



**Stellungnahme
zum Antrag der SPD-Fraktion
„Für ein modernes Patientenrechtegesetz“
(BT-Drs. 17/907)**

26. Januar 2011

Der Verband der privaten Krankenversicherung begrüßt die Absicht, die Patientenrechte in einem eigenen Patientenrechtegesetz zu bündeln. Patientenautonomie und Patientenschutz müssen als Grundsätze des Patientenrechtegesetzes gestärkt werden, um auch künftig eine nicht bevormundende, qualitativ hochwertige, medizinische Versorgung zu angemessenen Preisen zu sichern.

Der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) begrüßt grundsätzlich die Absicht, die Patientenrechte in einem eigenen Patientenrechtegesetz zu bündeln. Transparenz, Rechtsklarheit und Rechtssicherheit, Mitbestimmung und Eigenverantwortung sowie die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, medizinischen Versorgung zu angemessenen Preisen sind wesentliche Voraussetzungen zur Stärkung der Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitswesen.

I. Zur Stärkung der Patientenautonomie

Die Patientenautonomie (das meint Selbstbestimmung) ist Ausfluss des Grundrechts jedes Menschen auf Selbstbestimmung, einschließlich der der informationellen Selbstbestimmung, und des Rechtes auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 GG). Sie muss als Grundsatz des Patientenrechtegesetzes gestärkt werden. Dieser Grundsatz beinhaltet das Recht auf Entscheidungsfreiheit, sich behandeln oder nicht behandeln zu lassen, sowie

das Recht auf Informationen, mithin das Recht auf Aufklärung über den medizinischen Befund (Diagnose), über den Verlauf der Erkrankung, über Behandlungsalternativen, über mit dem Eingriff verbundenen Risiken, die voraussichtlichen Kosten sowie über die wirtschaftlichen Folgen einer Behandlung. Nur der umfassend informierte Patient ist in der Lage selbstbestimmt zu entscheiden, ob und gegebenenfalls welcher Behandlung er sich unterwerfen will.

Wichtige Aspekte der Patientenautonomie sind u.a. die auch im Antrag der SPD-Fraktion genannte Unabhängige Patientenberatung sowie die Unterstützung der Versicherten und Patienten bei außergerichtlichen und gerichtlichen Streitschlichtungen.

1. Beteiligung der PKV an der Förderung von Einrichtungen zur unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung gemäß § 65b SGB V neu

Die private Krankenversicherung bekennt sich zu ihrer gesellschaftlichen und politischen Verantwortung im deutschen Gesundheitssystem. Deshalb beteiligt sich der PKV-Verband ab 2011 freiwillig an der Finanzierung der „Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands“ (UPD).

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) fasst die Regelungen über die Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung in § 65b SGB V neu. Aufbauend auf den Erfahrungen aus den bisherigen Modellvorhaben zur unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung sieht die Regelung eine Förderung von Einrichtungen durch den GKV-Spitzenverband vor, die Verbraucher und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten. Der Gesetzgeber verfolgt so das Ziel, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzeigen. Die Förderung setzt den Nachweis der Neutralität und Unabhängigkeit der Einrichtung voraus.

Die neutrale und unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung steht Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung offen. Von der Sache her ist eigentlich eine Steuerfinanzierung der UPD geboten, doch aufgrund der angespannten Haushaltslage des Bundes gibt es dafür auf absehbare Zeit keine realistischen Chancen. Vor diesem Hintergrund und im Hinblick auf die gesamtgesellschaftliche Verantwortung der privaten Krankenversicherung hat sich der PKV-Verband im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens verpflichtet, sich durch die Finanzierung eines zusätzlichen muttersprachlichen Angebots an der Förderung zu beteiligen. Um Ratsuchenden mit Migrationshintergrund ein muttersprachliches An-

gebot machen zu können, z. B. in türkischer und russischer Sprache, sind qualifizierte Berater einzusetzen, die zusätzlich über einen nachweisbaren bilingualen, interkulturellen Ausbildungs- oder beruflichen Erfahrungshintergrund verfügen.

Zur Finanzierung dieses zusätzlichen muttersprachlichen Angebots stellt der PKV-Verband entsprechend dem Anteil der Privatversicherten abzüglich des Beihilfeanteils der Beihilfeberechtigten im Jahr 2011 364.000 Euro zur Verfügung (das sind 7 Prozent der in § 65b Abs. 2 Satz 1 SGB V vorgesehenen Fördermittel). In den Jahren 2012 und 2013 erhöht sich dieser Betrag analog der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgrößen nach § 18 Abs. 1 SGB IV. Mit diesem freiwilligen Engagement des PKV-Verbandes werden vor allem die Patientenrechte für Menschen mit Migrationshintergrund nachhaltig gestärkt.

2. Unterstützung bei außergerichtlicher Streitschlichtung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und ihren Versicherten hat der PKV-Verband eine Ombudsstelle für Angelegenheiten der privaten Krankenversicherung eingerichtet. Die Aufgabe des Ombudsmanns ist die außergerichtliche Schlichtung. Das Verfahren vor dem Ombudsmann ist für die Versicherten kostenfrei. Der Ombudsmann wird nur bei Problemen zwischen Versicherungsnehmern und den privaten Krankenversicherungsunternehmen bzw. einem Versicherungsvermittler oder -berater vermittelnd tätig.

Der Ombudsmann ist zudem Mitglied im sogenannten FIN-NET, ein grenzüberschreitendes außergerichtliches Beschwerdenetzwerk der Europäischen Kommission in Finanzdienstangelegenheiten. Das FIN-NET kann bei Beschwerden gegen europäische Versicherer eingeschaltet werden, die nicht Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und ebenfalls dem FIN-NET angeschlossen sind.

Bei Problemen mit dem behandelnden Arzt sind grundsätzlich der Patientenbeauftragte der Bundesregierung oder aber die zuständigen Ärztekammern zuständig.

3. Unterstützung bei gerichtlicher Streitschlichtung

Das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ermöglicht der Privaten Krankenversicherung zusätzliche Dienstleistungen zur Unterstützung der Patienten. Dazu gehört auch die Unterstützung bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Behandlungsleistungen und der sich hieraus ergebenden Folgen (§ 192 Abs. 3 Nr. 4 VVG; Vgl. auch die Möglichkeit des Patienten nach § 398 BGB, seine Rechte gegen den Arzt an seinen Versicherer abzutreten).

Diese Instrumente haben sich im Zusammenhang mit dem Arzthaftungsrecht bewährt. Ein darüber hinaus gehender politischer Handlungsbedarf wird nicht gesehen.

II. Zur Stärkung des Patientenschutzes

Die Pflicht zur Versicherung für alle Versicherten impliziert den Anspruch auf eine medizinische Versorgung zu angemessenen Preisen und gesicherter Qualität. In der PKV beruht dieser Versorgungsanspruch auf der Grundlage der Wahlfreiheit der Versicherungsleistungen, unkündbarer Leistungszusagen, freier Arztwahl und Therapiefreiheit sowie der Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Dieses anspruchsvolle Versorgungsziel bedarf klarer Kriterien für eine faire Vergütung. Es setzt zugleich zwingend die Kompetenz der Kostenträger voraus, über Qualität, Menge und Preis mit den Leistungserbringern zu verhandeln. Ein Patientenrechtegesetz, das den Schutz der Patienten vor finanzieller Übervorteilung nicht ins Auge fasst, greift zu kurz. Die Kosten für medizinisch notwendige Leistungen müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Zudem muss über eine ausdrückliche Belehrungspflicht des Arztes über die voraussichtlichen Kosten seiner Behandlung nachgedacht werden.

1. Angemessenheit statt Wucherschwelle als Kriterium fairer Vergütung

Um die Versichertengemeinschaft vor unverhältnismäßigen Beitragssteigerungen zu schützen, denen keine Mehrleistungen gegenüberstehen, müssen die Versicherten in die Lage versetzt werden, medizinisch notwendige Leistungen zu fairen Konditionen in Anspruch nehmen zu können. Dies ist durch die umfassende Aktivierung des Grundsatzes der Angemessenheit von Leistung und Erstattung zu erreichen und erfordert nicht nur entsprechende Regelungen in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sondern darüber hinaus in sämtlichen relevanten Leistungsbereichen.

So sollte sich ein Patientenrechtegesetz auch dem Schutz der Patienten vor finanzieller Übervorteilung widmen und klarstellen, dass die allgemeine Bestimmung des § 315 BGB auch für den Fall der Krankenbehandlung allgemein gilt:

„Die Entgelte für medizinisch notwendige Leistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen.“

Diese Verankerung der Angemessenheit müsste freilich auch für die Erstattungsleistungen des Versicherers gelten. So ist eine Änderung des § 192 Abs. 2 VVG erforderlich, der aktuell

den Versicherer nur insoweit von der Erstattung freistellt, als ein „auffälliges Missverhältnis“ zu den erbrachten Leistungen gegeben ist. Juristisch markiert dieser Begriff allerdings die Schwelle zum Wucher. So lange sich daran nichts ändert, können beispielsweise Privatkliniken, die dem Krankenhausentgeltrecht nicht unterliegen, „Mondpreise“ fordern, die letztlich die Versicherten über ihre Beiträge finanzieren. Die PKV hat dabei immer betont, dass die Verankerung des Kriteriums der Angemessenheit bei der Erstattungspflicht nicht zu Lasten der Versicherten gehen darf, sondern dass der Versicherer dem Versicherten bei der Abwehr unangemessener Forderungen zur Seite stehen muss.

Die jüngste Reform des § 192 VVG 2008, die dort den unzureichenden Begriff des „auffälligen Missverhältnisses“ verankert hatte, ist übrigens vom Gesetzgeber mit der klaren Absicht verknüpft worden, den Rechtszustand vor dem sogenannten „Alphaklinikurteil“ wiederherzustellen, das einer Privatklinik das Recht gegeben hatte, das Neunfache des Normalpreises zu verlangen. Das geht aus der Begründung des Rechtsausschusses Deutscher Bundestag hervor:

„Der Rechtsausschuss weist darauf hin, dass bis zur Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 12. März 2003, (VersR 2003, S. 581) anerkannt war, dass sich die Leistungspflicht des Versicherers nicht auf Aufwendungen erstreckt, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten medizinischen Leistungen stehen. Nach der genannten Entscheidung ist zweifelhaft geworden, ob sich aus der gesetzlichen Definition der Leistungspflicht (§ 192 Abs. 1, der § 178b Abs. 1 VVG übernimmt) die Befugnis zum Ausschluss der Übermaßvergütung ergibt. Die Regelung will diese Unklarheit beseitigen, indem sie die Rechtslage vor dem o. g. Urteil des BGH wiederherstellt“.

Leider hat die getroffene Regelung keine Abhilfe in diesem Bereich geschaffen. Sie ist daher zu revidieren, um Übermaßvergütungen insbesondere in den hinsichtlich der Entgelte nicht gesetzlich geregelten Bereichen – z. B. bei der Versorgung mit Arzneimitteln – wirksam auszuschließen.

Formulierungsvorschlag zu § 192 Abs. 2 VVG:

„Der Versicherer ist zur Leistung nach Abs. 1 insoweit nicht verpflichtet, als die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.“

2. Verbandsklagerecht zur Sicherung fairer Konditionen bei der Leistungsanspruchnahme

Zur Sicherung der Möglichkeit einer Inanspruchnahme von medizinisch notwendigen Leistungen zu angemessenen Konditionen sind über die besonderen Regelungen der GOÄ und GOZ sowie über die im Krankenhausentgeltrecht (KHG, KHEntgG, BpflV) bereits enthaltenen Bestimmungen hinaus weitere Regelungen für besonders kostenintensive Leistungen erforderlich, um die Fairness bei der Leistungsanspruchnahme abzusichern. Hier sind jeweils Vorgaben zur Angemessenheit der Vergütungen und Konditionen erforderlich. Zur effektiven Unterstützung der Patienten empfiehlt sich die Schaffung von entsprechenden Verbandsklagebefugnissen und korrespondierenden Vertragskompetenzen für die PKV nach dem Vorbild der Regelung über Unterkunftswahlleistungen/Zimmerzuschläge in § 17 Abs. 1 KHEntgG, die seit zehn Jahren erfolgreich praktiziert wird, was zu Leistungsverbesserungen und gleichzeitig angemessenen Entgelten geführt hat.

Wegen der Besonderheiten bei der Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Leistungen sollte klarstellend für den Bereich medizinisch notwendiger Leistungen abgesichert werden, dass der PKV-Verband die Bedingungen der Inanspruchnahme allgemein zu Gunsten der Patienten kontrollieren kann. So ergeben sich aus den Regelungen der §§ 3 und 7 Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) für unlautere geschäftliche Handlungen bzw. für unzumutbare Belästigungen Unterlassungsansprüche. In den Regelungen der §§ 1 und 2 Unterlassungsklagengesetz (UKlaG) finden sich Unterlassungsansprüche für den Fall der Verwendung und Empfehlung von unwirksamen allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie gegen verbraucherschutzgesetzwidrigen Praktiken. Der PKV-Verband ist derzeit im Wege der Verbandsklage lediglich zur Kontrolle allgemeiner Geschäftsbedingungen befugt gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 UKlaG in Verbindung mit § 1 UKlaG.

Im Interesse des Patientenschutzes ist jedoch gerade in den gesetzlich nicht oder nur gering regulierten Leistungsbereichen eine umfassende Kontrollmöglichkeit auch hinsichtlich verbraucherschutzgesetzwidriger Praktiken im Sinne des § 2 UKlaG, wie z. B. gegen ein Vorkasseverlangen zur Durchsetzung überhöhter Entgelte bei Versorgung mit Zytostatika-Zubereitungen, erforderlich. Zudem ist gerade in den hinsichtlich der Entgelte nicht regulierten Leistungsbereichen ein funktionierender Wettbewerb im Interesse der Patienten von wesentlicher Bedeutung, so dass die Möglichkeit geschaffen werden sollte, aufgrund eines wettbewerblichen Verbandsklagerechts gegen Missbräuche und Unlauterkeiten des Wettbewerbs vorzugehen. Die aktuell im UKlaG und UWG enthaltenen Beschränkungen des Verbandsklagerechts auf denselben Markt (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 UKlaG und § 8 Abs. 3 Nr. 2 UWG)

sollten daher durch Schaffung jeweils eines erweiterten Verbandsklagerechts zugunsten des PKV-Verbandes für diesen im Bereich der Versorgung von Patienten mit medizinisch notwendigen Leistungen aufgehoben werden.

Formulierungsvorschlag:

a) Ergänzung des § 3 Abs. 1 UKlaG um folgende Nr. 4

„dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., soweit sich die Ansprüche auf Verhalten im Rahmen der Versorgung von Patienten mit medizinisch notwendigen Leistungen beziehen.“

b) Ergänzung des § 8 Abs. 3 UWG um folgende Nr. 5

„dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., soweit sich die Ansprüche auf Verhalten im Rahmen der Versorgung von Patienten mit medizinisch notwendigen Leistungen beziehen.“

3. Stationäre Leistungen (selbständiger) Privatkliniken

Die heutige Preisregulierung durch das Krankenhausentgeltrecht (KHG, KHEntgG, BPfIV) – hinsichtlich der Inanspruchnahme von allgemeinen Krankenhausleistungen und von Unterkunftswahlleistungen – und die GOÄ – hinsichtlich der Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen – sichert ein angemessenes Niveau der Vergütung auch für Privatversicherte und verhindert, dass sie selbst in den eigenverantwortlich abzuschließenden Behandlungsverträgen über die Vergütungen in der Situation akuter Behandlungsnotwendigkeit „verhandeln“ müssten, was nicht möglich ist. Sehr schlecht geschützt sind die Patienten jedoch bei der Behandlung in Privatkliniken, für die das Krankenhausentgeltrecht nicht gilt. Denn anders als im Bereich der Vergütung ärztlicher Leistungen, in dem die GOÄ umfassend für medizinisch notwendige Behandlungen Anwendung auch auf Privatärzte findet, sind die Regelungen des Krankenhausentgeltrechts auf Kliniken außerhalb des Anwendungsbereichs des Krankenhausentgeltrechts grundsätzlich nicht anwendbar.

Dies führt zu vollkommen überzogenen Entgeltforderungen dieser Privatkliniken bis an die Grenze des Wuchers. Für diesen Bereich ist eine gesetzliche Klarstellung, dass auch hier nur angemessene Entgelte abgerechnet werden dürfen, notwendig geworden, weil die Rechtsprechung des BGH widersprüchlich ist: Zur Abrechnung von Krankenhäusern hat der 3. Zivilsenat des BGH in seinem Wahlleistungs-Urteil aus dem Jahr 2000 festgestellt, dass vor dem Hintergrund der besonderen Inanspruchnahmesituation und der nicht gegebenen

Verhandlungsmöglichkeit der Patienten der Maßstab der Angemessenheit als besondere Ausprägung von § 315 BGB (= Angemessenheit) der richtige und rechtlich zwingende Maßstab ist. Der 4. Zivilsenat hat aber im Urteil zur Alpha-Klinik im Jahr 2003 eine Abrechnung unangemessener Entgelte bis zur Grenze des Wuchers unbeanstandet gelassen und sich dabei zusätzlich in Widerspruch zu einer Entscheidung des 6. Zivilsenats aus dem Jahr 1978 gesetzt, der den Maßstab der Billigkeit/Angemessenheit im Sinne des § 315 BGB ebenso wie der 3. Zivilsenat im Jahr 2000 für grundsätzlich relevant hielt. Hier ist eine Verpflichtung der Privatkliniken auf angemessene Entgelte für den Fall medizinisch notwendiger Krankenhausbehandlung dringend notwendig.

Formulierungsvorschlag:

An § 17 Abs. 5 KHG sollen folgende Sätze 6 bis 8 angefügt werden:

„Krankenhäuser, die nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 dieses Gesetzes nicht förderungsfähig sind, dürfen im Falle medizinisch notwendiger Krankenhausbehandlung von einem Krankenhausbenutzer keine Entgelte für Krankenhausleistungen im Sinne von § 2 KHEntgG fordern, die in einem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Die Krankenhäuser nach Satz 6 können mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie mit Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften angemessene Entgelte für ihre Leistungen vereinbaren. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung ist der Zivilrechtsweg gegeben.“

4. Stationäre Leistungen (ausgegründeter) Privatkliniken

Die vorstehend beschriebene unklare Rechtslage über die Abrechnung von selbstständigen Privatkliniken hat nun seit dem Alpha-Klinikurteil des BGH einen immer stärker werdenden Trend begründet, der bereits dazu geführt hat, dass derzeit bereits ca. 100 öffentliche Krankenhäuser (davon ca. 50 in Trägerschaft der Helios-Gruppe) eigens zum Zwecke der Vereinbarung und Erzielung höherer Entgelte Bereiche des Krankenhauses für die Behandlung ihrer Privatpatienten als Privatklinik deklarieren bzw. eine solche unter Zwischenschaltung einer neuen Rechtsperson gründen, um ebenfalls ihre Entgelte für Privatpatienten bis zur Wuchergrenze erhöhen zu können. Dies macht eine gesetzgeberische Klarstellung hinsicht-

lich des Anwendungsbereichs des Krankenhausentgeltrechts auch auf Ausgründungen erforderlich.

Formulierungsvorschlag:

In § 17 Abs. 1 KHG soll in Anschluss an den Satz 1 – einheitliche Berechnung der Pflegesätze und Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung für alle Patienten des Krankenhauses – folgender neuer Satz 2 klarstellend eingefügt werden:

„Auch in weiteren rechtlich verselbständigten Einrichtungen des Krankenhausträgers dürfen von Krankenhausbenutzern keine höheren Entgelte gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen im Rahmen des Versorgungsauftrages zu entrichten sind.“

5. Einbeziehung der Privatpatienten in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Seit dem Jahr 2000 werden Krankenhauspatienten unabhängig von ihrem Versichertenstatus – und damit auch Privatversicherte – in die externe stationäre Qualitätssicherung einbezogen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. seinem Vorläufer hat entsprechend die PKV bereits von 2000 bis zum GKV-WSG an der Qualitätssicherung im Krankenhaus in den Unterausschüssen externe stationäre Qualitätssicherung bzw. sonstige Qualitätssicherung (Themen: insbesondere Mindestmengen und Qualitätsberichte) als Beteiligte (also beratend, aber ohne Antrags- oder Stimmrecht) mitgewirkt. Mit der Umstellung auf die grundsätzlich sektorenübergreifende (Krankenhaus und Vertragsärzte) Qualitätssicherung durch das GKV-WSG wurden nicht gesetzlich versicherte Patienten von der Qualitätssicherung ausgeschlossen und der PKV gingen diese Beteiligungsrechte verloren. Mit dem KHRG (2008) ist es gelungen, in § 137 SGB V die sektorübergreifende Qualitätssicherung grundsätzlich einheitlich für alle Patienten und ein Beteiligungsrecht (also beratend, aber ohne Antrags- oder Stimmrecht) der PKV für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung in § 137 SGB V neu zu verankern.

Durch die neue Verankerung schien aus Verbandssicht zunächst gewährleistet, dass Privatversicherte im Krankenhaus und darüber hinaus auch erstmals von der Qualitätssicherung beim GKV-Vertragsarzt erfasst werden. Inzwischen hat sich aber herausgestellt, dass die Einbeziehung der Privatversicherten in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung auf rechtliche Hürden stößt, da bislang eine ausdrückliche Ermächtigung fehlt, die es wie bei den GKV-Versicherten (§299 SGB V) erlaubte, pseudonymisierte medizinische Behandlungsda-

ten ohne Einwilligung des Patienten zum Gegenstand der Qualitätssicherung zu machen. In jedem Einzelfall eine Einwilligungserklärung einzuholen, birgt das Risiko einer Selektion, die die Aussagefähigkeit der Qualitätssicherung und damit ihren Nutzen für die Patienten in Frage stellen kann. Daher bedarf es zum Schutz der Patienten einer gesetzgeberischen Klarstellung. Eine Regelung analog § 299 SGB V könnte durch Ergänzungen in § 13 Absatz 2 Nr. 7 Bundesdatenschutzgesetz erfolgen.

Förmulierungsvorschlag:

§ 13 Absatz 2 Nr. 7 Bundesdatenschutzgesetz wird wie folgt gefasst

„(2) Das Erheben besonderer Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9) ist nur zulässig, soweit ...)

dies zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung oder deren Qualitätssicherung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erforderlich ist und die Verarbeitung dieser Daten durch ärztliches Personal oder durch sonstige Personen erfolgt, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen; im Falle der Qualitätssicherung dürfen personenbezogene Daten nur pseudonymisiert von einer unabhängigen Stelle ausgewertet werden, wobei die Pseudonymisierung durch eine räumlich, organisatorisch und personell getrennte Vertrauensstelle zu erfolgen hat, ...“

6. Elektronischer Rechnungsdatenaustausch zwischen Krankenhäusern und Unternehmen der privaten Krankenversicherung

§ 17c Absatz 5 KHG schreibt vor, dass – sofern Versicherte der privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch machen – die Daten entsprechend § 301 SGB V maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen zu übermitteln sind, wenn der Versicherte hierzu schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt hat. Derzeit nehmen nur 34 Krankenhäuser (von etwa 2100 möglichen) am elektronischen Datenaustausch teil. Die Zahl der elektronisch übermittelten Datensätze ist vernachlässigbar. In der GKV liegt sie nahe 100%. In der Zwischenzeit hat sich eingebürgert, auch Papierdokumente als „maschinenlesbar“ aufzufassen, so dass die eigentlich bindende Regelung des § 17c(5) KHG ins Leere läuft. Es wird deshalb vorgeschlagen, in § 17c(5) KHG das Wort „maschinenlesbar“ durch die Worte „im Wege des elektronischen Datenaustausches“ zu ersetzen.