



August 2001 / 4

doc.be

Ärztegesellschaft
des Kantons Bern
Société des médecins
du canton de Berne
www.berner-aerzte.ch

Die RoKo 2000 braucht Ihre Zahlen

Die ärztliche Datenerhebung RoKo (Rollende Kostenstudie) wird in der deutschen Schweiz seit zehn Jahren von kantonalen Ärztesellschaften und der Ärztekasse durchgeführt. Initiiert wurde die RoKo durch die Berner Ärztesellschaft: 1989 wurden erstmals in der Schweiz im Kanton Bern Praxiskosten erhoben. Die Teilnahme an dieser Kostenstudie ist im Kanton Bern freiwillig. Die entsprechenden Fragebogen werden Ihnen in den nächsten Tagen zugestellt.

Machen Sie mit, nehmen Sie sich diese 1–2 Stunden Zeit. Sie verbessern damit nicht nur Ihre Datenlage, sondern auch diejenige der Ärzteschaft. Letzteres gewinnt in Verhandlungssituationen zunehmend an Bedeutung. Die Auswertung der letztjährigen RoKo (Zahlen von 1999) zeigt schweizweit für den Durchschnitt aller praktizierenden Ärzte (operativ tätige Spezialisten, nicht operativ tätige Spezialisten, Psychiater, Grundversorger) folgende Entwicklung:

Der Kostensatz (prozentualer Anteil des Aufwandes am Ertrag) pendelte sich in den letzten Jahren bei 68% ein; er lag anfangs der 90er Jahre bei 59%. Die weitaus gewichtigsten Aufwandsbestandteile sind die Löhne und das Material (Medikamente, Verbrauchsmaterial). Das Bruttoergebnis stagniert in den letzten Jahren nominal unter 190 000 Franken (netto und vergleichbar mit einem Arbeitnehmereinkommen: 160'000 Franken), das heisst, es sinkt indexbereinigt real stetig.

Im Kanton Bern sinkt die Teilnehmerzahl an der RoKo seit Mitte der 90er Jahre kontinuierlich, von damals 30% auf im letzten Jahr 11%. In der übrigen Deutschschweiz liegt die Teilnehmerzahl höher.

Ich rufe Sie auf, an der diesjährigen RoKo (Zahlen des Jahres 2000) teilzunehmen. Ihr zusätzlicher Aufwand lohnt sich dank des individuellen Feedbacks für Sie selber und dank der Verbesserung der statistischen Datenlage für die Ärzteschaft.

Für den Vorstand:

Jürg Schlup, Präsident

Editorial 2

Bündeln und nutzen wir unsere eigenen Datenquellen konsequent!
Trust Center für Ärztinnen und Ärzte

Wirtschaftliche Entwicklung der Berner Ärzte – zweite Schnellumfrage 2001 3

Mitteilungen des Sekretärs 4

- Kassenunabhängigkeit nach Art. 44 Abs. 2 KVG

Alle Jahre wieder ... kommt der Prämienschub 5

- Patienten verlangen medizinische Fortschritte
- Krankenkassen als kostentreibender Faktor
- Über Rationierung im Gesundheitswesen sprechen!

Patientenschutz: Recht des Patienten auf Datenschutz 7

- Wo ist der Patientenschutz gefährdet?
- Was sagt das Gesetz zum Patientenschutz?
- Was muss der Arzt wissen, um den Datenschutz einzuhalten?
 - Zusammenfassung

Bericht aus dem Bezirksverein Oberland: Spital Meiringen 12

Editorial

Bündeln und nutzen wir unsere eigenen Datenquellen konsequent! Trust Center für Ärztinnen und Ärzte



Jürg Schlup
Präsident

Im April dieses Jahres haben einige Mitglieder unserer Ärztesgesellschaft vom Health Clearing Center in Ostermundigen einen Brief mit beigelegtem Datenträger erhalten. Im Schreiben wurde allen Leistungserbringern die Möglichkeit des kostenlosen Datenaustausches eröffnet. Daneben wurde wertvoller Zusatznutzen in Aussicht gestellt. Dieses Clearing Center ist ein Projekt der ATAG debis Informatik AG, an welchem zwei der grössten Krankenversicherer der Schweiz beteiligt sind, deren Marktanteil landesweit 20 Prozent beträgt.

Warum bieten Krankenversicherer kostenlosen Datenaustausch für Ärztinnen und Ärzte an und offerieren zusätzliche Anreize über ausbaubare Dienstleistungen?

Elektronischer Datenaustausch, eine neue Ära

Mit der Möglichkeit des elektronischen Datenverkehrs ist auch im Gesundheitswesen ein neues Zeitalter angebrochen. Die Krankenversicherer benötigen statistische Informationen, um die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlung beurteilen zu können. Der elektronische Datentransfer ermöglicht ganz neue Leistungsstatistiken; zusammen mit dem neuen Arzttarif öffnen sich diesbezüglich bislang verschlossene statistische Welten.

Hier bieten sich für die Ärzteschaft nun Chancen, aber – wie obiges Beispiel erahnen lässt – auch Gefahren. Die Gefahr besteht, dass wir unsere elektronischen Daten gedankenlos – und kostenlos – mit den Kostenträgern austauschen und dadurch in eine neue Dimension der Daten-

disparität geraten. Gegen diese ausgezeichneten elektronischen Leistungsstatistiken der Kassen werden wir nichts annähernd Ebenbürtiges entgegenhalten können.

Wir Berner Ärzte haben hier und heute auch die Chance, unsere Daten selber zu bündeln und zu nutzen und sie schliesslich auf Abruf den Kassen weiterzuleiten. Wir haben ein vitales Interesse an einer methodisch präzisen, korrekten, aussagekräftigen und ärzteigenen Leistungsstatistik: für das Management unserer Behandlungsprozesse, für die Verhandlungsführung, für die Diskussion um die Kostenentwicklung. Unsere Bedürfnisse zur Sammlung und Auswertung von Abrechnungsdaten sind inhaltlich anders als diejenigen der Kostenträger.

Ärzteeigene Vertrauensstellen

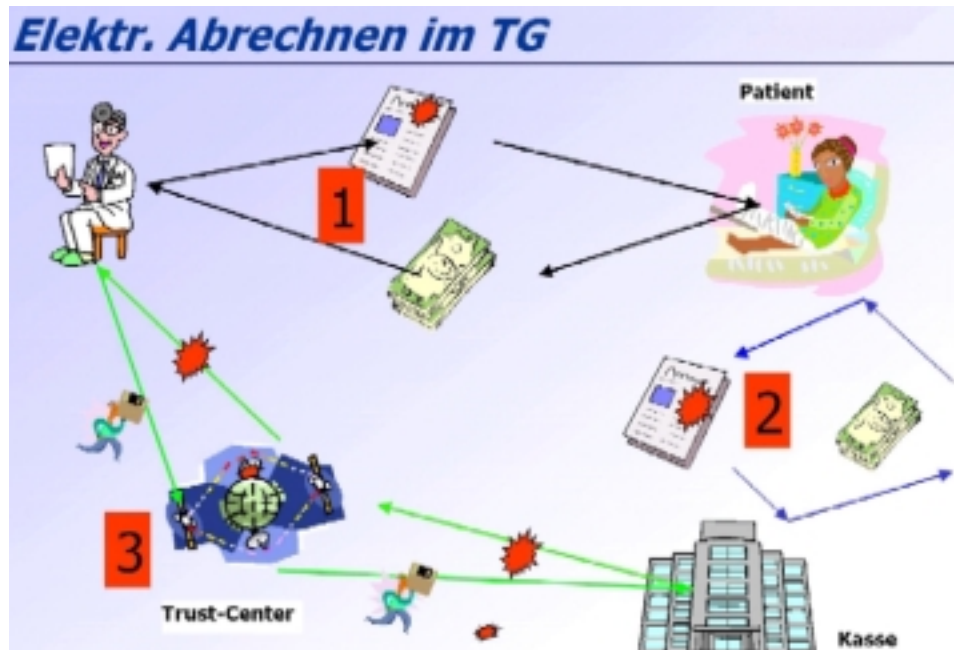
Wie nutzen wir die Chance, Datenparität mit den Kassen zu erreichen? Mit (mindestens) einem ärzteigenen Trust Center. Was ist ein Trust Center? Eine Verarbeitungsstelle für elektronische Daten. Diese Rechnungsdaten werden verschlüsselt

über Internet empfangen, anschliessend erfasst, gelagert und auf Abruf gefiltert an die Kostenträger in für diese lesbarer Form weitergeleitet. Einzig der Arzt als Absender der elektronischen Rechnungsdaten kann über die weitere Verwendung seiner Daten bestimmen. Er wählt sein Trust Center und beauftragt dieses, seine Daten in vereinbarter Form an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten. Das Trust Center hat keine weiteren Nutzungsrechte an den empfangenen Daten. Langfristig soll die Ärztin oder der Arzt unter verschiedenen Trust Centers auswählen und auch wechseln können. Diese Wahlmöglichkeit ist aus Finanzierungsgründen nur längerfristig erreichbar.

Ärzteeigene Trust Centers gibt es heute noch kaum in der Schweiz. Im Kanton Freiburg ist ein noch kleines Center operationell. In den Kantonen Aargau, Luzern, St. Gallen und Thurgau sind solche Stellen im Aufbau, wobei dort die erste Finanzierung gesichert ist.

Elektronische Abrechnung

Wo ist ein solches Trust Center nun im Abrechnungsprozess (tiers garant) eingebaut (siehe auch Abbildung)? Wie bisher stellen die Leistungserbringer die Rechnung dem Patienten in Papierform zu; der Patient leitet diese an die Kasse weiter. Gleichzeitig senden wir diese Rechnungsdaten in elektronischer Form an unser (hoffentlich ärzteigenes) Trust Center. Der Versicherer erhält Zugriff auf diese elektronischen Rechnungsdaten, sofern er die entsprechende Rechnung in Papierform



vom Patienten erhalten hat (aufgedruckter Rechnungscode).

Die Versicherer haben neben der erwähnten deutlich verbesserten Leistungsstatistik auch wegen der Verbesserung ihrer Wettbewerbsfähigkeit Interesse an elektronisch aufbereiteten, kompatiblen Rechnungsdaten: Rechnungserfassung in verarbeitbarer elektronischer Form ist teuer und verursacht einen Grossteil der Administrationskosten der Kassen.

Zusatznutzen generieren

Für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte hat ein solches Trust Center – sofern ärzte-eigen – zusätzliche, bislang nicht genannte Vorteile, von denen einzelne hier erwähnt seien:

- Einzelmitgliedern können individuelle, aussagekräftige Statistiken zur Verfügung gestellt werden. Zweck: z.B. Verbesserung der eigenen Wettbewerbsfähigkeit (Behandlungsprozesse), Argumentation bei Rückforderungen der Kasse, Grundlage für Einsprachen bei Auflösung der Kontrahierung.
- Beteiligte Ärzteguppen (Fachgesellschaften, Bezirksvereine, Notfallgruppen usw.) können anonymisierte Statistiken

über sich selber anfordern. Zweck: z.B. Argumentationsgrundlage bei Auseinandersetzung mit Kasse, Verhandlungsführung mit Managed Care Anbieter.

Geeigneter Partner

Für die Sicherstellung des Betriebes ist ein Trust Center auf die Zusammenarbeit mit einem Informatik-Dienstleister angewiesen. Dieser muss in der Lage sein, die technischen und personellen Ressourcen zur Sammlung, Erfassung, Lagerung und Weiterleitung von Rechnungsdaten bereitzustellen. Unter den potentiellen Datenverarbeitern gibt es nur wenige ärzteeigene.

Finanzierung

Der Aufbau eines Trust Centers ist interessant, mindestens die Krankenversicherer haben dies erkannt und investieren Geld, wie das Projekt der ATAG debis zeigt. Die Ärzteschaft sollte dies auch tun: Versuchen wir ein Trust Center zu finanzieren. Wir verdienen nicht mehr damit, aber wir verlieren weniger!

Eine dualistische Finanzierung wäre möglich, einerseits über einen einmaligen Son-

derbeitrag aller Mitglieder der Kantonalen Ärztesgesellschaft und andererseits mit der Zeichnung von Trust Center Aktien durch interessierte Mitglieder, die dadurch zu Aktionären würden. Die minimale Anzahl teilnehmender Ärzte, die für die Finanzierung und den Betrieb eines Trust Centers notwendig wäre, liegt bei 200. Eine Möglichkeit der Refinanzierung besteht: Wie oben erwähnt sparen die Kassen durch den Einkauf elektronisch aufbereiteter, kompatibler Rechnungsdaten Erfassungskosten. Wieviel und ob sie allerdings dafür zu zahlen bereit sind, steht vorläufig in den Sternen. Künftige Trust Center-Aktionäre wissen aber, Aktien sind Risikokapital, und Risiken bergen auch Chancen.

Fazit

Versuchen wir die Chance zur Datenparität zu nutzen! Benutzen wir dazu unsere eigenen Daten. Behalten wir diese in den eigenen Händen. Konzentrieren wir unsere Datenströme und benutzen wir sie als Verhandlungsmasse.

An unseren Daten werden wir gemessen, nicht an unseren Taten!

Wirtschaftliche Entwicklung der Berner Ärzte – zweite Schnellumfrage 2001



Adrian Sieber
Mitglied des Vorstandes und des Wirtschaftsausschusses

Im Jahre 1997 hat der Wirtschaftsausschuss der Berner Ärztesgesellschaft erstmals eine Umfrage zur wirtschaftlichen Befindlichkeit der Ärzte im Kanton Bern durchgeführt. Es wurde damals nach dem Vergleich der Jahresabschlüsse von 1995 mit 1996 gefragt. Die Ergebnisse sind in der damaligen Kurzinformation publiziert und kommentiert worden.

Im Juni 2001 wurde mit identischen Fragen ein Vergleich der Abschlüsse 1999 mit jenen von 2000 erhoben. Die Umfrage erfolgte anonym und wurde durch die Ärztekasse computerisiert und ausgewertet. An dieser Stelle danke ich der Ärztekasse, insbesondere ihrem Direktor, A. Prantl,

Rücklauf:

773 von 1800 Fragebögen (= 43%)

Umsatzentwicklung, alle Ärzte:

Besser 38% (30%)
Schlechter 33% (40%)

Gewinnentwicklung, alle Ärzte:

Besser 32% (25%)
Schlechter 40% (50%)

Beurteilung der eigenen wirtschaftlichen Situation nach Tätigkeit:

Grundversorger:

Besser: 37% (29%)
Schlechter: 36% (48%)

Spezialisten:

Besser: 26% (28%)
Schlechter: 44% (42%)

Spitalärzte:

Besser: 22% (25%)
Schlechter: 58% (44%)

Gründe für die Verbesserung der wirtschaftlichen Situation:

Mehr Patienten: 24% (21%)
Erhöhte Tätigkeit: 16% (11%)

Von **Schliessungen von Arztpraxen aus wirtschaftlichen Gründen** haben 13% (10%) der antwortenden Kollegen gehört.

sowie Frau Leder vom Sekretariat, im Namen der Berner Ärzte herzlich. Einige Auszüge aus den Ergebnissen sol-

len Ihnen das Exprimat der Erkenntnisse aus der Umfrage darlegen.

Fragen beantwortet der Schreibende gerne und jederzeit. Die Zahlen vergleichen die Periode 1999 mit 2000 (in Klammern die Zahlen der Periode 1995 mit 1996).

Kommentar:

Der grosse Rücklauf von Fragebögen zeigt ein Mitteilungsbedürfnis der Berner Ärzte gegenüber ihrer standespolitischen Instanz und weist auf eine Sensibilität unserer Mitglieder im wirtschaftlichen Bereich hin.

Die antwortenden Ärzte melden für das Jahr 2000 weniger Verschlechterungen und eher mehr Verbesserungen ihrer wirtschaftlichen Lage im Vergleich zu 1999.

Bei den antwortenden Grundversorgern sind im Jahre 2001 Verschlechterungen seltener und Verbesserungen häufiger geworden als noch 1997, bei den Spezialisten, bei denen der Abwärtstrend anhält, verhält es sich umgekehrt.

Alarmierend ist die wirtschaftliche Verschlechterungstendenz bei den Spitalärzten im Kanton Bern, welche motivationsrelevantes Ausmass anzunehmen beginnt!

Die Berner Ärzte haben die Tendenz, durch die Steigerung ihres Arbeitsvolumens einer wirtschaftlichen Verschlechterung entgegenzuwirken.

Mitteilungen des Sekretärs



Thomas
Eichenberger
Sekretär

Kassenunabhängigkeit nach Art. 44 Abs. 2 KVG

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung besteht Anspruch auf freie Arztwahl unter den zugelassenen Ärztinnen und Ärzten (Art. 36 KVG: eidgenössisches Arztdiplom und vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung) am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung (Art. 41 Abs. 2 lit. a KVG) und Tarifschutz (Art. 44 Abs. 1 KVG).

Ein Leistungserbringer kann es ablehnen, Leistungen nach diesem Gesetz zu erbringen. Er muss dies der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle melden und die Patientinnen und Patienten darauf aufmerksam machen, dass sie keine Rückerstattung vom Krankenversicherer erhalten (Art. 44 Abs. 2 KVG). In den Ausstand treten bedeutet nun aber nach vorherrschender Auffassung, dass überhaupt keine Leistungen nach KVG mehr erbracht werden dürfen. Der Ausstand kann also nicht einer einzelnen Kasse gegenüber erklärt werden. Diese Auffassung vertritt gemäss Pressemitteilung auch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich in einem jüngeren Entscheid. Ein Arzt wollte gegenüber einer einzelnen Kasse in den Ausstand treten. Dies wurde ihm nicht gestattet. Eine höchstrichterliche Rechtsprechung zu dieser Thematik unter dem neuen KVG liegt allerdings noch nicht vor.

Im Falle einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs (Korrelat zur freien Arztwahl), wonach die Krankenversicherer heute KVG-Leistungen von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten zurückerstatten müssen, würde zwar die Möglichkeit beibehalten, dass eine Ärztin den generellen Ausstand erklären kann. Weil die Krankenversicherer aber nicht mehr mit jeder Ärztin und jedem

Arzt zusammenarbeiten müssen, tritt bei *Aufhebung des Kontrahierungszwangs* für den Regelfall eine strenge Informationspflicht des Arztes in den Vordergrund. Vorgängig der Behandlung müsste also in jedem Fall deklariert werden, ob der behandelnde Arzt mit dem Krankenversicherer des Patienten überhaupt einen Vertrag hat. Wenn nicht, bestünde keine Rückerstattungspflicht (mehr).

Es könnte dann also gut sein, dass Dr. X mit den Krankenversicherern A, B und C einen Vertrag hat, nicht aber mit D und E, während Dr. Y im Rahmen des KVG (wohl oder übel) nur noch mit dem Krankenversicherer E zusammenarbeitet. Das Fehlen eines Vertrages entspricht dann in etwa dem «Ausstand gegenüber einem einzelnen Krankenversicherer». Soweit zur Zukunftsmusik. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wurde von der ständerätlichen Kommission befürwortet. Der Ständerat als Erstrat (vermutlich im September 2001) und der Nationalrat als Zweitrat werden noch darüber zu befinden haben. Die FMH hat ein mögliches Referendum angekündigt.

Wir halten noch einmal an unserer Auffassung fest, wonach heute und in Zukunft keine Verpflichtung für unsere Mitglieder besteht, an besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer teilzunehmen. Lehnt es ein Leistungserbringer ab, bei einem solchen Modell mitzumachen, obwohl der Krankenversicherer dies wünscht, so kann er nicht verpflichtet werden, anders als nach KVG zu behandeln, d.h. beispielsweise nur noch Generika abzugeben. Figuriert eine Ärztin zu Unrecht auf der Liste der Leistungserbringer im Rahmen der vom Krankenversicherer angebotenen besonderen Versicherungsform, so empfiehlt es sich, gegenüber dem Krankenversicherer eine entsprechende schriftliche Erklärung abzugeben. Zusätzlich kann im Wartezimmer auf diesen Umstand aufmerksam gemacht werden.

Arzt schloss Kasse aus

Ein Arzt wollte im Rahmen der Grundversicherung mit einer Krankenkasse nicht mehr geschäften. Das sei unzulässig, sagt die Gesundheitsdirektion.

Der Neurochirurg Thomas Blasbalg mit eigener Praxis in Zürich wollte in einem für den Kanton Zürich einmaligen Fall die Zusammenarbeit mit der Winterthurer Krankenkasse KBV aufkündigen. Der Fall ist von grundsätzlichem Interesse, weil es um Leistungen aus der obligatorischen Grundversicherung geht. Hätte der Arzt Recht bekommen, hätten KBV-Versicherte bei Blasbalg keine Leistungen aus der Grundversicherung mehr beziehen können. In Inseraten in der Tagespresse Anfang Mai liess Blasbalg verkünden, Anlass zu diesem Verzicht seien Mängel in Verwaltung und medizinischem Dienst der Kasse. Dadurch würden ärztliche Tätigkeit und Persönlichkeitsrechte «in unzumutbarer Weise» beeinträchtigt. Die Kasse weist diese Vorwürfe zurück. Die Gesundheitsdirektion musste darauf prüfen, ob es prinzipiell möglich sei, ob ein Arzt Leistungen aus der Grundversicherung nur für eine einzelne Kasse verweigern könne.

Lehnt ein Arzt es ab, Leistungen aus der Grundversicherung zu erbringen, so muss er dies laut Krankenversicherungsgesetz (KVG) der Gesundheitsdirektion melden. Die Gesundheitsdirektion kommt nun aber in ihrer Verfügung zum Schluss, dass die Verweigerung von Leistungen gegenüber einer einzelnen Kasse unzulässig sei. Ein Arzt könnte zwar Leistungen aus der Grundversicherung verweigern, aber nur, wenn er dies gegenüber allen Kassen tun würde. Blasbalg habe seinen Ausstand in der gleichen Form, also auch über Inserate in der Tagespresse, zu widerrufen.

Ausstand nur allen Kassen gegenüber

Der Arzt argumentierte, auch die Kassen hätten schliesslich das Recht, einzelne Ärzte auszuschliessen. Sofern eine Kasse einem Arzt wegen Verstössen gegen die Wirtschaftlichkeit der Leistungen oder gegen die Qualitätssicherung die Leistungen aus der Grundversicherung nicht mehr bezahlen will, müsste laut KVG das Schiedsgericht entscheiden. Dieser Ausschluss wird durch das Gesetz explizit geregelt, nicht jedoch die Abweisung einer einzelnen Kasse durch einen Arzt.

Quelle: Tages-Anzeiger, 06.07.2001

Alle Jahre wieder kommt der Prämien Schub



Reinhold Streit
Past president

Bereits haben die Krankenkassen auf einen bevorstehenden Prämien Schub hingewiesen. Auch haben sie einmal mehr auf die Leistungserbringer als böswillige Verursacher der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und als dessen Ausbeuter aufmerksam gemacht. Ich gehe davon aus, dass nach Vorliegen der Anträge der Krankenkassen und nach der Beurteilung durch das Bundesamt für Sozialversicherung die Medien unter dem Einfluss der Versicherer, der Gesundheitsökonomien und Politiker eine neue Kampagne gegen uns Ärzte auslösen werden. Der einzelne Arzt wird dabei nicht darum herum kommen, mit seinen Patienten zu diskutieren und auch in weiteren Kreisen Fragen zu beantworten, die die Kostenentwicklung betreffen. Ich habe in früheren Artikeln darzulegen versucht, warum die Kosten im Gesundheitswesen weiterhin überproportional ansteigen werden (siehe z.B. Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 40/2000). Mit der dort entnommenen Tabelle versuche ich die Faktoren eines überdurchschnittlichen Wachstums der Kosten im Gesundheitswesen in Erinnerung zu rufen:

- Medizinischer Fortschritt
- Zunahme der Lebenserwartung
- Anspruchshaltung der Patienten
- Gesundheitswidriges Verhalten
- Neue Krankheiten
- Überproduktion von Ärzten
- Normen der Spitzenmedizin
- Unsicherheiten und Angst vor Haftpflichtprozessen
- Missbräuchliche Tarifierung
- Neue Berufe im Gesundheitswesen
- Zulieferanten
- Verdrängung von Gratisleistungen durch öffentliche Institutionen
- Höher qualifiziertes und besser bezahltes Personal
- Überkapazitäten und Luxus

- Statistik und Bürokratie
- Falsche Anreize für den Patienten
- Falsche Anreize für Krankenversicherung und Leistungsanbieter
- Verfehltes Krankenversicherungsgesetz/verwirrende Gesundheitspolitik
- Medien als Konsumförderer
- Bestrafung der Sparwilligen

Aus dieser Tabelle können Sie sich Ihr Argumentarium unschwer zusammenstellen und ergänzen.

Patienten verlangen medizinische Fortschritte

In der Diskussion gilt es immer wieder klar festzuhalten, dass die Arzttarife seit zwölf Jahren praktisch gleich geblieben sind, also der Teuerung nicht angepasst wurden. Die sogenannte Mengenausweitung wird im Wesentlichen durch Ausweitung des Leistungskataloges in der Grundversicherung, insbesondere aber durch von den Patienten eingeforderte Mehrleistungen bedingt. Der medizinische Fortschritt erlaubt uns, mehr und wirksamere Abklärungs- und Behandlungsmethoden einzusetzen. Diese werden aber von den Patienten und der Gesellschaft verlangt. Die sogenannte Aufklärung durch die Medien in letzter Zeit, insbesondere auch durch das Internet, tragen zu dieser Anforderungsinflation bei. Umfragen bestätigen immer wieder, dass unsere Bevölkerung die Gesundheit als eines ihrer höchsten Güter betrachtet und die medizinischen Fortschritte zu deren Erhaltung eingesetzt sehen will. Dieser medizinische Fortschritt entwickelt sich stürmisch weiter. Ich erwähne die technologischen Möglichkeiten, die bildgebenden Verfahren aller Art, den Einsatz der Computertechnologie bis hin zur Operation durch Roboter. Diese Entwicklungen ermöglichen neue Abklärungs- und Behandlungsweisen mit Vorteilen für die Patienten. Sie sind aber in der Regel sehr teuer. Parallel dazu steigt auch die Anspruchshaltung der Patienten sprunghaft an. Die Krankenkassen werfen uns vor, wir würden neue teure Medikamente verordnen. Wollen die Kassenfunktionäre und Gesundheitspolitiker lieber ein altes, nebenwirkungsreicheres, weniger wirksames Medikament, wenn sie krank sind oder verlangen sie alle das wirksamste, auch wenn es wesentlich teurer ist? In Deutschland sollen tausende von alten Medikamenten aus

dem Handel gezogen werden, weil bessere zur Verfügung stehen. Generika sind gut und sollen angewendet werden. Gegenüber moderneren Stoffen mit gezielteren Wirkungen und weniger Nebenwirkungen können sie aber oft nicht konkurrieren.

Dass es heute zwar nicht heilende, aber doch die Krankheit eindämmende und allenfalls vorbeugend wirksame Medikamente gegen AIDS gibt, ist der Bevölkerung in Zusammenhang mit den Problemen in Entwicklungsländern bekannt geworden. In der Schweiz werden diese Stoffe eingesetzt. Sie haben die Todesfallrate zurückgedrängt. In marktwirtschaftlich gerechneten Preisen tragen sie aber zu Kostensteigerungen bei. Unserer Bevölkerung muss die Frage vorgelegt werden: Wollt ihr den medizinischen Fortschritt oder nicht? Die problematischen Seiten des Fortschrittes müssen uns bewusst bleiben. Sie stehen aber jetzt in der Finanzierungsdiskussion nicht im Vordergrund.

Mit Recht werden die Leistungen des Pflegepersonals heute anerkannt. Einstimmig mit über 150 Stimmen hat der Bernische Grosse Rat den finanziellen Verbesserungen für diese Berufsgruppe zugestimmt. Auch wurden die Arbeitszeiten der Assistenz- und Oberärzte – mindestens theoretisch – grosszügig reduziert. Daraus ergeben sich Folgekosten. Pro Kopf der Bevölkerung machen diese Verbesserungen im nächsten Jahr für den finanziell schlecht dastehenden Kanton Bern über 90 Franken aus, die über Steuern und Prämien von uns allen aufgebracht werden müssen.

Krankenkassen als kostentreibender Faktor

Diese aktuell offenkundigen Faktoren der überproportionalen Teuerung müssen in die Diskussion eingebracht werden. Sie müssen sich auf einige Argumente beschränken, aber auch vorbereitet sein, auf weitere Fragen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen antworten zu können. In grosszügiger Weise haben wir uns in den letzten Jahren den schwarzen Peter immer wieder in die Tasche stecken lassen, wonach wir die Verantwortlichen für die Kostenentwicklung seien. Längst sollten wir einmal einen Artikel schreiben, der nachweist, dass die Krankenkassen einen wesentlichen kostentreibenden Faktor im schweizerischen Gesundheitswesen darstellen. Ich denke dabei nicht nur an die paradoxe Tatsache, dass die ausgewiesenen Aufwendungen für die Kassenverwaltung prozentual immer gleich bleiben sollen, also die Mengenausweitung munter

mitmachen. Wäre dem nicht so, müsste der Anteil an den Verwaltungskosten ständig zurück gehen. Dies sollte bei dem grossen Rationalisierungspotential in den Verwaltungen eigentlich möglich sein. Ich denke auch an die imposanten Verwaltungspaläste, die mit unseren Prämiengeldern und gesponsert durch zusätzliche Steuergelder erbaut worden sind und noch erbaut werden. Erwähnt seien auch Krankenkassenagenturen, die in den teuersten Geschäftslagen unserer Städte ihren Platz haben.

Die falschen Anreize für die Krankenversicherer, stationäre Behandlungen zu fördern, weil dadurch 50 Prozent der Kosten vom Staat übernommen werden, im Gegensatz zu den volkswirtschaftlich viel vorteilhafteren ambulanten Interventionen, müssten uns nachdenklich stimmen. Bei ambulanten Behandlungen müssen die Krankenkassen bis auf den Selbstbehalt der Patienten voll die Kosten tragen. Im Vordergrund steht für mich aber das System, in dem ein Dritter bezahlt für die Leistungen, die der Patient eingefordert hat und die Spitäler und Ärzte erbracht haben. Ich denke an das System, das den Patienten dazu ermuntert, das Maximum zu verlangen, wenn er krank ist. Je mehr der Patient Prämien bezahlen muss, desto mehr wird er der Einstellung erliegen, im Krankheitsfalle nach dem Motto zu handeln: «Ich habe lange genug Prämien bezahlt, jetzt will ich auch einmal etwas profitieren davon.» Unser System mit den tiefen Franchisen und Selbsthalten lässt den Patienten zu wenig bewusst werden und erleben, welche Kosten er verursacht. Auch ist der Anteil der Verwaltungskosten an Bagatellfällen viel zu hoch.

Über Rationierung im Gesundheitswesen sprechen!

Ich glaube, wir haben genügend Argumente, um den überdurchschnittlichen Kostenanstieg zu rechtfertigen, und wir sind nicht gezwungen, ihn in erster Linie auf unsere Kappe zu nehmen. Ihre Diskussionspartner werden Ihnen aber bald die Frage stellen, ob man denn diese Entwicklung einfach hinnehmen muss. Die Kosten können doch nicht immer überproportional steigen. Irgend einmal platzt das System. Gibt es überhaupt keine Möglichkeiten der Kosteneinsparung? Selbstverständlich gibt es solche Möglichkeiten, wobei wir wissen, dass mit Appellen zum Mass halten bei Patienten und Ärzten nicht allzu viel zu erreichen ist. Wir müssen uns endlich grundsätzlichen Fragen zuwenden, worum wir Schweizer uns ja mit Vorliebe auch in anderen Bereichen drücken. Wir diskutieren

über militärische Einsätze im Ausland, über den UNO-Beitritt usw., ohne uns vorgängig einmal prinzipiell mit der Frage der Neutralität in unserer Zeit auseinanderzusetzen. Analog diskutieren wir über die Kosten im Gesundheitswesen, ohne die Frage zu stellen: Wie viel ist uns die Gesundheit wert? Wie viel des Bruttosozialprodukts wollen wir dafür aufwenden? Können wir uns weiterhin eine Grundversicherung leisten, die alle Zusatzversicherungen überflüssig machen soll? Kann man Kosten einsparen und gleichzeitig die Leistungen ausbauen? Wir müssen endlich offen über Rationierungsmassnahmen diskutieren. Natürlich gibt es gewisse Möglichkeiten, Kosten zu begrenzen. Ich erwähne einen konsequenten Numerus Clausus für das Medizinstudium, der die Zahl der Medizinstudenten den Bedürfnissen der Praxis anpasst, die Einführung von leistungserbringenden Ärzten auf Lebensarbeitszeit in den Spitälern, die Erhöhung von Franchise und Selbstbeteiligung nach finanziellen Möglichkeiten, Versicherungsformen im Sinne von Bonusversicherungen, die Überprüfung der Solidarität bei selbstverschuldeten Krankheiten und Unfällen, den Abbau überrissener Anforderungen der Spitzenmedizin an den ärztlichen Alltag, die Förderung der Verwandten- und der Nachbarschaftspflege, den Abbau der Gesundheitsbürokratie, die Überarbeitung des unglücklichen KVGs mit Korrektur falscher Anreize usw.

Solche Massnahmen neben einem allgemeinen Masshalten in der Anforderung an das System sind möglich. Wir kommen aber nicht darum herum, im Hinblick auf die Möglichkeiten, die uns der medizinische Fortschritt gibt, über die Rationierung im Gesundheitswesen zu diskutieren. Hier muss ein Konsens angestrebt werden, an dem alle beteiligt sind: Die Patienten, die gesunden Prämienzahler, die Versicherer, die Gesundheitsökonomien und die Politiker, die Spitäler und selbstverständlich wir Ärzte, die wir hier einen wesentlichen Teil der Verantwortung mittragen müssen. Auf keinen Fall darf aber die Ärzteschaft durch ein Globalbudget gezwungen werden, die Rationierung verdeckt allein zu verantworten. Man kann ein solches Globalbudget auch unter beschönigenden Namen wie Kostenneutralität, Fallkostenstabilisierung usw. durch die Hintertüre einzuführen versuchen.

Stellen wir uns der Diskussion. Nehmen wir uns Zeit, unsere Patienten aufzuklären und ihnen unseren Standpunkt darzulegen. Meine Ausführungen sollen Ihnen dazu Anregungen und Argumentationshilfen bieten.

Beilagen

Umfrage TarMed-Ausbildung

Die Ärztesgesellschaft beabsichtigt, ihren Mitgliedern Schulungsveranstaltungen zu TarMed anzubieten. Solche Schulungen sind zwingend, doch ist die Nachfrage kaum abschätzbar. Wir bitten Sie dringend, den kleinen Umfragebogen genau zu studieren und ihn uns ausgefüllt per Fax oder Post zuzusenden.

Herzlichen Dank!

Eintrag in www.berner-aerzte.ch

Mit dem beiliegenden Anmeldeformular können Sie Ihre Praxis im Internet unter www.berner-aerzte.ch eintragen lassen. Dieser Eintrag, für den die Ärztesgesellschaft lediglich eine eher symbolische Berarbeitungsgebühr von Fr. 30.– erhebt, hat den Vorteil, dass Sie weit mehr Daten präsentieren können als in herkömmlichen Verzeichnissen. Bitte beachten Sie, dass der Eintrag auch online möglich ist.

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern,
Kapellenstrasse 14, 3011 Bern / erscheint 6 x jährlich.
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der
Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Redaktor: Peter Jäger, Presse- und Informationsdienst,
Postgasse 19, 3000 Bern 8. Tel. 031 311 97 43;
Fax 031 311 35 34; e-mail: jaeger@forumpr.ch
Inserate: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern.
Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;
e-mail: pwolf@hin.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.
Ausgabe August 2001.

Patientenschutz: Recht des Patienten auf Datenschutz



Roland
Schmoker
Präsident der Bernischen
Gesellschaft für Urologie
und Gesichtschirurgie

Wo ist der Patientenschutz gefährdet?

Wo und warum der Patientenschutz missachtet wird, liest sich wie der spannendste Kriminalroman. Richtig darauf aufmerksam wurde ich durch einen Artikel in einer Versicherungszeitschrift sowie durch einen ausführlichen Artikel in der NZZ. Darin wurde über die Teilrevision des Versicherungs-Vertragsgesetzes VVG berichtet.

Art. 6 des Versicherungs-Vertrags- gesetzes VVG

Art. 6 VVG lautet: «Folgen der verletzten Anzeigepflicht: Wenn der Anzeigepflichtige bei Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden, wenn er binnen 4 Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrage zurücktritt.»

Am Beispiel einer Todesfall-Risikoversicherung wird ausdrücklich auf das Problem aufmerksam gemacht. Beim Abschluss der Versicherung fühlt sich der Patient gesund und vergisst, früher durchgemachte Hüftarthrosebeschwerden anzugeben. Vier Jahre nach Vertragsabschluss erkrankt der Patient an einem Krebsleiden und verstirbt zwölf Monate später daran. Das Krebsleiden hat überhaupt keinen Zusammenhang mit der Hüftarthrose. Die Witwe des Patienten erlebt bei der Geltendmachung der Auszahlung der Lebensversicherung einen zweiten Schicksalsschlag. Die Versicherung tritt nämlich nach dem Studium von eingeholten Arztberichten vom Vertrag zurück. Die Witwe erhält einzig die eingezahlten Prämien ohne jede Verzinsung zurück. Aus der Sicht der Witwe kommt die

Schuld für diesen fatalen Verlauf unweigerlich den Arztberichten zu.

Teilrevision Art. 6 VVG

In einem Artikel vom 23.02.2001 von H. Schraner in der NZZ: «Abgeblockte Teilrevision des KVG?» wird zwar auf den logischen Vorschlag der Expertenkommission hingewiesen «dass die Folge der Leistungsfreiheit für den Versicherer nur dann eintreten soll, wenn erstens die Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer schuldhaft erfolgte und wenn zweitens ein Kausalzusammenhang zwischen der nicht angezeigten Gefahrstatsache und einem späteren Schadenfall besteht.» Der Autor äussert jedoch seine Zweifel, ob dieses Postulat in die Teilrevision einfließen und nicht in die unbestimmte zeitliche Ferne einer Totalrevision verschoben wird.

Rückstufung von Zusatzversicherungen

Sensibilisiert durch diese Artikel, begann ich in meinem Patientengut hellhöriger auf solche Vorfälle zu achten. Wie verhält es sich bei älteren Patienten, die kurz nach ihrer Pensionierung darauf hinweisen, sie seien nicht mehr Zusatzversichert? Die Nachfrage ergab, dass der Versicherungsvertreter sie besucht und ihnen dargelegt habe, dass das Verhältnis zwischen der Prämie für die Zusatzversicherung und ihrer Pension viel zu hoch und eine Rückstufung empfehlenswert sei. Warum trifft es dabei auffällig oft so genannte Risikopatienten?

Kassenwechsel innerhalb der Grundversicherung

Was ist mit der von einer schweren chronischen Erkrankung betroffenen Patientin, die darüber berichtet, ihre Kasse gewechselt zu haben? Die Nachfrage ergab hier, dass sie eines Tages von einem netten Herrn angerufen worden sei, der sie darauf aufmerksam gemacht habe, dass sie auch als Grundversicherte durch einen Kassenwechsel Prämien sparen könne. Er habe sich nicht nur über die Höhe ihrer bisherigen Prämie genau ausgekannt, sondern habe ihr völlig unentgeltlich beim Wechsel zur Kasse mit der günstigsten Prämie

geholfen. Natürlich konnte die Patientin nicht Auskunft darüber geben, von wem der Versicherungsvertreter seine Provision erhielt, ob von der Kasse mit einem Neumitglied oder von der Kasse, die von einem unrentablen Fall entsorgt worden war.

Fallmanager im Spital und Fallkostenpauschalen

Im Hintergrund solcher Aktionen steht offenbar immer ärztliches Wissen als Auslöser. Deshalb meldete sich Misstrauen, als es um die Diskussion ging, dass von der Kasse ausgesandte sogenannte Fallmanager in Privatspitälern ungehindert Zugang zu den medizinischen Unterlagen erhalten sollten. Warum soll eine fruchtbare Zusammenarbeit nicht auch ohne eine solche unrechtmässige Einsicht in die Unterlagen möglich sein?

Aus dieser Sicht gilt es auch die konsequente Ablehnung der invasiv tätigen Ärzteschaft gegen Fallkostenpauschalen zu sehen. Dabei wäre nämlich der Arzt mit seinem Wissen über das Patientenrisiko selber im System gefangen.

Anfordern von Unterlagen

In ganz anderem Licht stellte sich plötzlich das bisher auf den Übereifer von Sachbearbeiterseite zurückgeführte Anfordern von Patientenunterlagen dar, beispielsweise von Röntgenbildern, Histologieberichten, Operationsberichten, Austrittsberichten usw. In jüngster Zeit kamen solche, jeden Datenschutz missachtende, routinemässige Anfragen nach Patientenunterlagen bereits vor Spitaleintritt, nachdem die Arztpraxis zuvor überprüft hatte, dass der Patient Zusatzversichert ist. Sachbearbeiterinnen müssen offensichtlich in solchen Unterlagen danach suchen, ob die Zusage für einen Spitalaufenthalt nicht verweigert werden kann. Der ganze Vorgang äussert sich zwar immer lediglich in einem routinemässigen, die Patienten beunruhigenden Vorbehalt, innert den vorgesehenen zehn Arbeitstagen sei eine Kostengutsprache für den vorgesehenen Spitalaufenthalt leider nicht möglich. Die Kostengutsprache für eine bestimmte Anzahl Spitaltage folgt dann mehrere Wochen nach Spitalaustritt, wenn die Rechnung gemäss Patientenrechnungsstelle des Spitals bereits bezahlt ist. Ausser Spesen nichts gewesen oder Missachten des Datenschutzes, um den administrativen Aufwand künstlich aufblähen zu können?

(Fortsetzung S. 8)

Der Rechtsdienst behaftet den Patienten auf seine Pflicht zur Mitarbeit

Es kann soweit kommen, dass der Rechtsanwalt des Rechtsdienstes einer Kasse dem Patienten schreibt, «ein Patient sei von Gesetzes wegen zur Mitarbeit verpflichtet». Damit begründet der Anwalt die Anforderung von Unterlagen an die Krankenkasse. Dabei verweist er auf eine Publikation von L.S. Brühwiler: «Medizinischer Behandlungsvertrag und Datenrecht». Eine genaue Lektüre dieser Publikation zeigt jedoch, dass darin immer, völlig KVG-konform, von «Angaben und Daten» des behandelnden Arztes an den Vertrauensarzt in Form eines ärztlichen Zeugnisses die Rede ist, nie von «Patientenunterlagen aus der Krankengeschichte».

Rechnung mit Austrittsbericht inklusive

Richtig Alarm ausgelöst hat dann die anlässlich standespolitischer Tätigkeit von Kollegen aus der Ostschweiz erhaltene Information, dass ernsthaft zur Diskussion stehe, dass vom Patienten am öffentlichen Spital der Kasse mitsamt der Rechnung ein Austrittsbericht abgegeben werden soll. Hier kann dann wirklich jeder Laie die vom Patienten auf Grund seines Wissens bzw. Unwissens gemachten Angaben mit den Diagnosenlisten im Austrittsbericht der wissenden Ärzte vergleichen.

TarMed: Diagnose und ICD-10-Codierung auf der Rechnung?

Vollends brisant wird das Thema im Zusammenhang mit den bisher durchgesickerten Gerüchten über die im TarMed offensichtlich geplanten Verletzungen des Datenschutzes, wonach von jedem Patienten, noch dazu in elektronischer Form, auf jeder Rechnung neben der durchgeführten Behandlung nicht weniger als die genaue Diagnose sowie eine ICD-10-Codierung vorgehen sei.

Grundsatz für Datenschutz bei elektronischen Daten

Selbst ein Datenschutzlaie weiss heutzutage, dass der einzige Schutz vor Datenmissbrauch darin besteht, dass solche hochsensiblen Daten gar nie in elektronischer Form in ein und derselben Datenbank gespeichert werden dürfen, so dass eine Verbindung der Daten höchstens vom Vertrauensarzt vorgenommen werden kann. Alles andere öffnet Tür und Tor zu gross-

angelegtem Missbrauch. Jeder Hacker wird alles daran setzen, seine Fähigkeiten damit unter Beweis zu stellen, die Diagnosenlisten bekannter Persönlichkeiten, beispielsweise der Bundesräte usw., herauszufinden oder solche Daten über irgendwelche Personen gewinnbringend zu verkaufen, beispielsweise den Medien, dem Arbeitgeber usw.

Wenn die Ärzteschaft eine ICD-10-Codierung überhaupt und eine Diagnoseangabe auf einer Rechnung in elektronischer im Speziellen zulässt, bleibt auch nur der geringste Patientenschutz eine Illusion. Es stellt eine ethische Verpflichtung der Ärzte dar, sich dagegen vehement zur Wehr zu setzen.

ICD-10-Diagnosecodes an Versicherer verletzen das Patientengeheimnis

Die nationale Konferenz der Datenschutzbeauftragten folgert und begründet denn auch folgerichtig, dass die geplante Einführung der ICD-10-Codierung gestoppt werden müsse. In der Schweizerischen Ärztezeitung, Band 78, Heft 51 1997, und Band 79, Heft 7 1998, wurde eingehend darüber berichtet:

- *Ein ICD-10-Diagnosecode an Versicherer verletzt das Patientengeheimnis*
- *Die ICD-10-Codes stellen eine Klassifikation der WHO für globale Statistik- und Forschungszwecke dar, die nicht nur Krankheiten, sondern auch bestimmte Verhaltensweisen definiert (z.B. antisoziale Persönlichkeit, oppositionelles Verhalten, Erziehungsfehler der Eltern, gesteigertes sexuelles Verlangen, Konflikte mit Vorgesetzten).*
- *Der Aufwand, um den Patienten einen solchen Code transparent zu machen, wäre völlig unverhältnismässig.*

F.A. Bernath weist in seinem Artikel «ICD-10-Code: Statistik gegen Datenschutz» in der Zeitschrift «Arzt und Praxis» darauf hin, dass «ICD-10-Codes keinesfalls systematisch respektive automatisch an Krankenversicherer oder ihre Vertrauensärzte weitergeleitet oder sonstwie zur Verfügung gestellt werden dürften. Verlangt ein Krankenversicherer die ICD-10-Codes eines Patienten, so muss dieses Begehren eingehend und speziell begründet sein. Eine Begründung, wonach die Krankenversicherung die ICD-10-Codes zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit oder anderer finanzieller Fragen benötigt, wird nie ausreichend sein. Die Ärzteschaft respektive die Spitäler sollten daher die Herausgabe der ICD-10-

Codes an Krankenversicherer vorerst grundsätzlich verweigern.»

Was sagt das Gesetz zum Patientenschutz?

Der Patientenschutz als Recht des Patienten auf Datenschutz ist im Krankenversicherungsgesetz KVG und im Datenschutzgesetz DSG umschrieben.

Gesetzliche Grundlagen im KVG

Bezüglich Patientenschutz findet sich im KVG mit Recht ein restriktiver und mit grosser Präzision formulierter Gesetzestext:

- *Art. 42 KVG spricht von «Genauer Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur».*
- *Art. 57 KVG bestimmt: «Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Abs. 4 notwendigen Angaben liefern.»*
- *Absatz 4 ordnet an: «Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifanwendung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.»*

Gesetzliche Grundlagen im DSG

Art. 4 DSG hält folgende Grundsätze fest:

- *Personendaten dürfen nur rechtmässig beschafft werden (beispielsweise ist es nicht zulässig, dass die Krankenkasse beim behandelnden Arzt Unterlagen aus der Krankengeschichte anfordert).*
- *Ihre Bearbeitung hat nach Treu und Glauben zu erfolgen und muss verhältnismässig sein.*
- *Personendaten dürfen nur zu dem Zweck bearbeitet werden, der bei der Beschaffung angegeben wurde, aus den Umständen ersichtlich oder gesetzlich vorgehen ist.*

Juristische Auslegung

Zu diesen Artikeln im KVG hält der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte in seinem Geschäftsbericht 1995/96 auf Seite

46 fest, dass «die Bekanntgabe der Diagnose aus datenschutzrechtlicher Sicht und bei richtiger Anwendung des neuen KVG grundsätzlich ausgeschlossen ist. Die Bekanntgabe wäre somit nur in Einzelfällen und auf entsprechende Anfrage erforderlich. Beim gegenwärtigen Stand der Wissenschaft in diesem Bereich kann nicht davon ausgegangen werden, dass die systematische Bekanntgabe der Diagnose – so detailliert sie auch sein mag – ein zufriedenstellendes Kriterium für die Überprüfung der Vergütung und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen darstellt.»

Das Kurzinformationbulletin 5/96 der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern präzisiert die Bestimmung des KVG folgendermassen:

- *Es besteht keine Verpflichtung und erst recht keine Berechtigung, darüber hinaus ohne Einwilligung des Patienten ärztliche Berichte, Operationsberichte, Austrittsberichte oder gar Auszüge aus der Krankengeschichte herauszugeben.*
- *Die Krankenkasse ist berechtigt, Auskünfte zu verlangen. Nach dem Gesagten muss aber nur auf konkrete Fragen geantwortet werden. Diese müssen sich*

im Rahmen der Verhältnismässigkeit und Zweckmässigkeit halten.

- *Der Arzt ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt der Kasse bekanntzugeben.*

In ihrer Stellungnahme vom 30.12.1997 an das KSK zur «Regelung des vertrauensärztlichen Dienstes weist die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern ausdrücklich darauf hin, dass «es nicht Aufgabe der Krankenversicherung sei, Unterlagen aus der Krankengeschichte anzufordern und auf Informationen zu durchsuchen, um eine Rückerstattung ablehnen zu können».

Ausführlich auf das Thema des Datenschutzes wird in einer Publikation von U. Uttinger eingegangen mit dem Titel «Sozialversicherung: Berufsgeheimnis, Schweigepflicht und Datenschutz». Ein ausführliches Gespräch mit der Autorin vertiefte das Verständnis für ihre Ausführungen.

- *«Ärzte und Ärztinnen haben sich an die berufliche Schweigepflicht zu halten. Zu beachten ist insbesondere, dass das Be-*

rufsgeheimnis auch zwischen Ärzten spielt. Ein Arzt, der ohne Einwilligung die Krankengeschichte an verschiedene, vom Patienten früher konsultierte Ärzte bzw. Institutionen verschickte, wurde wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses verurteilt». Dies weist meines Erachtens unmissverständlich darauf hin, dass im administrativen Umgang ganz einfach vor allem der Datenschutz einzuhalten ist.

- *«Vielfach erhält der Arzt von Versicherungen eine Ermächtigung zur Datenweitergabe. Diese Einwilligungen sind nicht ganz unproblematisch: Grundsätzlich muss die ermächtigende Person den Umfang bzw. die Tragweite ihres Entscheides überblicken können.»* Im Normalfall wird die ermächtigende Person über die Tragweite ihres Entscheides nicht aufgeklärt. Sowieso nicht erwähnt würden Vorkommnisse, die von den Krankenkassen zwar bedauert werden, aber doch vorgekommen sind wie das Erstellen von Listen mit Risikopatienten zum Ausschluss aus der Zusatzversicherung oder zur Abwerbung aus der Grundversicherung oder der Abgleich von Austrittsberichten mit den Angaben der Pa-

Das medizinische Labor für Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern

Hans Brunner Dr. rer. nat.
Spezialist für labormedizinische Analytik FAMH
Klinische Chemie, Hämatologie

Markus Gautschi Dr. med.
Spezialist für labormedizinische Analytik FAMH
Infektionserologie, Immunologie, Virologie

Egidio Palatini Dr. pharm.
Spezialist für labormedizinische Analytik FAMH
Aussendienst, Bakteriologie, Parasitologie

Hélène Spicher Dipl. biol.
Spezialistin für labormedizinische Analytik FAMH
Bakteriologie, Parasitologie

Duri Wirz Dipl. chem. HTL
Administration, Logistik, EDV

Verena Wirz Dipl. chem. HTL
QM-Beauftragte



Labor Weissenbühl AG

Chutzenstrasse 24
Postfach
3000 Bern 17

T 031 372 20 02

F 031 371 40 44

E-Mail labor@weissenbuehl.ch

www.weissenbuehl.ch



STS 145
EN-45001 ISO/IEC 17025

tienten bei Versicherungsabschluss zur Rückstufung in die Grundversicherung gemäss extensiver Interpretation von Art. 6 VVG. Deshalb kann mit Recht davon ausgegangen werden, dass die Patienten über die Tragweite ihres Entschoides nicht orientiert sind und eine solche Ermächtigung den Arzt nicht vor dem Patientenschutz entbindet.

- «Eine Einwilligung, für einen Versicherungsantrag auch medizinische Daten einzuholen, kann sich nur auf die Risikoprüfung im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss beziehen, nicht aber bei einem späteren Schadenfall.» Im konkreten Schadenfall ist der Datenverkehr einzuschränken auf die genaue Diagnose, zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur gemäss Art. 42 KVG und auf die notwendigen Angaben, die der Vertrauensarzt zur Erfüllung seiner Aufgabe benötigt.

- «Zu beachten ist, dass sich primär der Arzt, der die Daten weitergibt, strafbar macht, denn er und nicht die Auskunft verlangende Person unterliegt dem Berufsgeheimnis.» Gerade hier beginnt meines Erachtens die Aufgabe eines Datenschutzbeauftragten einer Krankenkasse. Das Personal der Kasse, das auf den Patientenschutz, weil primär nicht davon betroffen, gar nicht speziell sensibilisiert ist, muss darüber unterrichtet werden, dass der Patientenschutz auf Seiten des Arztes sehr wohl ein Thema darstellt. Insbesondere sollte das Personal über die datenschutzbezügliche Differenzierung zwischen Unterlagen und Angaben aufgeklärt werden, indem ein verantwortungsbewusster Arzt auf spezielle Anfrage alle notwendigen Angaben machen wird, jedoch in Form eines ärztlichen Zeugnisses und keinesfalls durch Einschicken von Unterlagen aus der Krankengeschichte.

H. P. Kuhn weist in seinem Artikel «Datenschutz und KVG» in der Schweizerischen Ärztezeitung, Band 82, Heft 24 2001, darauf hin, dass

- jede Informationsweitergabe, die in der Sache selbst nicht gerechtfertigt ist, die Bundesverfassung verletze;
- eine Entbindung vom Patientengeheimnis nur rechtsgültig sei, wenn die Krankenkasse den Patienten darüber aufklärt, was und weshalb sie frage und wenn der Patient weiss, was der Arzt festgestellt hat und somit dem Versicherer berichten müsste;
- es bei den Kostengutsprachen um eine Vorkontrolle durch den Vertrauensarzt gehe (und nicht durch die Administration);
- es mindestens fraglich wäre, ob der Bun-



Ihr Partner, wenn Zahlungseingänge sich verzögern!

Säumige Patientinnen und Patienten? Wenn die Zahlungsmoral krank, ist Erfahrung gefragt. Wir sind die Spezialisten und entlasten Sie von Inkassosorgen und treiben für Sie die Honorarforderungen ein.

Und all dies zu fairen Konditionen, mit grosser Sensibilität und mit der gefragten Kompetenz. Damit Sie sich aufs Wesentliche konzentrieren können. Zum Wohl Ihrer Patientinnen und Patienten.

Ihre Vorteile:

- keine Jahresgrundgebühr
- faire Konditionen (Verrechnung nach dem Verursacherprinzip)
- über 30 Jahre standeseigene Erfahrung
- Nr. 1 im schweizerischen Inkassoservice
- wir kennen Ihre Probleme im Detail
- Sie befreien sich von unangenehmen Aufgaben
- Sie erhalten wertvolle und seriöse Unterstützung
- Sie gewinnen Zeit und Geld



Bestelltalon (01/19)

Bitte senden Sie mir die Inkassodokumentation

Bitte rufen Sie mich an:

Tel.: _____

Am besten erreichbar (Zeit):

Vorname: _____

Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.Praxis/Spital: _____

Fax: _____

Einsenden an:

FMH Inkasso Services

Thorackerstr. 3,

3074 Muri b. Bern

Tel. 031 359 12 10

Fax 031 359 12 00

desrat Kostengutsprache für alle Hospitalisierungen vorschreiben dürfte;

- der seit Jahrzehnten dauernde Streit um die Angabe der Diagnose auf der Rechnung und die nun auch schon in die Jahre gehende Auseinandersetzung um die Angabe der ICD-Diagnosen bei hospitalisierten Patienten schlicht am wahren Thema vorbei gingen. Die Indikation ist wichtiger für die Leistungsprüfung als die Diagnose. Die systematische Angabe der Diagnose ist schon allein aus diesem Grund ungeeignet, deshalb nicht erforderlich, deshalb unverhältnismässig und verletzt damit die Bestimmungen der Bundesverfassung (Art. 13), des Datenschutzgesetzes (Art. 17) und des KVG (Art. 42 und Art. 84).

Was muss der Arzt wissen, um den Datenschutz einzuhalten?

Gesetzliche Grundlagen

Art. 42 KVG: «*Genaue Diagnose oder zuzätzliche Auskünfte medizinischer Natur.*»

Art. 57 KVG: «*Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Absatz 4 notwendigen Angaben liefern.*»

Absatz 4: «*Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.*»

Unterschied «Angaben» versus «Unterlagen»

Unterlagen unterstehen dem Patientenschutz. Das Recht auf Einsicht in die Unterlagen kommt einzig und allein dem Patienten zu. Unterlagen dürfen vom behandelnden Arzt niemals an Behörden, Arbeitgeber, Versicherer usw. abgegeben werden, auch nicht an den Vertrauensarzt, gemäss gängiger Rechtsprechung streng genommen nicht einmal an einen anderen behandelnden Arzt. Zulässig sind einzig und allein Angaben über solche Unterlagen in Form eines ärztlichen Zeugnisses bzw. eines Arztberichts.

Vollmacht zum Verzicht auf den Patientenschutz

Beim Einverlangen einer Vollmacht zum

Verzicht auf den Patientenschutz muss der Patient über die Konsequenzen eines solchen Verzichts aufgeklärt werden (z.B. Risikolisten der Kassen, Art. 6 VVG bei Zusatzversicherungen mit Verlust der Versicherungsdeckung, wenn beim Abschluss der Versicherung eine frühere Krankheit, nach Auslegung der Versicherer auch nur eine einzige, nicht angegeben worden ist usw.).

Dem Patienten zu drohen, ohne Unterschreiben einer Verzichtserklärung auf den Patientenschutz werde das Rückerstattungsbegehren von der Krankenkasse gar nicht erst behandelt, kommt einer Erpressung gleich und ist gesetzeswidrig, leider aber tägliche Routine

Unterlagen

- **Röntgenbilder:**
Röntgenbilder bilden Anlass für Fehlscheide, weil sie lediglich Befunde, nicht Diagnosen liefern.
- **Operationsbericht:**
Operationsberichte entsprechen nicht einem medizinischen Dokument, wie dies ein Arzzeugnis darstellt, sondern sind Aufzeichnungen für den Operateur, bewusst versehen mit dem Stand des Irrtums einer präoperativen Diagnose und des intraoperativen Geschehens. Eine endgültige Diagnose, beispielsweise, ob ein gut- oder bösartiges Leiden vorliegt, lässt sich erst zusammen mit dem histopathologischen Befund erstellen.
- **Histopathologischer Befundbericht:**
Ein histopathologischer Befund lässt nur zusammen mit der klinischen Untersuchung und dem intraoperativen Befund eine vollständige Diagnose zu.
- **Austrittsbericht:**
Ein Austrittsbericht enthält unzählige brisante Angaben, mit denen die Versicherer entsprechend eigener Auslegung von Art. 6 VVG jede Zusatzversicherung nachträglich ungültig erklären können durch Abgleichen des bei Versicherungsabschluss vom Patienten angegebenen Wissensstands mit dem professionellen, dem Patienten teilweise oft sogar bewusst vorenthaltenen Wissen des Arztes.

Professionalität des administrativen Verkehrs

Der im KVG vorgeschriebene administra-

tive Verkehr kommt einem Schutz des Gesundheitswesens hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit gleich und garantiert einen administrativen Ablauf auf Niveau Facharzt einerseits und überprüfendem Vertrauensarzt mit Beraterfunktion gegenüber der Versicherung andererseits. Das vorgeschriebene Vorgehen bedeutet Schutz vor administrativem Leerlauf auf Ebene Sachbearbeiter als medizinischem Laien, aber auch vor Vernachlässigung der für die Beurteilung notwendigen fachärztlichen Kompetenz. Ziel wäre die in einsamer Höhe liegende professionelle Fachkompetenz bei der IV, wo ein von der entsprechenden Fachgesellschaft gewählter Fachspezialist angefragt wird.

Das Arzzeugnis als medizinisches Dokument und dessen Rückerstattungspflicht

Nur der Arztbericht, das ärztliche Zeugnis oder das ärztliche Gutachten stellen medizinische Dokumente dar. Diese medizinischen Dokumente sind in den Tarifen aufgeführt und damit sowohl honorarberechtigt als auch rückerstattungspflichtig. Ein Umgehen der Rückerstattungspflicht durch direktes, unentgeltliches Anfordern von Unterlagen mit nicht vergüteten Kosten für das Heraussuchen, Verpacken, Porto, Wiedereinordnen, Registrieren usw. ist vertragswidrig und verstösst ebenso gegen die ärztlichen Standesregeln, wie es den Interessen beispielsweise der Anwälte oder Notare widersprechen würde, wenn deren Atteste oder Verschreibungen durch Gratisanforderung der Klientenunterlagen umgangen würden.

Sicherung des Patientenschutzes

Die sensibelsten Patientendaten sind in Form von Unterlagen in der Krankengeschichte abgelegt und damit weitgehend geschützt vor missbräuchlichem Umgehen des Patientenschutzes. Ein unbefugtes Beschaffen wäre nur durch einen Einbruch in die Arztpraxis möglich. Das Beschaffen von Unterlagen aus einer Krankengeschichte wäre aufwendig und nur gezielt möglich.

Im PC der Arztpraxis gespeicherte Arztzeugnisse mit Angaben zu Händen des Vertrauensarztes sind zwar leichter zugänglich, jedoch als weniger brisant einzustufen, da es sich eben um Angaben, nicht um Unterlagen handelt. Voraussetzung für einen Verstoss gegen den Patientenschutz wäre das Wissen, bei welchem

Arzt ein bestimmter Patient in Behandlung steht.

Für ein missbräuchliches Umgehen des Patientenschutzes nahezu offen zugänglich sind Dateien im PC der Krankenkassen. Bei der heutigen Konzentration von Patienten bei den Megakassen müssen nur noch einige wenige Archive abgesucht werden, um einen bestimmten Patienten ausfindig zu machen. Schon bereits deswegen darf es gar nie dazu kommen, dass Patientenunterlagen überhaupt zu einer Kasse gelangen.

Zusammenfassung

Der Datenschutz im Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch eine alarmierende

Diskrepanz zwischen einer wohl überlegten, nahezu perfekten Gesetzgebung mit erkannten, behebbaren Fehlern (z.B. Art. 6 VVG) und mit einer ausführlichen korrekten juristischen Auslegung einerseits gegenüber einem routinemässigen, systematischen Missbrauch in der Realität des Alltags, der so weit geht, dass Patienten, die sich dagegen wehren, beispielsweise Unterlagen einzuschicken, einfach dazu erpresst werden.

Äusserst bedenklich sind Tendenzen, gewisse Personengruppen zum Missbrauch des Patientenschutzes direkt ins System einzubinden, seien es Sachbearbeiterinnen, die ihre Stelle nicht verlieren wollen, seien es Fallmanager unter dem Motiv einer Vereinfachung der Administration oder seien es – am gefährlichsten – die

Ärzte selbst, durch Fallkostenpauschalen oder finanzielle Einbindung ins Patientenrisiko (HMO, Schwerpunktabteilungen usw.). Sorgen bereitet die Tatsache, dass dabei der Missbrauch des Datenschutzes gar nicht erkannt oder einfach negiert wird.

Unter keinen Umständen darf die Ärzteschaft neue Tendenzen zum Missbrauch des Patientenschutzes zulassen, wie dies mit geplanten Absichten für eine Diagnoseangabe auf der Rechnung oder gar eine routinemässige ICD-10-Codierung im Tar-Med auf unsere Patienten zukommen würde.

Bezirksvereine und Fachgesellschaften

Bericht aus dem Bezirksverein Oberland: Spital Meiringen



Ueli Ingold
Präsident des
Ärztlichen
Bezirksvereins
engeres Oberland

Dass die öffentlichen Spitäler im Kanton Bern unter einem grossen Kostendruck stehen, ist nichts Neues. Zunehmend aber führen die Sparübungen zu einer Bedrohung der Versorgungssicherheit. Leider trifft es – einmal mehr – die Randregionen am stärksten.

Zunehmende finanzielle Engpässe, auch als Folge des neuen Arbeitsgesetzes, machen die Situation für das Spital Meiringen immer schwieriger. Neben dem Abbau der geburtshilflichen Abteilung droht auch eine Schliessung der Medizinischen Abteilung und eine Reduktion der Chirurgie auf eine Tagesklinik. Dies entspricht de facto einer Schliessung des Akutspitals. Für Meiringen und die Region Oberhasli ist dies verheerend, droht doch eine drastische Verschlechterung der medizinischen Versorgung. Die Transportwege in das nächste Akutspital, nach Interlaken, würden sehr lang. Das Oberhasli ist flächenmässig doch einer der grössten Amtsbezirke des Kantons Bern. Gerade in akuten Notfallsituationen müssten unannehmbar lange Transportzeiten in Kauf genommen werden. Patienten im Oberhasli würden gegenüber anderen Regionen im Kanton Bern klar benachteiligt. Stellen Sie sich vor, Sie

hätten einen Myokardinfarkt und müssten mit einer Transportzeit von mindestens 45 Minuten ins nächste Akutspital rechnen!

Die Vorgänge um das Spital Meiringen wurden im Bezirksverein Oberland mit grosser Besorgnis zur Kenntnis genommen. Da Jammern wenig nützt, wurde vom Bezirksverein eine Arbeitsgruppe gegründet, die Vorschläge zur Zukunft der stationären Versorgung im Oberhasli ausarbeiten soll.

In einem ersten Schritt wurde der Kontakt mit den Spitalbehörden und den lokalen und regionalen Politikern gesucht. Das Engagement der Ärzte wurde, auch in den Medien, mit Wohlwollen registriert.

In einem zweiten Schritt wird nun ein Arbeitspapier erstellt, das die Vorschläge der Arbeitsgruppe konkretisiert. Dieses Dokument wird im Herbst fertig sein.

In Anbetracht der schwierigen Situation werden neue Wege gesucht werden müssen.

Der Versorgungsstandard der Randregionen darf nicht weiter gesenkt werden. Die Region Oberhasli erfüllt im Kanton Bern wichtige Aufgaben im Tourismus und in der Energieversorgung (Grimselkraftwerke) und verdient eine zeitgemässe medizinische Versorgung. Der ärztliche Bezirksverein Berner Oberland setzt sich voll und ganz dafür ein.