

Dr. Christian Peter

Kritische Bemerkungen zur Vereinbarung von santésuisse und H+

Die «Vereinbarung über ergänzende Anwendungsmodalitäten bei der Einführung der Tarifstruktur «SwissDRG» zwischen H+ Spitäler der Schweiz und santésuisse» sollte ab 2012 den Datenfluss zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern regeln. Von einer verhältnismässigen Datenweitergabe kann nicht gesprochen werden.

Rechtsgebiet(e): Gesundheitsrecht; Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung; Beiträge

Zitiervorschlag: Christian Peter, Kritische Bemerkungen zur Vereinbarung von santésuisse und H+, in: Jusletter 29. August 2011

Inhaltsübersicht

1. Regelungen der Vereinbarung
 - 1.1. Grundsatz
 - 1.2. Patienteninformation
 - 1.3. Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten bei der Rechnungsstellung
 - 1.4. Ausnahmefall: Übermittlung der medizinischen Daten an den Vertrauensarzt
 - 1.5. Schlussbestimmungen
2. Rechtliche Würdigung
 - 2.1. Vereinheitlichung nicht erreicht
 - 2.2. Patienteninformation
 - 2.3. Übermittlung der Diagnose- und Prozedurencodes als Standard
 - 2.4. Übermittlung der Diagnose- und Prozedurencodes an den Vertrauensarzt
 - 2.5. Unterscheidung von medizinischen und administrativen Daten
 - 2.6. Art der Übermittlung der Daten an die Krankenversicherer
 - 2.7. Datenbearbeitung und deren Aufbewahrung bei den Krankenversicherern
3. Fazit

[Rz 1] Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das mit der Vereinbarung¹ verfolgte Ziel, eine national einheitliche Regelung der Datenweitergabe an Versicherungen zu schaffen, zu begrüssen ist. Ebenso der Wunsch mit der Regelung Rechtssicherheit für die Spitäler und Krankenversicherer, aber auch für die betroffenen Patienten zu erreichen.

1. Regelungen der Vereinbarung

1.1. Grundsatz

[Rz 2] Aus der auf Art. 42 Abs. 3 KVG basierenden Pflicht der Krankenversicherer zur Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle ziehen die Vertragsparteien den Schluss, dass sämtliche Informationen welche der Rechnungsstellung zu Grunde liegen, bereitgestellt werden und daher die personenbezogenen Diagnosedaten und Prozeduren, welche für den jeweils abgerechneten stationären Fall kodiert worden sind, übermittelt werden müssen (Ziffer 1.1). Dies u.a. gestützt auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 29. Mai 2009.² Gleichzeitig anerkennen sie, dass die Übermittlung dieser Daten unter Einhaltung des Verhältnismässigkeitsprinzips und des Datenschutzes erfolgen muss.

[Rz 3] Adressat der Übermittlung der medizinischen Daten ist der Krankenversicherer oder wenn der Patient dies verlangt oder ein begründeter Fall im Sinne von Art. 42 Abs. 5 KVG vorliegt an den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

1.2. Patienteninformation

[Rz 4] Als erster Tribut an das oben genannt Urteil und das Verhältnismässigkeitsprinzip halten die Tarifparteien fest, dass die Spitäler die Patienten über Form und Inhalt der Datenübermittlung an den Krankenversicherer sowie über den

Verwendungszweck der Daten aufklären müssen (Ziffer 1.2). Ob diese Information auch einen Hinweis enthalten muss, dass der Patient verlangen kann, dass seine Daten nur an den Vertrauensarzt des Versicherers gehen dürfen, bleibt offen.

1.3. Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten bei der Rechnungsstellung

[Rz 5] Das Spital hat dem Krankenversicherer zusammen mit der Rechnungsstellung die Angaben über alle in der fakturierten Behandlungsperiode kodierten Diagnosen und Prozedurendaten (in voller Länge) sowie alle weiteren abrechnungsrelevanten Elemente zu übermitteln.

[Rz 6] Die Datenübermittlung hat in elektronischer, verschlüsselter Form zu erfolgen und darf weder anonymisiert noch pseudonymisiert sein. Reichen diese Informationen für die Prüfung der Rechnung nicht aus, kann der Krankenversicherer im Einzelfall zusätzliche medizinische Informationen oder medizinische Unterlagen einfordern. Nur im Ausnahmefall werden diese Unterlagen dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers geschickt.

1.4. Ausnahmefall: Übermittlung der medizinischen Daten an den Vertrauensarzt

[Rz 7] Die Parteien vereinbaren, dass die Patienteninformationen dem Vertrauensarzt geschickt werden müssen, wenn der Patient dies verlangt oder ein begründeter Fall im Sinne von Art. 42 Abs. 5 KVG vorliegt.

[Rz 8] Ein solcher begründeter Fall liegt gemäss Vereinbarung vor, wenn:

- der Patient während des gesamten stationären Aufenthalts nicht in der Lage war, sich zur Frage der Datenübermittlung zu äussern;
- der Patient unfähig ist, sich ein Urteil zu bilden;
- eine kodierte Erkrankung oder Behandlung oder eine Kombination davon vorliegt, welche eine Übermittlung an den Vertrauensarzt rechtfertigt.

[Rz 9] In diesen Ausnahmefällen wird der medizinische Datensatz als vertraulich zu Händen des Vertrauensarztes gekennzeichnet und der Krankenversicherer stellt durch technische und organisatorische Massnahmen sicher, dass ausschliesslich der Vertrauensarzt oder dessen Hilfspersonen Einsicht in die übermittelten medizinischen Daten erhalten.

[Rz 10] Als medizinische Daten gelten gemäss Vereinbarung folgende Daten:

- Neugeborenen – Zusatzdaten (ausser das Geburtsgewicht, das als administrative Information gilt),

¹ http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Tarife___Preise/Swiss_DRG/deutsch/Aktuell/D_Vereinbarung_Rahmenbedingungen_Sitzungs-version_20110705_Definitiv.pdf

² Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6570/2007 vom 29. Mai 2009, Abteilung III.

- MD³-Diagnosen,
- MD-Behandlungen,
- MD-Intensivmedizin,
- MD-Kinder (ausser das Aufnahmegewicht, das als administrative Information gilt).

[Rz 11] Um der oft zitierten Gefahr der Zweckänderung der Daten durch die Krankenversicherung entgegen zu wirken, wiederholen die Krankenversicherer in der Vereinbarung ihre Pflicht, die gestützt auf die Vereinbarung erhaltenen medizinischen Angaben ausschliesslich für die Zwecke der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss KVG zu verwenden. Zudem legen sie in Datenbearbeitungsreglementen insbesondere auch die Zugriffsrechte auf die diagnose- und prozedurenbezogenen Daten und die Aufbewahrungsdauer fest.

[Rz 12] Die Ziffern 2 «Einführungsmonitoring» und 3 «Kosten- und Leistungstransparenz im Rahmen der Tarifverhandlungen» geben nicht zu Diskussionen Anlass.

[Rz 13] Im Abschnitt 4 «Übergangsregelung betreffend Vergütung der Anlagenutzungskosten» wird vereinbart, dass die Anlagenutzungskosten für nach SwissDRG abgerechnete stationäre Fälle in einer Übergangsphase von drei Jahren (Tarifjahre 2012, 2013 und 2014) als Zuschlag auf die verhandelten Basispreise abgegolten werden (2012: +10%, 2013: +11%, 2014: +12%). Vorausgesetzt, die Betriebskostendaten und / oder die Anlagenutzungskostendaten werden korrekt geliefert.

1.5. Schlussbestimmungen

[Rz 14] Die Vereinbarung tritt mit der Einführung von SwissDRG (geplant auf 1. Januar 2012) in Kraft und muss durch den Bundesrat vorab genehmigt und durch ihn für die Anwendung von SwissDRG auf dem Gebiet der ganzen Schweiz als verbindlich erklärt werden.

[Rz 15] H+ muss zudem die Zustimmung ihrer Mitglieder einholen und im Fall einer Ablehnung den Bundesrat und santésuisse bis spätestens 15. August 2011 informieren. Die interne Vernehmlassung brachte eine grosse Ablehnung seitens der Spitäler zum Vorschein. Drei Viertel der Mitglieder – bei einer hohen Vernehmlassungsbeteiligung von 81 % - haben ihre Zustimmung verweigert.⁴

2. Rechtliche Würdigung

2.1. Vereinheitlichung nicht erreicht

[Rz 16] Das in der Präambel erwähnte Ziel, eine

³ MD bezeichnet das Bundesamt für Statistik die «Patientengruppen-Zusatzdaten».

⁴ Medienmitteilung von H+ vom 15. August 2011.

Vereinheitlichung herbeizuführen, wird mit dieser Vereinbarung kaum erreicht.

[Rz 17] In Ziffer 1.1 Abs. 3 wird die Tür für abweichende Lösungen geöffnet: «die Leistungserbringer und Versicherer können die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Angaben im individuellen Tarifvertrag im gegenseitigen Einvernehmen anders regeln.» Nur wenn eine solche abweichende Regelung nicht vorliegt, kommt die von den Verbänden ausgehandelte Regelung zur Anwendung. Ob diese Bestimmung, wie von der FMH befürchtet, angelegt ist, damit weitergehende Forderungen der Versicherer erfüllt werden und damit sich die Versicherer den Zugang zur Krankengeschichte sichern,⁵ wird sich weisen.

2.2. Patienteninformation

[Rz 18] Zwar lässt die Vereinbarung offen, dass in der Patienteninformation darauf hingewiesen werden muss, dass der Patient das Spital anweisen kann, seine Daten ausschliesslich dem Vertrauensarzt zu schicken, weil diese Möglichkeit in einem gesonderten Absatz erwähnt wird. Doch es ist sogar von einer Pflicht der Spitäler auszugehen, dies zu tun.

[Rz 19] So hält das Urteil des Bundesverwaltungsgericht mit Verweis auf die Lehre fest, dass der Versicherte beispielsweise im Rahmen der von ihm auszufüllenden Eintrittsdokumentation ausdrücklich darauf hingewiesen werden muss, dass er gemäss Art. 42 Abs. 5 KVG die Weitergabe der medizinischen Angaben an den Vertrauensarzt verlangen kann.⁶

[Rz 20] Dies gibt dem Spital ein machtvolleres Mittel in die Hand. Die Art und Weise wie das Spital den Patienten informiert, wird einen starken Einfluss auf die Entscheidung der Patienten haben. Wird der Patient schriftlich in der Patienteninformationsbroschüre informiert, wird er sich kaum für die Übermittlung seiner Daten an den Vertrauensarzt entscheiden. Wird er jedoch beim Eintritt im persönlichen Gespräch auf die Möglichkeit hingewiesen, dass seine Daten ausschliesslich dem Vertrauensarzt zugestellt werden könnten, werden sich sicherlich mehr Patienten für diese Variante entscheiden. Eine Aufstockung der Kapazitäten im vertrauensärztlichen Dienst bei den Versicherungen wäre wohl unumgänglich.

2.3. Übermittlung der Diagnose- und Prozedurencodes als Standard

[Rz 21] Zwar wird in der Präambel auf das Prinzip der Verhältnismässigkeit hingewiesen, doch beim Umfang der zu

⁵ FMH, Argumente gegen die Vereinbarung von H+ und santésuisse zur Einführung der Tarifstruktur SwissDRG – Bern, 22. Juli 2011. http://www.fmh.ch/files/pdf6/FMH_SwissDRG_Argumente_gegen_Vereinbarung_von_H_und_santesuisse_D.pdf

⁶ Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6570/2007 vom 29. Mai 2009, Abteilung III, 5.1.2.

übermittelnden Daten an die Krankenversicherer wird die Zurückhaltung abgelegt. Alle in der fakturierten Behandlungsperiode kodierten Diagnosen und Prozedurendaten müssen in voller Länge und bereits zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung übermittelt werden. Dies als ob die Versicherer jeden DRG auf jeder Rechnung überprüfen würden und die Verhältnismässigkeit bei der Datenweitergabe an Versicherungen keine Rolle spielen würde.

[Rz 22] In der Praxis überprüfen die Kassen lediglich 10–15 % aller Rechnungen. Folglich benötigen sie für die 85–90% der nicht kontrollierten Rechnungen, auch keine zusätzlichen medizinischen Informationen. Der von Seiten der Krankenversicherer vorgebrachte Einwand, dass sie zur Eruiierung der prüfungswürdigen 10–15 % all die eingeforderten medizinischen Informationen von allen Fällen benötigen,⁷ ist nicht belegt und auch nicht nachvollziehbar.

[Rz 23] In Art. 59 KVV regelt der Bundesrat, entsprechend dem Auftrag von Art. 42 Abs. 3 KVG, die Einzelheiten der Rechnungsstellung. Diese geht davon aus, dass die systematische Weitergabe bestimmter medizinischer Auskünfte, insbesondere der Diagnose und der erbrachten Leistungen, tarifvertraglich vereinbart werden kann.⁸ Eine Änderung der mehrstufigen Konzeption von Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG erfolgt jedoch nicht. Es kann lediglich vereinbart werden, welche Informationen in einem ersten Schritt den Krankenversicherern übermittelt werden. Das Verhältnismässigkeitsprinzip gebietet hingegen, dass die übermittelten Informationen geeignet und erforderlich sind die Wirtschaftlichkeits- und Rechnungskontrolle durchzuführen. Im März 2007 hat der Nationalrat noch einen Antrag, einen expliziten Gesetzesartikel zur systematischen Übermittlung der Diagnosen, Nebendiagnosen und Prozeduren zu erlassen, abgelehnt.⁹ Offenbar erachtete das Parlament die Übermittlung dieser Daten als nicht nötig.

[Rz 24] Der vorliegend vereinbarte Datensatz umfasst nun bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen, wovon nur ein Teil für die DRG-Zuordnung relevant ist. Der festgelegte Datensatz umfasst darüber hinaus zahlreiche Merkmale, die für die DRG-Zuordnung nicht erforderlich sind.¹⁰ Ein klar unverhältnismässiges Vorgehen.

[Rz 25] Zudem wird mit der Einschränkung, dass die Krankenversicherer nur dann eine Begründung für ihren über den

Standard hinausgehenden Datenwunsch angeben müssen, wenn die Versicherer überdurchschnittlich viele Anfrage starten, der Datenfluss vom Spital an die Krankenversicherer zusätzlich erleichtert.

[Rz 26] Eine Regelung wäre angebracht, welche dem Krankenversicherer bei Rückfragen, die zu keiner Rechnungsänderung führen, die Bearbeitungskosten auferlegen würden. Sei dies in Form einer Entschädigung pro Fall (in Deutschland zahlen die Versicherer in jedem solchen Fall 300 Euro Aufwandsentschädigung an das betroffene Spital)¹¹ oder mittels anderen Pönalitäten, welche in den Tarifverträgen vereinbart werden und ab einer gewissen Anzahl von ungerechtfertigte Rückfragen zur Anwendung gelangen.

2.4. Übermittlung der Diagnose- und Prozedurencodes an den Vertrauensarzt

[Rz 27] Das stufenweise Vorgehen wird durch die Tarifpartner nicht vollständig aufgegeben. Wenn die Daten dem Krankenversicherer nicht ausreichen, kann er – wie oben bereits angetönt – noch weitere Informationen und Unterlagen einfordern. Und die Spitäler dürfen diese Daten nur in Ausnahmefällen dem Vertrauensarzt zustellen.

[Rz 28] Dass auch dieser Prozess geregelt wird, ist grundsätzlich nicht zu bemängeln. Auch Art. 42 KVG sieht vor, dass nach der Rechnungsstellung weitere Informationen nötig sein können. Die Befürchtung der FMH, dass die Versicherer versucht sind, eine Rechtfertigung zur Herausgabe der vollständigen Krankengeschichte zu etablieren¹², erscheinen daher als gar pessimistisch.

[Rz 29] Die Einschränkung hingegen, dass die Daten «nur in Ausnahmefällen» dem Vertrauensarzt zugestellt werden dürfen, ist mit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts nicht vereinbar. Dieses hält fest, dass bei der Beurteilung, von «heiklen» beziehungsweise von einem (erheblichen) Teil der Bevölkerung als stigmatisierend empfundenen Krankheiten den Leistungserbringern ein erheblicher Beurteilungsspielraum zukommt und bei Zweifelsfällen, der Weg über den Vertrauensarzt einzuschlagen sei.¹³

[Rz 30] Die in der Vereinbarung gewählte Definition der Ausnahmefälle lässt den Spitälern wiederum viel Freiheit. Neben dem Wunsch des Patienten, stellen auch folgende Situationen einen Ausnahmefall dar:

- Der Patient konnte sich während des gesamten stationären Aufenthalts nicht zu Frage der Datenweitergabe äussern oder

⁷ Vgl. Manfred Manser, Transparenz zwischen Spital und Versicherer, in: NZZ vom 15. Januar 2008.

⁸ Isabelle Häner, Datenschutz in der Krankenversicherung, in: DIGMA 2003, S. 148; Gebhard Eugster / Rudolf Luginbühl, Datenschutz in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, in: Barbara Hürlimann / Reto Jacobs / Tomas Poledna (Hrsg.), Datenschutz im Gesundheitswesen, Zürich 2001, S. 109; Ueli Kieser, Leistungserbringer in der Krankenversicherung, in: SJZ 2003, S. 581

⁹ Vgl. amtliches Wortprotokoll vom 21. März 2007 zu Art. 42 KVG, Anträge Humbel Näf und Stahl; in: Amtliches Bulletin (AB) 2007 N 442ff.

¹⁰ FMH, Argumente gegen die Vereinbarung von H+ und santésuisse zur Einführung der Tarifstruktur SwissDRG – Bern, 22. Juli 2011, S. 6.

¹¹ FMH, Argumente gegen die Vereinbarung von H+ und santésuisse zur Einführung der Tarifstruktur SwissDRG – Bern, 22. Juli 2011, S. 4.

¹² FMH, Argumente gegen die Vereinbarung von H+ und santésuisse zur Einführung der Tarifstruktur SwissDRG – Bern, 22. Juli 2011, S. 3.

¹³ Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6570/2007 vom 29. Mai 2009, Abteilung III, Ziffer 5.1.1.

- er ist urteilsunfähig oder
- die kodierte Erkrankung oder Behandlung oder eine Kombination davon rechtfertigt die Übermittlung an den Vertrauensarzt.

[Rz 31] Die beiden ersten Fälle sind zahlenmässig sehr gering. Nur die wenigsten Patienten sind Urteilsunfähig oder während des ganzen Spitalaufenthalts nicht ansprechbar. Bei den Eintrittsmeldungen an die Versicherung würde dies jedoch bedeuten, dass bei Notfalleingriffen bei Patienten, die weder ansprechbar noch urteilsfähig sind, die Eintrittsmeldung immer dem Vertrauensarzt geschickt werden müsste.

[Rz 32] Zudem entspricht die Konzeption, dass man bezüglich des Willens des Patienten mit Vermutungen arbeitet (nämlich mit der Vermutung, dass diese immer eine Datenweitergabe an den Vertrauensarzt wünschen), nicht den Regelungen des im 2013 in Kraft tretenden neuen Erwachsenenschutzrechts. Dieses delegiert solche Entscheidungen einer vertretungsberechtigten Person (vgl. Art. 378 nZGB).

[Rz 33] Beim dritten Fall gilt positiv anzumerken, dass diese Norm den Spitälern ermöglicht, die Datenweitergabe an die Krankenversicherer verhältnismässig zu gestalten.

[Rz 34] Was genau die Übermittlung der Daten an den Vertrauensarzt rechtfertigt, ist nirgends genauer definiert. Jedem Spital bleibt es somit überlassen, diejenigen kodierten Erkrankungen oder Behandlungen zu bezeichnen, welche aus ihrer Sicht die Übermittlung an den Vertrauensarzt rechtfertigen. Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts gibt hierzu sachdienliche Hinweise. Die Weitergabe an den Vertrauensarzt dränge sich bei «von einem (erheblichen) Teil der Bevölkerung als stigmatisierend empfundenen Krankheiten» auf. So beispielsweise bei bestimmten psychischen Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten oder bei Folgeschäden nach Suizidversuchen.¹⁴

[Rz 35] Und wie erwähnt kommt den Spitälern hierbei ein erheblicher Beurteilungsspielraum zu und in Zweifelsfällen sind die Daten an den Vertrauensarzt zu überweisen.

[Rz 36] So positiv diese Flexibilität der Spitäler im Bezug auf das Patientengeheimnis ist: dem Vorhaben, eine nationale Vereinheitlichung herbeizuführen, ist sie nicht dienlich. Um Unsicherheiten bei der Rechtsanwendung zu vermeiden, erweist es sich als zwingend, die Modalitäten hinsichtlich der Weitergabe bestimmter Daten an den Vertrauensarzt zu regeln.¹⁵

[Rz 37] Hier wäre der Verband der Spitäler «H+ Spitäler der Schweiz» gefordert gewesen. Er hätte seinen Mitgliedern eine Handlungsanleitung zur Verfügung stellen sollen, welche eine einheitliche Anwendung dieser Ausnahmebestimmung

garantierte und zu einer Respektierung des Patientengeheimnisses geführt hätte.

2.5. Unterscheidung von medizinischen und administrativen Daten

[Rz 38] Ungeachtet der zukünftigen Anwendung dieser Ausnahmebestimmung bleibt der Umstand stossend, dass die Unterscheidung von medizinischen und administrativen Daten willkürlich erfolgt. So wird im Vertrag vereinbart, dass das Geburtsgewicht (resp. Aufnahmegewicht bei Kindern) als administrative Rechnungsdaten gelten sollen und die administrativen Daten nie – auch nicht auf Wunsch des Patienten, resp. seines gesetzlichen Vertreters gestützt auf Art. 42 Abs. 5 KVG – dem Vertrauensarzt übermittelt würden. Die Zuordnung zu den administrativen Daten ist unzulässig. Es sind medizinische Daten, welche für die korrekte Bestimmung der Fallgruppe unabdingbar sind. Sie können sogar stigmatisierend sein. Denn ein tiefes Gewicht kann Rückschlüsse auf gesundheitliche, aber auch soziale Ursachen wie Vernachlässigung bei Kind oder Kindsmutter zulassen.¹⁶

2.6. Art der Übermittlung der Daten an die Krankenversicherer

[Rz 39] Die Übermittlung der Daten an die Krankenversicherer oder an den vertrauensärztlichen Dienst der Krankenversicherer erfolgt nicht auf getrenntem Weg. Die administrativen und medizinischen Daten werden gemeinsam in einem Datencontainer übermittelt, wobei die medizinischen Daten lediglich als vertraulich zu Händen des Vertrauensarztes gekennzeichnet werden.

[Rz 40] Unter dem Gesichtspunkt, dass die Tarifpartner gestützt auf Art. 8 ff sowie Art. 20 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen treffen müssen und vom Forum Datenaustausch ein Standard für die ungekoppelte Datenübermittlung entwickelt wurde¹⁷, ist eine getrennte Übermittlung zu fordern.

2.7. Datenbearbeitung und deren Aufbewahrung bei den Krankenversicherern

[Rz 41] Leider sieht die Vereinbarung nicht vor, dass die Krankenversicherer ihre Datenbearbeitungsreglementen insbesondere auch die Zugriffsrechte auf die diagnose- und prozedurenbezogenen Daten offenlegen. Nur eine Offenlegung macht es dem Kunden möglich zu entscheiden, ob seine

¹⁴ Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6570/2007 vom 29. Mai 2009, Abteilung III, Ziffer 5.1.1.

¹⁵ So auch das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6570/2007 vom 29. Mai 2009, Abteilung III, Ziffer 5.1.3.

¹⁶ FMH, Argumente gegen die Vereinbarung von H+ und santésuisse zur Einführung der Tarifstruktur SwissDRG – Bern, 22. Juli 2011, S. 6.

¹⁷ FMH, Argumente gegen die Vereinbarung von H+ und santésuisse zur Einführung der Tarifstruktur SwissDRG – Bern, 22. Juli 2011, S. 5.

Behandlungsdaten von der Krankenversicherung oder ihrem Vertrauensarzt bearbeitet werden sollen.

[Rz 42] Zudem verzichten die Tarifpartner auf eine Regelung, ob, gegebenenfalls in welcher Form und wie lange, die medizinischen Daten aufbewahrt werden sollen. Dies entgegen dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, welches es als nötig erachtete, dass die Vertragsparteien entsprechende Regelungen vorsehen.¹⁸

3. Fazit

[Rz 43] Die Interessen des Patienten an einem korrekten Umgang mit seinen Patientendaten stand sicherlich nicht im Zentrum bei den Vertragsverhandlungen zwischen den Spital- und den Krankenkassenvertretern. Will man den Krankenversicherern nicht unterstellen, dass sie die Patientendaten für die Risikoselektion bei ihren Zusatzversicherungen brauchen, fällt es einem schwer, einen Grund für ihren unstillbaren Wunsch nach Patientendaten zu finden. Auf Seiten der Spitäler lässt sich wiederum der Eindruck nicht verwehren, dass bei der angestrebte «Gesamtlösung»¹⁹ das Patientengeheimnis der Vergütung der Anlagenutzungskosten geopfert wurde.

[Rz 44] Positiv muss jedoch vermeldet werden, dass es die einzelnen Spitäler – wäre diese Vereinbarung tatsächlich in Kraft getreten – in der Hand gehabt hätten, mittels einer patientenfreundlichen Patienteninformation und einer datenschutzkonformen Anwendung der Ausnahmebestimmung zum Vertrauensarzt, vertragsgemäss zu handeln und dennoch das Patientengeheimnis einigermassen zu wahren.

[Rz 45] Mit dem Nein der Mitglieder von H+ zur vorliegenden Vereinbarung bleibt offen, wie der Datenfluss zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern ab 1. Januar 2012 ablaufen soll. Etwas eigenwillig interpretiert H+ die Ablehnung ihrer Mitglieder und postuliert, dass «die Anwendungsmodalitäten für die Einführung der neuen Spitalfinanzierung nun im Sinne des Abstimmungsresultates im Rahmen der Tarifverhandlungen zwischen den einzelnen Spitälern und den Versicherern vereinbart werden»²⁰ sollen. Die Versicherungen wiederum befürworteten das Eingreifen von Bundesrat Burkhalter mittels Verordnung, damit nicht jedes Spital einzeln mit den Krankenkassen verhandelt.²¹ Welche Lösung auch getroffen wird: Das Patientengeheimnis muss eine gewichtigere Rolle spielen als in der vorgelegten Vereinbarung.

Dr. iur. Christian Peter, Co-Geschäftsführer der HEP & Partner GmbH für ökonomische und juristische Beratung von Organisationen im Gesundheitswesen und Lehrbeauftragter für Gesundheitsrecht an der Fachhochschule Bern, Gesundheit, christian.peter@hep-partner.ch

* * *

¹⁸ Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6570/2007 vom 29. Mai 2009, Abteilung III, Ziffer 5.2.

¹⁹ So der Pressesprecher von H+ gegenüber der sda, sda vom 19. Juli 2011, abgedruckt in verschiedenen Medien.

²⁰ Medienmitteilung von H+ vom 15. August 2011

²¹ So verschiedene Medien am 16. August 2011.