

OSGAM Ostschweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Wie in der letzten OSGAM-Information (siehe auch PrimaryCare Heft 24, S. 722–3) kurz berichtet, ist laut Entwurf des TARMED-Rahmenvertrages die Angabe eines Diagnose-Codes auf Arztrechnungen zwingend.

In diesem Zusammenhang von Interesse ist der Bericht der eidgenössischen Expertenkommission zu «Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallversicherung» vom März 2001 [1].

In der Diskussion unter dem Kapitel «Reichweite des Rechtes auf Einholung sensibler Daten» wird zuerst auf die aktuelle Situation verwiesen.

Ausgehend vom Artikel 42 Abs. 3 KVG hat der Bundesrat entschieden, dass die Diagnose auf der Rechnung aufgeführt sein muss. Die Krankenversicherer erhalten jedoch eine solche Menge von Rechnungen, dass diese nur stichprobenweise kontrolliert werden können. Nach der zurzeit vorherrschenden Auslegung von Artikel 42 Abs. 3 KVG muss auf der Rechnung zunächst eine allgemein gehaltene Indikation oder Diagnose mitgeteilt werden. Der Versicherer hat nur in einem zweiten Schritt, d.h. wenn er zusätzliche Informationen benötigt, das Recht, eine genaue medizinische Indikation oder Diagnose einzufordern.

Eine Mehrheit der Kommission hat dieses Konzept in Frage gestellt. Sie war der Ansicht, dass durch die neuen technischen Möglichkeiten, die hohen Gesundheitskosten zu erfassen, eine konsequentere Kostenkontrolle nicht nur notwendig, sondern auch möglich sei. Der Zugriff auf genaue medizinische Indikation und Diagnose sollte für den Kostenträger möglich sein, ohne Dritten einen Einblick zu gewähren.

Konkret wären:

1. Auf Arztrechnungen nur eine allgemein gehaltene Indikation oder Diagnose mitzuteilen;
2. gleichzeitig eine detaillierte Indikation oder Diagnose an einen Server zu übermitteln;
3. dem zuständigen Versicherer diese Informationen zugänglich, falls er vom Patienten die Rechnung zur Kostenübernahme erhalten hat;

4. der Daten-Zugriff zwecks statistischer Erhebungen nur verschlüsselt (anonymisiert) möglich;
5. der Versicherte über den Zugriff zu informieren. Im Einzelfall kann der Versicherte verlangen, dass seine persönlichen Daten versichererseite ausschliesslich von Vertrauensärzten/-innen abgerufen werden dürfen. Ein solches System würde die Rückfragen der Versicherer an den Leistungserbringer reduzieren, die Risiken für den Persönlichkeitsschutz seien aber nicht zu unterschätzen.

Eine Minderheit der Kommission, insbesondere die Vertreter der Patienten- und Versichererorganisationen sowie der eidg. Datenschutzbeauftragte, äusserten sehr starke Bedenken gegenüber der Speicherung höchst sensibler Daten «auf Vorrat».

Aufgrund der sehr kontroversen Einschätzung verzichtete die Kommission auf eine konkrete Empfehlung.

Was die Codierung der Indikation und Diagnosen betrifft, wollte sich die Kommission nicht äussern, da diese technische Frage in der Grundsatzdiskussion von zweitrangiger Bedeutung sei. Vermerkt wurde die Meinung des eidg. Datenschutzbeauftragten, dass im stationären Sektor der dort benutzte ICD-10-Code kein taugliches Instrument für die Kostenkontrolle sei.

In den TARMED-Rahmenverträgen ist vorgesehen, dass in der ambulanten Medizin der ICPC-2-Code (Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung) zur Anwendung gelangen soll.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kommission eine Möglichkeit aufzeigt, wie in Zukunft mit sensiblen medizinischen Daten umzugehen sei. Die Notwendigkeit einer detaillierteren Erhebung solcher medizinischer Daten wurde von einer Mehrheit mit der Hoffnung einer strikteren Kostenkontrolle verbunden, eine Minderheit wandte sich gegen eine Datensammlung auf Vorrat.

Kommentar

Aus Sicht des Grundversorgers gibt es verschiedene Bedenken und Einwände:

- Die Notwendigkeit einer detaillierten Codierung wird mit der Möglichkeit einer strikteren Kostenkontrolle verknüpft. Weltweit bestehen auf diesem Gebiet al-

lerdings noch kaum Erfahrungen. Eine MEDLINE-Recherche zeigt: Nach wie vor wird nach einem möglichst «klinisch-realtitätsnahen» Codierungssystem gesucht [1], der Einsatz von Codierungssystemen zur Kostenkontrolle erst in experimentellen Arbeiten geprüft [2] und ist in der Grundversorgung das ganze Gebiet praktisch nicht erforscht [3].

- Zweck und Verwendung der Daten müssen vor der Erhebung klar deklariert werden, Auswertung und Interpretation nachvollziehbar sein. Das Sammeln von «Daten auf Vorrat» ist nicht nur aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes problematisch, es macht allgemein keinen Sinn. Datenerhebungen ohne klares Ziel und möglichst genau definiertes Format sind wertlos.
- Soll der ICPC-2-Code in der Grundversorgung Verwendung finden, müssten zuerst verschiedene Fragen geklärt werden. So ist völlig ausgeschlossen, dass Grundversorger aus dem Stand ICPC-2 codieren können. Blättert man im Codierungssystem, ist sofort klar, dass a) ein beträchtlicher Schulungsaufwand betrieben werden und b) von seiten des Codierers

eine Motivation/Interesse für die Tätigkeit vorhanden sein muss, um eine verlässliche Codierung zu erhalten. Vor Einführung einer detaillierten Codierung müssten im weiteren auch Umfang des Codes, Codierungstiefe und Prozess der Codierung geklärt sein. Ebenso sollte die Finanzierung geregelt sein. Ein sorgfältig generierter Code kostet erst, bevor er möglicherweise sparen hilft.

Die Etablierung einer rationalen und rationalen Codierung in der Grundversorgung ist mit Sicherheit eine aufwendige und herausfordernde Aufgabe. Ohne beträchtlichen Forschungsaufwand lässt sich diese nicht lösen.

Es ist unseres Erachtens ein Wunschdenken, auf administrativem Weg valide Codes generieren zu können.

Franz Marty

Die MEDLINE-Suche erfolgte unter den Begriffen:

- 1 «Forms and Records Control/classification» (21 Arbeiten)
- 2 «Forms and records control/economics» [MESH] (53 Arbeiten)
- 3 «Family Practice/classification» [MESH] AND «Family Practice/economics» (1 Arbeit)



Sensation an der Medikamentenfront

Noch unentdeckt von Sensationspresse und Fachliteratur sickerte am Kongress für Ärztinnen und Ärzte im Alpamare etwas Sensationelles durch. Die Firma Sitravon wird angeblich demnächst ein Präparat auf den Markt werfen, das alles Bisherige in den Schatten stellt. Im extra für den Alpamarekongress aufgestellten Pub der Firma – rechts neben der extra für die Kongressbesucher installierten Achterbahn und links vom Kinderhort – war von den etwas gar leicht bekleideten Ärzteberaterinnen der Firma hinter vorgehaltener Hand zu erfahren, dass NIX bald in den Handel komme. NIX sei das weltweit erste klinisch getestete und zugelassene Medikament, das keine Indikationen habe und deshalb für alles einsetzbar sei. Die pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Daten seien so überwältigend, dass man sie nicht weiter untersucht habe. Bei den Nebenwirkungen müsse nichts Nennenswertes befürchtet werden ausser Foetor coffeini, Blindheit und Analphabetismus. Der Marktpreis liege aber natürlich in Anbetracht des langjährigen Forschungs- und Entwicklungsaufwandes etwas höher als erwartet.

NIX fand im Alpamare reissenden Absatz bei den Kongressbesucherinnen und -besuchern. In Scharen belagerten sie das Firmenpub und trugen bereitwillig die vollbeladenen Sitravon-Tragtaschen mit der Aufschrift «NIX für ALLES – ALLES für NIX» nach Hause.

mediKUSS