er wird von dieser Möglichkeit besonders dann Gebrauch machen, wenn es sich um Angaben handelt, welche die Intimsphäre des Versicherten betreffen (Geschlechtskrankheiten, Schwangerschaftsunterbrechungen usw.). Der Vertrauensarzt soll dafür sorgen, dass die Angaben nur gerade jenen Kassenbeamten zukommen, die sie für die Beurteilung des Versicherungsfalles benötigen.»

Diese über 20jährigen Aussagen scheinen die These von Dr. iur. T. Mattig und C. Lutz zu bestätigen.

Die Rolle des Vertrauensarztes gemäss KVG

In der Botschaft des Bundesrates über die Revision des Krankenversicherungsgesetzes [7] ist folgende Bestimmung enthalten:

«Art. 36

3 Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Der Bundesrat regelt das Nähere.

4 Der Versicherte kann verlangen, dass medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt des Versicherers (Art. 49) gemacht werden.

5 Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.»

Diese Bestimmung wurde mit einer wesentlichen Ergänzung im heute gültigen Gesetz übernommen. Art. 42 Abs. 5 KVG lautet wie folgt:

«5 Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Art. 57 bekanntzugeben.»

Hier liegt ein entscheidender Unterschied zum KUVG – «zugunsten der versicherten Person». Diese kann in jedem Fall verlangen, dass der Arzt die medizinischen Angaben, und dazu gehört selbstverständlich vor allem die Diagnose – in

welcher Form auch immer – nur dem Vertrauensarzt bekanntgeben darf. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zum KUVG, und schon in bezug auf diese Erweiterung gilt natürlich die These von T. Mattig und C. Lutz bezüglich der automatischen Befreiung vom Berufsgeheimnis nicht.

Dem Kommentar zur Botschaft des Bundesrates ist folgendes zu entnehmen: Unter den Angaben, welche der Leistungserbringer dem Versicherer zu machen hat, sind notgedrungen zahlreiche Angaben mit medizinischem Inhalt. Solche Angaben können mit Bezug auf den Persönlichkeitsschutz des Patienten ein sehr unterschiedliches Gewicht haben. Eher banale Daten wird der Leistungserbringer normalerweise direkt an die Verwaltung des Versicherers leiten. *Verlangt jedoch der Versicherte, dass der Leistungserbringer die medizinischen Angaben nur gegenüber dem Vertrauensarzt macht, so ist dieser Wunsch rechtlich verbindlich. Und genau hier greift natürlich die ärztliche Schweigepflicht: Wenn der Arzt dem Verlangen des Versicherten nicht nachkommt und die medizinischen Angaben der Versicherung, und nicht dem Vertrauensarzt, weiterleitet, macht er sich nach Art. 321 StGB strafbar* [5].

Auch A. Maurer weist in seinem Kommentar «Das neue Krankenversicherungsrecht» [8] ausdrücklich darauf hin, dass der Versicherte verlangen kann, dass der Leistungserbringer medizinische Informationen «in begründeten Fällen» nur dem Vertrauensarzt des Versicherers und nicht dessen Administration mitteilt. Hier wird bei gewissen Krankenversicherern auch heute noch gesündigt, obwohl Art. 8 des Vertrauensarztvertrages vom 14. Dezember 2001, abgeschlossen zwischen santésuisse und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, die Bestimmung enthält, dass die an den Vertrauensarzt gerichteten Informationen vom Vertrauensarzt oder von seiner Hilfsperson entgegengenommen werden und dass Auskünfte im Namen des Vertrauensarztes nur vom Vertrauensarzt oder von einer seiner Hilfspersonen erteilt werden dürfen.

Berufsgeheimnis und Schweigepflicht unterscheiden sich

Es gibt auch heute noch Versicherer, die sich auf den Standpunkt stellen, zufolge der Schweigepflicht nach Art. 33 ATSG seien ihnen Angaben, die dem ärztlichen Berufsgeheimnis unterliegen, zugänglich. Sie dürften sie ja gestützt auf die erwähnte Bestimmung, die besagt, dass Personen, die an der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung der Sozialversicherungsgesetzes betei-

ligt sind, gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu bewahren hätten, nicht weitergeben. Dies wird auch im Artikel infosantésuisse 4/04 [9] mit dem Untertitel «Die Diagnose ist ein Krankenversicherergeheimnis» suggeriert. Dieser Verwechslung vom ärztlichen Berufsgeheimnis und von der Schweigepflicht muss entschieden entgegengetreten werden. Es handelt sich um zwei völlig verschiedene Dinge.

Art. 33 ATSG lautet wie folgt: «Personen, die an der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung der Sozialversicherungsgesetze beteiligt sind, haben gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu bewahren.»

Die Schweigepflicht gilt für alle Personen, die die Sozialversicherungsgesetze durchführen, gegenüber Dritten.

Das ärztliche Berufsgeheimnis gilt für den Arzt und seine Hilfspersonen im Interesse und zum Schutze der Privatsphäre seiner Patienten gegenüber Dritten. Geheimnisherr ist und bleibt der Patient oder die Patientin!

Durch die Schweigepflicht der Organe der Krankenversicherung wird selbstverständlich das ärztliche Berufsgeheimnis nicht aufgehoben!

Einheitlicher Diagnose-Code (Art. 59 KVV)

In diesem Artikel wird darauf hingewiesen, dass die Rechnungen der Leistungserbringer auch die Diagnosen zu enthalten haben, aber eben mit den erwähnten Auflagen gemäss Art. 42 Abs. 5 KVG. Im weiteren enthält dieser Artikel in der Verordnung die Bestimmung: «Das Departement kann auf gemeinsamen Antrag der Versicherer und der Leistungserbringer einen gesamtschweizerisch gültigen, einheitlichen Diagnose-Code festlegen.» Dies ist faktisch durch die Genehmigung des Tessiner Codes durch den Bundesrat (siehe hinten) erfolgt.

Was sind «notwendige medizinische Angaben»?

Das Bundesgesetz über den Datenschutz ist bekanntlich am 1. Juli 1993, das KVG am 1. Januar 1996 in Kraft getreten. Art. 84 KVG enthielt folgenden Hinweis:

«Der Datenschutz richtet sich nach dem Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992, die Art. 12 bis 15 des genannten Gesetzes sind dabei nicht anwendbar.»*

Anlässlich der KVG-Revision 2000, in Kraft seit 1. Januar 2001, wurden umfassende Ergänzungen bezüglich der Bearbeitung von Personen-

* Diese Bestimmungen befassen sich mit dem Bearbeiten von Personendaten durch private Personen und sind hier nicht weiter von Bedeutung.

daten [10] in die Art. 84 und Art. 84a des KVG aufgenommen. Dies mit der Begründung, dass jegliche Bearbeitung besonders schützenswerter Personendaten oder von Persönlichkeitsprofilen durch Bundesstellen in einem formellen Gesetz festzulegen ist.

In seiner Botschaft wies der Bundesrat darauf hin, dass bei der Bearbeitung von Personendaten der Grundsatz der Verhältnismässigkeit im Vordergrund zu stehen habe. Art. 84 KVG enthält im Grundsatz die Befugnis der Krankenversicherer, Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten, aber nur diejenigen, die sie benötigen, um [...] Leistungsansprüche zu beurteilen sowie Leistungen zu berechnen und zu gewähren.

Es geht mit anderen Worten einmal mehr darum, was denn unter «*notwendigen medizinischen Angaben*» zu verstehen ist. Der Streit über die sogenannten notwendigen medizinischen Angaben wird in Einzelfällen abschliessend durch das Eidg. Versicherungsgericht beurteilt. Solche Streitigkeiten können von grundsätzlicher Bedeutung sein, sie nützen aber in den meisten Fällen weder Patienten noch Ärzten oder Versicherern etwas und tragen höchstens zur Verwirrung bei, wenn sie einseitig interpretiert werden.

So ist es z.B. interessant zu wissen, dass Patientendaten schon vor der Einleitung eines Wirtschaftlichkeitsverfahrens an Versicherer herauszugeben sind. Dieses Urteil des Eidg. Versicherungsgerichtes [11] nützt dem einzelnen Arzt in der Praxis überhaupt nichts, wohl aber den Versicherern, wenn sie gegen einen Leistungserbringer ein Wirtschaftlichkeitsverfahren einleiten wollen.

Das gleiche gilt übrigens auch bezüglich der Bekanntgabe der Diagnose in Wirtschaftlichkeitsprozessen gegenüber den zuständigen Schiedsgerichten [12]. Auch dieses Urteil, das ein Wirtschaftlichkeitsverfahren gegenüber einem Arzt betraf, hilft den einzelnen Ärzten im Alltag nicht weiter.

Einheitliche Rechnungen gemäss Rahmenvertrag TARMED und Kantonalen Anschlussverträgen mit den massgebenden Anhängen

Während der Verhandlungen mit *santésuisse* standen für die Delegation der FMH und der Kantonalen Ärztegesellschaften, aber auch für *santésuisse*, folgende Probleme, die den Datenschutz tangieren, im Vordergrund:

1. die notwendigen Angaben auf der Rechnung des Arztes;
2. die Frage eines einheitlichen Rechnungsformulars;
3. die Probleme im Zusammenhang mit der Abrechnung in elektronischer Form.

Die notwendigen Angaben auf der Rechnung des Arztes

Diese finden sich in Art. 11 Abs. 8 des Rahmenvertrages vom 5. Juni 2002 [13] wie folgt:

«8 Die Rechnung muss folgende Angaben enthalten:

- a) Name und Adresse des Arztes, die Reg.-Nr. und die EAN-Nr.
- b) Name, Adresse, Geburtsdatum und – soweit vorhanden – die Versichertennummer des Patienten
- c) Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Geburtsgebrechen)
- d) Kalendarium der Leistungen
- e) Tarifpositionen, Nr. und Bezeichnung
- f) Taxpunkte, Taxpunktwerte, Gesamtbetrag pro Tarif
- g) Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnosecode
- h) Bezeichnung von Nichtpflichtleistungen gemäss KVG
- i) Rechnungsdatum».

Praktisch in allen Kantonalen Anschlussverträgen wurde dieser Absatz wortwörtlich übernommen. Schon bei der Angabe des Namens des Arztes können sich natürlich datenschutz-mässige Probleme ergeben, steht nämlich z.B. «Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie», weiss jedermann, der die Rechnung sieht, dass der Patient bei einem Psychiater in Behandlung war. Aber auch beim Kalendarium, bei den Medikamenten usw. kann ein erfahrener Sachbearbeiter einiges aus einer Rechnung herauslesen. Ich werde dies anhand von konstruierten Beispielen im Kapitel Rechnungsstellung aufzuzeigen versuchen.

Bei den Rechnungsangaben hat vor allem die *Lit. g* der oben erwähnten Bestimmungen den «Sturm im Wasserglas» ausgelöst. Dort steht folgendes:

«Art. 11 Abs. 8

Die Rechnung muss folgende Angaben enthalten:

- g) Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnosecode».

In den ersten Entwürfen hatten wir folgende Formulierung gewählt: «Diagnosen nach Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG». Im Laufe der Verhandlungen

haben wir uns dann auf einen einfachen «Diagnose-Code» zu einigen versucht, und zwar mit der Begründung, dass genaue Indikationen oder Diagnosen nur dem Vertrauensarzt bekanntgegeben werden dürfen. Da bereits unter dem KUVG in verschiedenen Kantonen gemäss den bis dahin gültigen Tarifverträgen solche Codes existierten, einigten wir uns schliesslich auf den Diagnosecode des Kantons Tessin, vgl. Lukas S. Brühwiler [14].

Im Anhang 4 zum Rahmenvertrag TARMED «Regelung über Diagnose/Diagnosecode» wurden folgende Bestimmungen aufgenommen:

«Gemäss Art. 11 Abs. 8 lit. g des Rahmenvertrages TARMED vereinbarten die Parteien folgendes:

1. Als Grundlage für den anzuwendenden Diagnosecode für die gesamte ambulante Praxistätigkeit gilt zur Zeit die nachfolgende Codeliste.
2. Die Parteien beabsichtigen, diesen Diagnosecode aufgrund ihrer Erfahrungen durch ein kohärentes System auf der Basis ICPC/ICD-10-Codierung abzulösen.
3. Die Ärzte mit anerkanntem Praxis-OP wenden den ICD-10-Code bzw. die aktuelle Version CHOP an.
4. Die Parteien haben die gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere das Datenschutzgesetz zu beachten.»

Einheitliches Rechnungsformular

Bezüglich der Einheitlichkeit des Rechnungsformulars gab es im Laufe der Verhandlungen immer wieder Meinungsverschiedenheiten zwischen den Parteien, sollte doch nach Meinung der Vertreter von santésuisse dieses Rechnungsformular bezüglich der Inhalte, der Topologie, der Rechnungskopie, des Rückerstattungsbeleges usw. einheitlich sein, was von unserer Delegation verneint wurde.

Anhang 3 des Rahmenvertrages TARMED enthält diesbezüglich *folgende* zusätzliche Bestimmung:

«2. Rechnungsstellung

1 Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Vorgaben betreffend einheitlichem Rechnungsformular, elektronischer Rechnungsstellung und Weitergabe medizinischer Daten gemäss Art. 11 Abs. 4, 5 und 6 sowie Art. 14 Abs. 2 des TARMED Rahmenvertrages umzusetzen.

2 Die inhaltliche und technische Umsetzung und die Regelung über die Kostentragung erfolgt auf Basis der gemeinsam erarbeiteten Standards und Richtlinien im Rahmen des «Forums für den elektronischen Informa-

tions- und Datenaustausch im Gesundheitswesen».

4 Die vom «Forum für den elektronischen Informations- und Datenaustausch im Gesundheitswesen» erlassenen Standards und Richtlinien können von santésuisse und der FMH gemeinsam für alle Versicherten und Ärzte, die dem Rahmenvertrag beigetreten sind, verbindlich erklärt werden.»

Das im Anhang 3 erwähnte «Forum für den elektronischen Informations- und Datenaustausch im Gesundheitswesen» hat am 15. Januar 2004 ein einheitliches Rechnungsformular für Ärzte und Spitäler genehmigt, auf das sich santésuisse und die FMH am 1. November 2003 in einer Zusatzvereinbarung zu Anhang 3 wie folgt geeinigt haben:

«3. Vereinbarung

Der vom Forum Datenaustausch am 31. Oktober 2003 verabschiedete Standard für das einheitliche Rechnungsformular im KVG-Bereich (Vers. 4.0) und seine Überführung in den XML-Standard (Vers. 4.0) wird von den Parteien gemäss Rahmenvertrag TARMED Anhang 3 Art. 3 Abs. 4 für alle Versicherten und Ärzte, die dem Rahmenvertrag beigetreten sind, verbindlich erklärt.»

Für Handabrechnungen wird vorläufig bis am 1. Juni 2004 seitens der santésuisse ein einfaches Handabrechnungsformular toleriert.

Vertragsloser Zustand im elektronischen Datenverkehr

Hier gilt Art. 11 Abs. 5 Rahmenvertrag TARMED mit folgendem Wortlaut:

«Art. 11 Abs. 5 RV

Die Abrechnung erfolgt innert 2 Jahren nach Einführung von TARMED in elektronischer Form. Allfällige Ausnahmen, insbesondere für Ärzte kurz vor der Praxisaufgabe und die Modalitäten beim elektronischen Datentransfer im tiers payant und im tiers garant sind im Anhang 3 dieses Vertrages geregelt.»

Obwohl der elektronische Datentransfer erst in 2 Jahren vorgesehen ist, unterbreitete die Verhandlungsdelegation FMH (G7) santésuisse bei der Ausarbeitung der Kantonalen Anschlussverträge zum Rahmenvertrag TARMED einen detaillierten Vorschlag bezüglich der elektronischen Übermittlung der Rechnungsdaten im «tiers garant». Für den «tiers payant» war eine ähnliche Abmachung vorgesehen. Leider genehmigte der Verwaltungsrat von santésuisse diese Vereinbarung nicht, so dass bezüglich des elek-

tronischen Datenverkehrs im Moment ein vertragsloser Zustand besteht. Für die Vertragsdelegation FMH (G7) standen dabei folgende Gesichtspunkte im Vordergrund:

- Der Patient entscheidet im «tiers garant» durch Einsenden des Rückerstattungsbeleges an die Krankenversicherung, ob der Arzt die Informationen dem Krankenversicherer bzw. dem TrustCenter elektronisch übermittelt. Es war vorgesehen, auf der Rechnung den sogenannten Token (d.h. eindeutige, nicht kopierbare Identifikation einer Rechnung) anzubringen. Sobald der Patient diesen Token entfernt (wegschneidet), ist eine elektronische Übermittlung der Rechnung des Patienten vom Arzt bzw. TrustCenter an die Versicherer ausgeschlossen. Damit wären nach unserer Auffassung die datenschutzrelevanten Erfordernisse auf seiten der Ärzteschaft erfüllt gewesen.
- Auf jeder einzelnen Rechnung an den Patienten wäre im «tiers garant» zusätzlich folgender Hinweis anzubringen:
«Mit Einsenden des Rückerstattungsbeleges an die Krankenversicherung erklärt sich der Patient ausdrücklich einverstanden, dass der Arzt die Informationen dieser Rechnung dem Krankenversicherer elektronisch übermittelt. Die Bestimmungen über den Datenschutz werden dabei eingehalten.»
Dies war für unsere Verhandlungsdelegation aus Gründen des Datenschutzes, aber auch zur Wahrung des Patientengeheimnisses, eine entscheidende Auflage!
- Der erwähnte Anhang enthält auch technische Sicherheitsvorrichtungen und anderes mehr.

Die Rolle der TrustCenter

Es ist offensichtlich, dass bei dieser Art von Rechnungsstellung die TrustCenter eine entscheidende Rolle spielen. Gerade der Datensicherheit und den Anforderungen an das Datenschutzgesetz soll ja vor allem durch die Trust Center als «Intermediäre» Rechnung getragen werden.

Der Anhang enthält folgende Bestimmungen zum Datenschutz:

- Ein direkter Zugriff auf die elektronischen Praxisadministrationssysteme, welche zunehmend neben Abrechnungsdaten auch Elemente der elektronischen Krankengeschichte enthalten, ist ausgeschlossen.
- Die gemäss Rahmenvertrag TARMED zu liefernden Abrechnungsdaten werden bereits im Praxiscomputer vor der elektronischen Übermittlung an das Trustcenter anonymisiert bzw. pseudonymisiert.

- Das System des autorisierten Holprinzips garantiert die Einwilligung des Patienten in die elektronische Rechnungsverarbeitung für jede einzelne Rechnung.
- Das System des Tokens verhindert ein unautorisiertes systematisches Abfragen von Rechnungsdaten durch Unberechtigte.

Ich bin überzeugt davon, dass der Inhalt des leider bis jetzt nicht vereinbarten Anhangs F mit eventuell zusätzlichen Sicherheiten bezüglich des Datenschutzes über kurz oder lang gesamtschweizerisch für verbindlich erklärt werden muss, um die Vorgaben des Datenschutzes zu gewährleisten. Zurzeit verhandeln die einzelnen TrustCenter bezüglich der Datenweitergabe mit einzelnen Krankenversicherern. Die Erfahrungen aus diesen Verhandlungen dürften eine Grundlage für eine gesamtschweizerische Vereinbarung zwischen Krankenversicherern und der FMH bilden, welche vor Inkrafttreten auch dem Eidg. Datenschutzbeauftragten zur Stellungnahme vorgelegt werden soll.

Wie codieren?

Kollege Hanspeter Kuhn, Fürsprecher und stv. Generalsekretär der FMH, hat im Jahre 2001 in der Schweizerischen Ärztezeitung [15] einen ausgezeichneten Artikel zum Thema «Datenschutz und KVG» geschrieben. Er weist insbesondere auch auf die Problematik der Diagnoseangaben hin. Die Versicherer müssen sich eher nach einer Indikation als nach einer Diagnose erkundigen, um die Wirtschaftlichkeit der Behandlung hinterfragen zu können. Dieser Problematik waren wir uns bei der vertraglichen Regelung der Diagnoseangaben auch bewusst, wir wollten aber eine pragmatische, d.h. eben eine in der Praxis umsetzbare Lösung finden.

Beim sogenannten Tessiner Code haben sich die Vertragsparteien auf einen einfachen Rahmendiagnosecode geeinigt, der sich über Jahre in vielen Kantonen eingebürgert hat [14]. Dabei handelt es sich um einen Code, eingeteilt in einen Haupt- und einen Zusatzcode mit etwa 100 rudimentären Diagnosen, verschlüsselt über grosse Buchstaben und Zahlen. Beispiel:

G 1 = komplikationsloser Infekt

M 1 = Schlafstörungen

M 2 = psychische Erkrankungen

Ganz wichtig ist der Buchstabe *U*. Dort steht folgendes: «*Vertrauensarzt orientiert (anstelle Diagnose)*».

Bei den Interpretationen steht: «Code *U*» meint die Angabe der genauen Diagnose an den

zuständigen Vertrauensarzt (bei Folgeschäden von Suizidversuchen ist dieser obligatorisch).

Demgegenüber enthält der ICD-10 [16] 10 Diagnosefelder mit 18 000 verschiedenen Diagnosen oder der CHOP mit 4300 möglichen Behandlungen. Zwischen den Aussagen des Tessiner Codes und des ICD-10 liegen Welten. Wenn ein Arzt z.B. eine leichte Depression mit M2 codiert, würde diese mit dem ICD-10 mit F 32.0 codiert. Der Code F3 enthält Interpretationen über 4 Seiten. Der Tessiner Code M1 enthält keine Interpretationen. Damit soll gezeigt werden, dass eine Codierung im Sinne einer Rahmencodierung in vielen Fällen sinnvoll sein kann, häufig ist sie unnötig, manchmal sogar schädlich. Genau aus diesen Gründen ist es Sache des Arztes oder der Ärztin, in kritischen Fällen mit den Patienten darüber zu sprechen, ob und was codiert werden soll. In Zweifelsfällen ist sicher der Code U zu verwenden. In den meisten Fällen dürfte dies nicht nötig sein.

Es bringt auch nichts, wenn die Kantonalen Ärztesellschaften, die bisher keinen Code verwendet haben, ihren Mitgliedern empfehlen, den Diagnosecode generell wegzulassen. Das führt höchstens zu Rechnungsrückweisungen seitens der Versicherer, was meistens nicht primär den Arzt, sondern den Patienten trifft.

Anhand von zwei Beispielen wird aufgezeigt, dass die Codierung bei der Rechnungsstellung meistens unwesentlich ist. Der geschäftsführende Direktor der Ärztekasse, Anton Prantl, hat diese zwei Beispiele konstruiert, und der Verwaltungsratspräsident der Ärztekasse, Dr. Guido Probst, ein erfahrener Praktiker, hat sie kommentiert. Ich möchte Ihnen damit zeigen, dass ein einigermassen erfahrener Sachbearbeiter einer Krankenversicherung die Diagnose auch bei einem U-Code in Kürze feststellen kann.

Den Musterrechnungen (Abb. 1 und 2) kann die einigermassen erfahrene Sachbearbeiterin der Krankenversicherung auch ohne Angaben der Diagnose u.a. folgendes entnehmen:

- die Höhe des Rechnungsbetrages: Rechnungen unter Fr. 200.– bis Fr. 250.– sind eher unauffällig;
- die Medikamentenkosten: Namen der Medikamente (Produkte) – die Spezialitätenliste liegt auf dem Pult der Sachbearbeiterin der Krankenversicherung!
- Ausmass und Art von Laborleistungen;
- Anordnung und Menge der reinen Arztleistungen: Konsultationen, allfällige Besuche usw.;
- allenfalls teure bildgebende Verfahren;
- Dauer der Behandlung;
- eventuell Jahreszeit.

Quizfrage an die geübten Leserinnen und Leser: Welche Krankheiten könnten die beiden Musterpatienten haben?

Exkurs: Von Krankenkassenseite werden heute im Zusammenhang mit dem «Warmlaufen» von TARMED die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Rechnungsinhalte sensibilisiert. Diese entwickeln dann zunehmend kriminalistische Fähigkeiten. Dabei beachten sie allfällig angebotene Diagnosebündel oder eben einen einfachen Code allerhöchstens subsidiär, wenn überhaupt. Spielt doch dieser für die Erfassung der Wirtschaftlichkeit gar keine Rolle. So sinnlos und vertragswidrig es ist, wenn Ärztinnen oder Ärzte sämtliche Rechnungen mit dem Diagnosecode U versehen, so sinnlos und unseres Erachtens ebenfalls gesetz- und vertragswidrig ist es, wenn einzelne Krankenversicherer von den Ärzten, hauptsächlich den Konsiliarärzten, generell sämtliche Berichte einverlangen. Solche Berichte unterstehen selbstverständlich auch dem Patientengeheimnis!

Wie Sie selbst sehen, nützt im Rechnungsbeispiel Nr. 482 die Diagnose U nicht sehr viel. Der Patient muss aber, um die Rechnung zurückerstattet zu erhalten, diese dem Krankenversicherer weiterleiten und möchte auch die vom Arzt verordneten oder abgegebenen Medikamente zurückerstattet erhalten!

Sonderstatus Kanton Graubünden?

Der Bundesrat hat mit Entscheid vom 30. September 2002 den Rahmenvertrag TARMED und sämtliche Anhänge, also auch den Anhang 3 «Vereinbarung betreffend Eröffnung Dignitätsdaten und Rechnungsstellung» und den Anhang 4 «Regelung über Diagnose/Diagnose-Code», mit dem entsprechenden Tessiner Code vorbehaltlos genehmigt.

Die Regierung des Kantons Graubünden hat demgegenüber den Art. 11 Abs. 5 lit. g des Bündnerischen Anschlussvertrages nicht genehmigt, und zwar mit folgender interessanter Begründung:

«Die Prüfung des Vertrages und der Anhänge ergibt, dass diese mit Ausnahme von Art. 11 Abs. 5 lit. g des Vertrages mit dem Gesetz im Einklang stehen und entsprechend genehmigt werden können.

Die Bestimmung über die Weitergabe von Diagnosen in Art. 11 Abs. 5 lit. g des Vertrages kann in der vorliegenden Form aus Datenschutzgründen nicht genehmigt werden. Die Weitergabe von Diagnosedaten an die Versicherer ist nur mit Zustimmung

Rückforderungsbeleg

Release ▪ 4.0

Dokument	▪ 101	479	08.03.2004 13:19:15	Seite	▪ 1
Rechnungssteller	EAN	▪ 7611910000009	Dr. med.	CB Testaz	FMH Testologie
	KK-N°	▪ Y990020	Testweg 21	9999 Pröblisbach	
Leistungserbringer	EAN	▪ 7611910000009	Dr. med.	CB Testaz	FMH Testologie
	KK-N°	▪ Y990020	Testweg 21	9999 Pröblisbach	
Patient	Name	▪ Muster	Empfänger	EAN	
	Vorname	▪ Mister			
	Strasse	▪ Beispielstrasse 1			
	PLZ	▪ 0000			
	Ort	▪ Neugierigen			
	Geburtsdatum	▪ 30.10.1920	Herr		
	Sex	▪ M	Muster Mister		
	Unfalldatum	▪			
	Unfall-N°	▪	Beispielstrasse 1		
	AHV-N°	▪ 111.22.333.444	0000 Neugierigen		
	Mitglieds-N°	▪			
	Betriebs-N°	▪			
	Kanton	▪ TG			
	Rechnungskopie	▪ Nein			
	Vergütung	▪ TG			
	Gesetz	▪ KVG			
	Rechnungsart	▪ Schlussrechnung			
	Behandlung	▪ 04.03.2004 - 08.03.2004			
	Behandlungsgrund	▪ Krankheit	Rech-N°	▪ 479	
	Vertrags-N°	▪	Rechnungsdatum	▪ 08.03.2004	
Mandatär	N° EAN / KK-N°				
Diagnose	▪ G1				
Liste EAN	1/7611910000009				
Kommentar					

Datum	Tarif	Code	Bezug	SI	SE	Menge	TP AL/Preis	f AL	TPW AL	Pt TL	f TL	TPW TL	E	R	P	T	Betrag
							Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)										
04.03.2004	001	00.0010			1	1	9.57		0.97	8.19		0.97	1	0	0		17.23
							+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)										
04.03.2004	001	00.0030	00.0010		1	1	4.78		0.97	4.10		0.97	1	0	0		8.61
							CRP, SCHNELLTEST, SQ										
04.03.2004	316	8137.10			1	1							1	0	0		12.00
							LEUKOZYTEN-ZAEHLUNG										
04.03.2004	316	8406.00			1	1							1	0	0		9.00
							LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG										
04.03.2004	316	8403.00			1	1							1	0	0		23.00
							HAEMOGLOBIN										
04.03.2004	316	8275.00			1	1							1	0	0		7.00
							DAFALGAN Brausetabl 1g 20 Stk										
04.03.2004	400	2181276				1	8.20									0	8.20
							ECOMUCOL 600 Brausetabl 600mg 10 Stk										
04.03.2004	400	1543607				1	16.25									0	16.25
							Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)										
08.03.2004	001	00.0010			2	1	9.57		0.97	8.19		0.97	1	0	0		17.23
Tarmed AL	23.20	(23.92)	Physio			0.00	Migel		0.00	Andere		0.00					
Tarmed TL	19.85	(20.48)	Labor			51.00	Medi/Mat		24.45	Kantonal		0.00					
Totalbetrag	CHF	118.50	davon PFL			118.50	Anzahlung		0.00	Betrag							118.50
MWST-N°	123456																
Code	Ansatz	Betrag	Betrag MWST														
0	0.00	118.52	0.00														
Total		118.52	0.00														

Abbildung 1

Rückforderungsbeleg

Release 4.0

Dokument	101 482	08.03.2004 13:23:42	Seite 1
Rechnungssteller	EAN 7611910000009	Dr. med. CB Testaz	FMH Testologie
	KK-N° Y990020	Testweg 21	9999 Pröblisbach
Leistungserbringer	EAN 7611910000009	Dr. med. CB Testaz	FMH Testologie
	KK-N° Y990020	Testweg 21	9999 Pröblisbach
Patient	Name Muster	Empfänger EAN	
	Vorname Mister		
	Strasse Beispielstrasse 1		
	PLZ 0000		
	Ort Neugierigen		
	Geburtsdatum 30.10.1920	Herr	
	Sex M	Muster Mister	
	Unfalldatum		
	Unfall-N°	Beispielstrasse 1	
	AHV-N° 111.22.333.444	0000 Neugierigen	
	Mitglieds-N°		
	Betriebs-N°		
	Kanton TG		
	Rechnungskopie Nein		
	Vergütung TG		
	Gesetz KVG		
	Rechnungsart Schlussrechnung		
	Behandlung 05.01.2004 - 08.03.2004		
	Behandlungsgrund Krankheit	Rech-N° 482	
	Vertrags-N°	Rechnungsdatum 08.03.2004	
Mandatär	N° EAN / KK-N°		
Diagnose	U		
Liste EAN	1/7611910000009		
Kommentar			

Datum	Tarif	Code	Bezug	SI	SE	Menge	TP AL/Preis	f AL	TPW AL	Pt TL	f TL	TPW TL	E	R	P	T	Betrag
Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)																	
05.01.2004	001	00.0010		1		1	9.57		0.97	8.19		0.97	1	0	0		17.23
Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung																	
05.01.2004	001	00.0410		1		1	28.70		0.97	28.01		0.97	1	0	0		55.01
TRIZVIR Tabl 60 Stk																	
05.01.2004	400	2319013				1	1321.80										1321.80
KALETRA Kaps 2x90 Stk																	
05.01.2004	400	2322676				1	850.25										850.25
Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)																	
02.02.2004	001	00.0010		2		1	9.57		0.97	8.19		0.97	1	0	0		17.23
Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)																	
08.03.2004	001	00.0010		4		1	9.57		0.97	8.19		0.97	1	0	0		17.23
+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)																	
08.03.2004	001	00.0030	00.0010	4		1	4.78		0.97	4.10		0.97	1	0	0		8.61
GAMMA-GLUTAMYLTRANSPEPTIDASE																	
08.03.2004	316	8249.00		4		1							1	0	0		9.00
ALANIN-AMINOTRANSFERASE																	
08.03.2004	316	8006.00		4		1							1	0	0		9.00
ASPARTAT-AMINOTRANSFERASE																	
08.03.2004	316	8058.00		4		1							1	0	0		9.00
Tarmed AL	60.30	(62.19)	Physio			0.00	Migel		0.00	Andere		0.00					
Tarmed TL	55.00	(56.68)	Labor			27.00	Medi/Mat	2172.05		Kantonal		0.00					
Totalbetrag	CHF	2314.35	davon PFL			2314.35	Anzahlung		0.00	Betrag		2314.35					
MWST-N°	123456																
Code	Ansatz	Betrag	Betrag MWST														
0	0.00	2314.35	0.00														
Total		2314.35	0.00														

Abbildung 2

des Patienten zulässig. Er kann verlangen, dass der Leistungserbringer die medizinischen Daten nur dem Vertrauensarzt des Versicherers mitteilt (BBI 1992 S. 171 f., S. 190 f.).»

Diese Ziffer im Anschlussvertrag enthält den genau gleichen Wortlaut wie diejenige des Rahmenvertrages, nämlich

«g) Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnosecode».

In einem erläuternden Schreiben an den Bündner Ärzteverein weist das Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement Graubünden darauf hin, dass gemäss Ausführung des Eidg. Datenschutzbeauftragten die Angabe «eines detaillierten Diagnose- und Operationscodes (ICD-10 und CHOP) auf den Abrechnungen nicht zulässig sei. [...] Zulässig sei somit einzig die systematische Bekanntgabe einer Rahmendiagnose, d.h. einer allgemeinen Diagnose, wie sie zur Bearbeitung eines durchschnittlichen Normalfalles erforderlich ist.»

Meiner Meinung nach hätte, wenn diese Überlegungen richtig sind, der Regierungsrat des Kantons Graubünden die Ziff. 2 und 3 des Anhangs 4, in welchem der IDC-10-Code bzw. die aktuelle Version CHOP für den Praxis-OP vorgeschrieben werden, nicht genehmigen dürfen, nicht aber Art. 11 Abs. 5 lit. g, in welchem auf den Tessiner Code mit seinen Rahmendiagnosen hingewiesen wird.

Im weiteren kann auch die Frage aufgeworfen werden, ob eine Bestimmung, die mit dem gleichen Wortlaut durch den Bundesrat genehmigt worden ist, durch eine Kantonsregierung nicht genehmigt werden kann. Was gilt jetzt im Kanton Graubünden? Insbesondere in bezug auf die Anwendung des Tessiner Codes gemäss Rahmenvertrag und Anhang 4?

Übrigens

Beim ganzen Gestürm um die Angabe der Diagnose gemäss Tessiner Code ist völlig in Vergessenheit geraten, dass die meisten Spitäler in der Schweiz schon seit Jahren ursprünglich den ICD-9-, jetzt den ICD-10-Code verwenden, was offenbar vom eidgenössischen und von den kantonalen Datenschutzbeauftragten nicht verhindert werden konnte [4]. Der Projektleiter der Informatikabteilung der Solothurner Spitäler, Dr. Pascal Walliser, meint auf der Suche nach Schuldigen in seiner Stellungnahme vom 12. August 2003 zu einem NZZ-Artikel folgendes: «Es ist eine Tatsache, dass wir immer

mehr einen gläsernen Patienten schaffen. Schuld daran sind die neuen Auflagen im Bereich des Tarifwesens (TARMED) und der vom Bund verordneten Statistiken (ICD/CHOP).» Weiter unten führt er aus: «Die angespannte finanzielle Lage im Gesundheitswesen scheint den zunehmenden Fluss an Informationen zu Kostenträgern zu legitimieren. Einzig der Gesetzgeber kann dem Einhalt gebieten.»

ICD-10-Diagnose zu komplex für Kostenkontrolle

Eine solch umfassende Diagnose könnte rasch zu einem Persönlichkeitsprofil im Sinne des Datenschutzgesetzes führen. Die ICD-10-Diagnose ist viel zu komplex, um damit Kostenkontrollen durchführen zu können. Dieser Weg scheint gefährlich und sollte nicht weiterverfolgt werden.

Die nationale Konferenz der Datenschutzbeauftragten hat im Dezember 1997 eine Resolution verfasst, in welcher die automatische Mitteilung der Diagnose mittels ICD-10 als Verletzung des Patientengeheimnisses erachtet wurde. Dieser Datenfluss widerspreche dem Grundgedanken des KVG. Immer häufiger laufe eine grosse Masse von Informationen automatisch und oft ohne Wissen der Betroffenen vom Spital zum Versicherer. Eine automatisierte Mitteilung solcher Datenmengen in Form von ICD-10-Diagnosecodes sei durch das KVG nicht abgedeckt. Das Recht der Versicherer beschränke sich auf die Befugnis, im Einzelfall detaillierte Angaben zu verlangen ... Und selbst wenn die Eignung grundsätzlich bejaht werden könnte, so wäre eine für alle Fälle automatische Bekanntgabe als unverhältnismässig zu bezeichnen, weil sie längst nicht in jedem Fall als notwendig bezeichnet werden könnte. Eine systematische Bekanntgabe von IDC-10-Codes an Krankenversicherer widerspräche daher auch dem Verfassungsgrundsatz der Verhältnismässigkeit.

Seitens der Versicherer wird auch argumentiert, der ICD-10 habe sich in Deutschland bewährt. Anlässlich einer Veranstaltung zum Thema «Statistiken des ambulanten Sektors des Gesundheitswesens» vom 16. September 1997 in Bern führte der Präsident der Deutschen Ärztekammer, Dr. Frank Mader, unter anderem aus, «dass die ambulanten Praktiker, welche während einem halben Jahr mit dem ICD-10-Code codieren mussten, jeden Abend 30–60 Minuten hinter die KGs des Tages sitzen mussten, um richtig zu codieren.»

Bemerkung des Verfassers: Die Versicherer würden diese Arbeit sicher liebend gerne mit einer speziellen Tarifposition «Kodierungsarbeiten in Abwesenheit des Patienten» belohnen!

Was sagt der Eidg. Datenschutzbeauftragte?

Anlässlich einer Tagung vom 24. April 2002, Weiterbildungsseminar HSG [17], äusserte sich Hanspeter Thür zu den aufgeworfenen Problemen wie folgt:

«Der Rahmenvertrag zum TARMED zwischen santésuisse und der FMH sieht vor, dass die Rechnung u.a. Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnosecode enthalten soll. Man möchte, dass die Spitäler sowie die Ärzte mit akkreditiertem Praxis-OP den ICD-10-Code bzw. die genaue Version CHOP anwenden. Für Fälle, in denen keine Diagnoseerstellung möglich ist, soll eine Kodierung nach ICPC erfolgen. Sowohl ICD als auch ICPC geben ausführliche Informationen über den Gesundheitszustand der Versicherten weiter. Die Frage stellt sich, ob eine systematische Weitergabe von detaillierten Diagnosen an die obligatorischen Krankenversicherer über die Rechnungsstellung gerechtfertigt ist.

Für die Weitergabe von Gesundheitsdaten gemäss KVG braucht es eine gesetzliche Grundlage. Art. 42 KVG lässt eine systematische Weitergabe von detaillierten Diagnosen nicht zu: Der Leistungserbringer ist nach dieser Gesetzesbestimmung zwar berechtigt und verpflichtet, dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zuzustellen. Es sind alle Angaben zu machen, welche der Krankenversicherer benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit überprüfen zu können (Abs. 3). Eine genaue Diagnose (z.B. im Sinne der ICD-10-Klassifikation) erhält der Versicherer gemäss geltender Gesetzesbestimmung aber nicht automatisch mit der Rechnung. Er muss diese vielmehr im Einzelfall ausdrücklich verlangen (Abs. 4).»

Zum Tessiner Code äussert sich der Eidg. Datenschutzbeauftragte in diesem Referat nicht. In der Folge führte der Eidg. Datenschutzbeauftragte gestützt auf Art. 27 und Art. 29 Bundesgesetz über den Datenschutz eine Sachverhaltsabklärung durch. Dies am 9. Juli 2003. FMH und G7 dokumentierten den Eidg. Datenschutzbeauftragten mit Schreiben vom 31. Oktober

2003 mit sämtlichen in jenem Zeitpunkt bekannten Unterlagen, insbesondere über den Stand des Verfahrens bezüglich einheitlichem Rechnungsformular und elektronischem Datentransfer. Am 3. Dezember 2003 teilte der Eidg. Datenschutzbeauftragte den involvierten Parteien und den Medien das Ergebnis seiner Sachverhaltsabklärung zur elektronischen Abrechnung gemäss Rahmenvertrag TARMED mit. Er führte unter anderem folgendes aus:

«Mit dem neuen «einheitlichen Rechnungsformular» erhält der Versicherer neben den Personalien und weiteren administrativen Daten des Patienten systematisch ausführliche Informationen in Form der im Tarmed detailliert beschriebenen Leistungspositionen und des detaillierten Diagnosecodes bzw. Diagnosetextes. Diese Informationen ermöglichen es ohne weiteres, ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten zu gewinnen, was zu einem Persönlichkeitsprofil gemäss Art. 3 lit. d des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) führen kann.

Die Fragen zur Begründung der Verhältnismässigkeit der bearbeiteten Personaldaten wurden entweder nicht oder nur deskriptiv beantwortet, d.h. die einzelnen Positionen des Datenkataloges wurden lediglich erläutert (z.B. Diagnose Behandlungsursache).

Eine Beschreibung ist keine Begründung. Für eine datenschutzrechtliche Begründung muss Eignung, Notwendigkeit und Zweck-Mittelrelation der verwendeten Personendaten nachgewiesen werden. Zum Datum «Diagnose» muss beispielsweise begründet werden, weshalb für die Leistungsabrechnung systematisch, d.h. in jedem Fall, eine detaillierte Diagnose notwendig ist – *im Gegensatz zu einer allgemein gehaltenen Rahmendiagnose, wie sie bisher in den Rechnungen aufgeführt wurde.*

Die Frage der Verhältnismässigkeit der Datenbearbeitung bleibt somit offen. Solange diese nicht beantwortet ist, d.h. Notwendigkeit, Geeignetheit und Zweck-Mittelrelation der im Rechnungsformular enthaltenen Personendaten nicht erwiesen ist, verstösst die systematische Weitergabe einer Leistungsabrechnung mit einem solchen Detaillierungsgrad gegen das Verhältnismässigkeitsprinzip von Art. 4 DSG. *Diagnoseangaben, welche über eine allgemeine Rahmendiagnose hinausgehen, dürfen nicht systematisch auf Rechnungsformularen aufgeführt werden, die ohne weiteres in die Verwaltung des Kostenträgers gelangen.»*

Damit ist das letzte Wort sicher noch nicht gesprochen. Immerhin sei noch einmal festgehalten, dass es sich beim Tessiner Code um eine allgemeine Rahmendiagnose und nicht um eine Detaildiagnose handelt.

Aber wissen Arzt und Ärztin nun, was sie konkret bei der Rechnungsstellung machen sollen?

Was hat die Angabe der genauen Diagnose mit der Überprüfung der WZW-Kriterien zu tun?

Im Zusammenhang mit der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern im Sinne von Art. 56 KVG – die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit wird gewöhnlich sowieso nicht überprüft – wurde anlässlich einer Tagung des Datenschutzforums vom 31. März 2004 seitens der Versicherer geltend gemacht, mit der Nichtbekanntgabe der Diagnose wollten die sogenannten «schwarzen Schafe» unter den Ärzten verhindern, dass die Versicherer die WZW-Kriterien überprüfen können. Hiezu ist folgendes zu sagen:

1. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (Art. 32 KVG) sind völlig unbefriedigend definiert. Zum Rahmenvertrag TARMED existiert bekanntlich der Anhang 6, aber nur in Form eines Titels, «Regelung über Qualitätserfordernisse und WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit)», mit dem Vermerk im Text: «Wird später geregelt.» Es ist überfällig, dass die Krankenversicherer und die Ärzteschaft zusammen die Inhalte dieses Anhangs definieren (Art. 56 Abs. 5 KVG und Art. 77 KVV). Sonst verordnet sie nämlich der Bundesrat (Art. 58 Abs. 1 KVG) oder im schlimmsten Fall wird die Rechnungsstellerstatistik direkt als «heilige Kuh» ins KVG implementiert, was bei der letzten Revision versucht wurde.
2. Das Schwergewicht der Überprüfung der Rechnungen einzelner Ärzte durch die Krankenversicherung liegt eindeutig bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit. Die Kriterien, nach denen entschieden wird, ob ein Arzt wirtschaftlich oder nicht wirtschaftlich praktiziert, sind der *Index der Kosten des Arztes pro Erkrankten*, der *Index der Kosten der Medikamente aus Selbstdispensation oder von der Apotheke*, evtl. der *Index der Kosten des Arztes pro Grundleistung*. Bei der Pauschalüberprüfung von *santésuisse* spielt die Diagnose überhaupt keine Rolle. Dies ergibt sich klar aus dem Gutachten, das *santésuisse* am 10. Mai 2002 durch Jürg Noth und Dr. Stefan

Spycher erstellen liess [18]. Es ist deshalb an den Haaren herbeigezogen, wenn plötzlich die Diagnose für diese Prüfungen eine Rolle spielen sollte. Ich habe dies bei konkreten Wirtschaftlichkeitsverfahren erst im Laufe des Verfahrens erlebt; bei der Pauschalüberprüfung ist dies gar nicht möglich. Im übrigen besteht beim Eruiieren der schwarzen Schafe durch die Krankenversicherung ein erhöhtes Farbenblindheitsrisiko! (Diagnosevorschlag gemäss Tessiner Code P9)!

3. Das Eidg. Versicherungsgericht hat entschieden, dass die Versicherer bei der Überprüfung von Einzelfällen einen Anspruch auf die Herausgabe der entsprechenden Daten durch Ärzte oder Spitäler haben. Dazu gehören auch die Diagnosen [11, 12].

Im weiteren hat der Vertreter der Krankenversicherer am obenerwähnten Anlass geltend gemacht, für die Patienten entstehe durch die Mitteilung der Diagnose an die Versicherer gar kein Schaden. Diese sehr pauschale Aussage ist meines Erachtens zu materialistisch geprägt und verkennt wesentliche Inhalte des Persönlichkeitsschutzes, wie er in Art. 13 der Bundesverfassung ausdrücklich festgelegt ist.

Die Arztrechnung! Ratschläge für die Praxis

Die Sorgen vieler Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten, Daten- und Konsumentenschützer usw. über die Aushöhlung des ärztlichen Berufsgeheimnisses oder den sogenannten «gläsernen Patienten» sind berechtigt und müssen ernst genommen werden.

Es bringt uns aber nichts, Patientinnen und Patienten noch mehr zu verunsichern. Arzt und Patient im Alltag wollen wissen, ob die Rechnung schliesslich von den Krankenversicherern vergütet wird. Eine realistische praxisbezogene Auslegung der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben sind dabei gefragt und keine medien-trächtigen Selbstdarstellungssorgen mit exhibitionistischen Zügen. Die Probleme bei der Umsetzung von TARMED sind vielseitiger und komplizierter als die praktische Anwendung des Tessiner Codes. Deshalb empfehlen wir Ihnen in «kritischen Fällen» folgendes Vorgehen – gilt nur im KVG-Bereich!:

1. Sprechen Sie mit Ihren Patientinnen und Patienten auch über die Rechnung, deren Inhalt und insbesondere über die Diagnose, und erklären Sie ihnen die von Ihnen gestellte Diagnose.

2. Sie müssen den Tessiner Code anwenden! Dieser ist Bestandteil des Rahmenvertrages bzw. der Anhänge. Wenden Sie ihn nicht an, wird die Rechnung zurückgeschickt. Der Eidg. Datenschutzbeauftragte hat gegen die Anwendung des Tessiner Codes im ambulanten Bereich an sich nichts einzuwenden!
3. Verwenden Sie bei heiklen Diagnosen in Absprache mit Ihren Patienten und Patientinnen die Diagnose U. Das bedeutet aber nicht, dass Sie die Diagnose U «flächendeckend» anwenden dürfen, sonst werden Ihre Rechnungen ebenfalls zurückgeschickt.
4. Schicken Sie die medizinischen Angaben – dazu kann auch die Bezeichnung eines Medikamentes gehören (Beispiel oben) – nur dem Vertrauensarzt und nicht der Krankenversicherung. Nehmen Sie mit diesem aber unbedingt persönlich Kontakt auf, damit Sie ihm die Ängste, Bedenken oder Befürchtungen des Patienten weitergeben können.
5. Krankheiten, insbesondere psychische Krankheiten oder Aids, dürfen nicht dazu führen, dass die Patienten ausgegrenzt und/oder stigmatisiert werden. Jede Patientin und jeder Patient hat Anspruch darauf, dass auch diese Krankheiten behandelt und die medizinischen Leistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz vergütet werden.
6. In 99% der Fälle dürfte die Rechnungsstellung an den Patienten und die Weiterleitung an die Krankenversicherung (im «tiers garant» oder im «tiers payant») keine Probleme bieten. Nehmen Sie Ihren Patienten allfällige Ängste, anstatt diese zu schüren.
7. Nutzen Sie den Spielraum, den Ihnen der Gesetzgeber gewährt. Ihre Patientin und ihr Patient entscheiden mit Hilfe von Ihnen als Fachperson darüber, ob und welche Angaben nur dem Vertrauensarzt weitergegeben werden sollen (Art. 47 Abs. 5 KVG). Der Patient kann im übrigen auch auf die Rückerstattung durch die Kasse verzichten. Um so mehr müssen Sie mit ihm darüber reden, welche Lösung er bevorzugt. Nicht vergessen: der Patient ist der Geheimnisherr!
8. Wenn Sie Probleme mit den Vertrauensärzten haben, nehmen Sie mit diesen zuerst direkt Kontakt auf oder wenden Sie sich an ihre Kantonalgesellschaften. Auch die Krankenversicherer müssen ein eminentes Interesse haben, die Rolle des Vertrauensarztes, die ihm das Gesetz, aber auch der Vertrauensarztvertrag gibt, zu stärken, und nicht durch «administrative Pannen» zu schwächen.
9. Sie müssen das einheitliche Rechnungsformular Version 4.0 verwenden. Dies hat nichts mit der elektronischen Abrechnung via TrustCenter-Krankenversicherer zu tun; diese ist erst in zwei Jahren verbindlich. Die Grundlage bildet die Vereinbarung zwischen santésuisse und FMH, ein einheitliches Rechnungsformular zu verwenden. Das Handabrechnungsformular ist nur noch bis zum 30. Juni 2004 verwendbar! Wenn Ihre Software noch nicht «up to date» ist, müssen Sie Ihre Softwarehersteller kontaktieren. Ärzte, die kurz vor der Beendigung ihrer Praxistätigkeit stehen, sollen sich bei santésuisse um eine Fristverlängerung bemühen.

Und fast zum Schluss noch etwas aus der Humorkiste eines erfahrenen Praktikers im Kanton Solothurn bzw. eines ehemaligen Kantonalpräsidenten unserer Gesellschaft

Der erste erzählte mir kürzlich folgendes: Für eine bestimmte Krankheit hätte er nicht den im Kanton Solothurn gültigen Kurzdiagnosecode gewählt, sondern er hätte jeweils eine Wortdiagnose aufgeschrieben, nämlich «Popopathie». Von keiner Krankenversicherung sei je nachgefragt worden, um welche Krankheit es sich denn dabei handle. Sie finden sie im Tessiner Code unter E3!

Vom ehemaligen, leider viel zu früh verstorbenen Präsidenten unserer Gesellschaft, Dr. Christoph Binswanger, weiss ich folgendes: Wegen der «Pseudogenauigkeit» von Diagnosen pflegte er in Fällen, in denen es ihm einfach nicht möglich war, eine genaue Diagnose zu stellen, die Abkürzung «OGK» zu verwenden, obwohl es diese Codierung nach Solothurner Tarif nicht gab. Er erhielt nie irgendwelche Rückfragen seitens der Krankenversicherer. Die Abkürzung, die nur er kannte, lautete: «Only God knows!»

Und ganz zum Schluss noch dies

Das Patientengeheimnis ist durch das KVG nicht aufgehoben. Es liegt an Ihren Patientinnen und Patienten und an Ihnen zu entscheiden, wie sie damit umgehen wollen.

Literatur

- 1 Mattig T, Lutz C. Versicherer sind nicht bloss Zahlstellen. *Infosantésuisse* 2004;1-2.
- 2 Mattig T, Lutz C. Der Datenschutz und die Weitergabe medizinischer Daten an die Versicherer. *Schweiz Ärztezeitung* 2004;85(7):341-2.
- 3 Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911, KUVG.
- 4 Boll J. Die Entbindung vom Arzt- und Anwaltsgeheimnis. Zürich: Eigenverlag des Verfassers; 1983.
- 5 Keller K. Das ärztliche Berufsgeheimnis gemäss Art. 321 StGB unter besonderer Berücksichtigung der Regelung im Kanton Zürich. Zürich: Schulthess; 1993.
- 6 Maurer A. Schweizerisches Sozialversicherungsrecht. Band II, Besonderer Teil. Bern: Stämpfli; 1981.
- 7 Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, 91.071, vom 6. November 1991.
- 8 Maurer A. Das neue Krankenversicherungsrecht. Das Recht in Theorie und Praxis. Basel und Frankfurt am Main: Verlag Helbling & Lichtenhahn; 1996.
- 9 Diagnosecode auf TARMED-Abrechnungen. Angabe der Diagnose? Ja, weil Krankenversicherer-Geheimnis. *Infosantésuisse* 2004;4.
- 10 Botschaft über die Anpassung und Harmonisierung der gesetzlichen Grundlagen für die Bearbeitung von Personendaten in den Sozialversicherungen, 99.093, vom 24. November 1999.
- 11 Datenschutz bei Überprüfung der Wirtschaftlichkeit. Urteil EVG vom 9. Oktober 2001 (K 34/01).
- 12 Aktenedition im Schiedsgerichtsverfahren/Wirtschaftlichkeitsprozess. Urteil EVG vom 27. November 2001, (K 90/01).
- 13 Rahmenvertrag TARMED vom 5. Juni 2002. www.fmh.ch → Dienstleistungen → Tarife → TARMED → KVG-Bereich → Rahmenvertrag.
- 14 Brühwiler-Frésey LS. Medizinischer Behandlungsvertrag und Datenrecht. Zürich: Schulthess; 1996.
- 15 Kuhn HP. Datenschutz und KVG. *Schweiz Ärztezeitung* 2001;82(24):1266-75.
- 16 Internationale statistische Klassifikation der Krankheit und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.
- 17 Thür H. Übersicht über aktuelle datenschutzrechtliche Probleme im Gesundheitswesen. Datenschutz im Gesundheitswesen. Weiterbildungseminare HSG vom 24. April 2002, Zürich.
- 18 Noth J, Spycher S. Auswirkungen der Einführung des santésuisse-Datenpools auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern nach Artikel 56 KVG. Gutachten. Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien; 2002.