

Daten- und Persönlichkeitsschutz im KVG

unter dem Aspekt der EVG-Rechtsprechung zu Tarifen und Verträgen, speziell bezüglich Austritts- und Operationsberichten

Roland Schmoker

Zusammenfassung

Unbewusste Datenschutzverletzungen drohen permanent. Besonders problematisch sind Austritts- und Operationsberichte. Diese werden normalerweise in Form von behandlungsrelevanten Aufzeichnungen ausschliesslich für die Behandlung des Patienten verfasst. Leistungs- und abrechnungsrelevante Daten gehören nicht dazu. Diese werden auf einem Leistungsblatt für die Rechnungsstellung angekreuzt.

Was für die Beurteilung der Leistungspflicht notwendig ist, bestimmt jedoch allein der Vertrauensarzt. Er glaubt irrtümlicherweise, die notwendigen Angaben in Austritts- und Operationsbericht zu finden. Deshalb beharrt er auf deren Aushändigung. Missverständnisse und Datenschutzverletzungen sind programmiert.

Eine konstruktive Lösung besteht in der Aufteilung von Austritts- und Operationsbericht in einen leistungs- und abrechnungsrelevanten Anteil für die Beurteilung von Leistungspflicht und Abrechnung gegenüber einem behandlungsrelevanten Anteil mit persönlichen Aufzeichnungen rein für die Patientenbehandlung.

1. Zweck der Datenschutzdiskussion

Zweck der Datenschutzdiskussion war die **umfassende Orientierung des Belegarztes**. Dazu wurde dieses Thema an der Mitgliederversammlung der Berner Belegarztvereinigung BBV+ (vormals FMS Bern) vom 05.12.2006 traktandiert. Grundlage bildeten die Aussagen und Veröffentlichungen des Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten EDÖB. Gehalten wurde das Referat von dessen juristischen Beraterin, Frau Stéphanie Schenk-Testoni. Zum Referat wurden Unterlagen abgegeben.

Eine zusammenfassende Stellungnahme durch den EDÖB folgte im Januar 2007. Von dieser nachfolgend noch besprochenen Zusammenfassung profitiert vor allem derjenige, der an der Mitgliederversammlung das ausführliche Referat hören und die anschliessende eingehende Diskussion mitverfolgen konnte.

Die nachfolgenden Erläuterungen sollen eine **verständliche, praxisbezogene Schlussfolgerung** des Referats und der auf den Belegarzt bezo-

genen Diskussion darstellen. Die Ausführungen sind zur Information desjenigen gedacht, der an der Mitgliederversammlung nicht hatte teilnehmen können.

2. Anlass für die gegenwärtigen Missverständnisse

Anlass für das Referat und die lebhaftige Diskussion waren die eindeutig zunehmenden Vorkommnisse mit Verletzung des Daten- und Persönlichkeitsschutzes von Seiten der Krankenkassen im Anschluss an den jüngsten Versicherungsgerichtsentscheid über das Einfordern von medizinischen Berichten. Es betrifft die immer arrogantere systematische Einforderung von Operationsberichten durch verschiedene Kassen, angeblich auf Verlangen des Vertrauensarztes.

Die Erfahrung zeigt, dass dies häufig nicht zutrifft. Dem Patienten kommt das Recht zu, Akteneinsicht zu verlangen. Diese deckt jeweils ganz andere Motive für das Einfordern der Operationsberichte auf. Die Operationsberichte werden auf Grund der Einsicht in die Akten offensichtlich für folgende Zwecke missbraucht:

- Systematische Suche nach möglichen Gründen für eine Verweigerung oder Reduktion der Rückerstattung.
- Systematische Suche nach Anhaltspunkten zur Erkennung von Risikopatienten.
- Durchsicht auf die Chance für eine mögliche Abwälzung der Behandlungskosten auf die Haftpflichtversicherung des Arztes bei Reoperationen, Komplikationen oder Verlegungen.
- Nachträgliche Korrekturen an bereits ausbezahlten OKP Pauschalen.
- Sammeln von Daten für Änderungen an der Verteilung des Arztanteils in OKP Pauschalen.
- Sammeln von Daten für das Infragestellen von Zusatzeingriffen in OKP Pauschalen.
- Verwendung im Hinblick auf die Codierung von DRG Fallpauschalen.

Stein des Anstosses ist für den Belegarzt wohlverstanden nicht so sehr die auf Grund von Kontrollen vorgenommenen Massnahmen der Kasse an sich, beispielsweise die Einmischung in die Verteilung des ärztlichen Anteils im OKP-Bereich, das Ausmerzen von Risikopatienten oder die Verweigerung der Rückerstattung. Hier fühlen sich Ärzte, Patienten, Gerichte und Politiker sowieso weitgehend machtlos. Es geht vielmehr darum, dass dazu die vom behandelnden Arzt eingereichten Daten sowie die Stellung des Vertrauensarztes krass missbraucht werden. Schuldig gegenüber dem Patienten fühlt sich letztendlich der behandelnde Arzt, weil beispielsweise aus dem strikt für die Patientenbehandlung verfassten Operationsbericht für den Patienten nachteilige, geschützte Daten illegal an die Kasse gelangt sind. Die Verletzung des Datenschutzes bleibt im Nachhinein unerkannt. Der Patient hat deshalb das Gefühl, sein Arzt habe der Kasse etwas für ihn Nachteiliges gesteckt.

3. Begründung für den Datenschutzmissbrauch

Begründet werden diese Übergriffe stereotyp durch kassenseitige Fehlinterpretationen. Häufig wird dabei auf das EVG-Urteil K 7/05 vom 18.05.2006 verwiesen. Weiter werden die Tarmed Bestimmungen zitiert, wonach Berichte auf Verlangen dem Versicherer einzureichen seien. Dabei wird der dort aufgeführte Hinweis auf Einhaltung des Datenschutzes geflissentlich übergangen. Schliesslich berufen sich die Kassen darauf, dass der Operationsbericht letztendlich von ihnen bezahlt werde, so dass sie Anrecht darauf hätten, analog zum Familienvater, der die Zeugnisnoten und die Post seiner studierenden Kinder einsehen will, solange er zahlt. Mit derartigen Ansichten und Fehlinterpretationen kann der Datenschutz natürlich nicht funktionieren.

4. Interpretationen des EDÖB

4.1 Konkretisierung des Daten- und Persönlichkeitsschutzes

Erklärtes Ziel des Vorstands der BBV+ ist es, die Interpretationen des Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten EDÖB als Leitlinie in die Datenschutzdiskussion einzubringen. Dabei gilt es, die teilweise vornehm zurückhaltend und grundsätzlich formulierten juristischen Stellungnahmen auf den belegärztlichen Alltag und auf die Fehlinterpretationen der Krankenkassen umzusetzen. Grundlage dafür bildet das bereits zitierte Referat von Frau Stéphanie Schenk-Testoni, der juristischen Beraterin des EDÖB, ihre Beantwortung konkreter Fragen anlässlich der anschliessenden Diskussion sowie die abgegebenen Unterlagen.

4.2 Merkblatt des EDÖB über Austritts- und Operationsberichte vom Dezember 2001

Zum für die Belegärzte zentralen Thema Operationsberichte hat der EDÖB bereits im Jahr 2001 grundlegend Stellung bezogen, nämlich in seinem Merkblatt über Austritts- und Operationsberichte (http://www.privatim.ch/content/publikationen.php?publ_id=21&showall=yes&page=3).

4.3 Bericht des EDÖB zum Tarmed und Datenschutz vom Juni 2004

Anlass für eine erneute Stellungnahme im Bericht des EDÖB zum Tarmed und Datenschutz vom 25.06.2004 (<http://www.edoeb.admin.ch/dokumentation/00438/00465/00645/00839/index.html?lang=de>) bildete die von Versichererseite in die generellen Interpretationen des Tarmed eingebrachte provokative, Fehlinterpretationen geradezu herausfordernde Formulierung, dass „sämtliche Berichte/Dokumentationen dem Versicherer respektive dem Vertrauensarzt des

Versicherers auf Verlangen zuzustellen seien, wobei die Bestimmungen des Datenschutzes gelten“.

Von Patientenseite her hätte die Formulierung ebenso gut lauten können, dass „sämtliche Berichte/Dokumentationen dem Versicherer resp. dem Vertrauensarzt des Versicherers, auch auf Verlangen, **nicht** zuzustellen seien, ausser sie berücksichtigten den Datenschutz.

Weder provokativ aus Versichererinteresse, noch einseitig aus Patientensicht wäre eine neutrale Formulierung zu wählen, dass „sämtliche Berichte/Dokumentationen, die dem Versicherer resp. dem Vertrauensarzt des Versicherers auf Verlangen zugestellt werden, dem Datenschutz unterstellt seien. Austritts- und Operationsberichte werden ausschliesslich für die Patientenbehandlung verfasst. Sie enthalten somit automatisch Daten, die Zusatzinformationen enthalten. Deshalb dürfen sie in dieser Form aus Datenschutzgründen nicht an den Versicherer resp. den Vertrauensarzt des Versicherers eingesandt werden“.

4.3 Stellungnahme des EDÖB vom Januar 2007 zum am 18.05.2006 gefällten EVG Urteil K 7/05

Eine erneute Stellungnahme des EDÖB drängte sich auf im Zusammenhang mit den Fehlinterpretationen der Krankenkassen über eine angeblich „neue“ Rechtsprechung im Datenschutzbereich. Dabei folgt Santé suisse einem alt bewährten Muster. Trotz der über Jahre konstanten Rechtsprechung wird bei jedem für die Kassen günstigen EVG Urteil in den Medien, womöglich unter Inszenierung einer Medienmitteilung, auf ein angebliches Grundsatzurteil und auf eine angeblich völlig „neue“ Rechtsprechung hingewiesen, selbst wenn die eindeutigen Kriterien für ein Grundsatzurteil gar nicht erfüllt sind. Unter diesem Deckmantel werden dann Fehlinterpretationen und Spekulationen konstruiert, häufig in Form einer Satzumkehr. Austritts- und Operationsberichte seien Arztberichte, also unterlägen Austritts- und Operationsberichte den gleichen Datenschutzkriterien wie Arztberichte.

Solche Fehlinterpretationen werden in internen Anweisungen umgesetzt und auf die Patienten und Leistungserbringer losgelassen, wohlverstanden immer unter der gleichen, fortbestehenden KVG Gesetzgebung. Damit wird jeweils ein neues Zeitalter eingeläutet. Es dauert dann durchschnittlich 5 Jahre, bis eine solche Kampagne und deren Auswirkungen vom EVG erneut richtiggestellt werden können.

Gegen solche Fehlinterpretationen erfolgte im Januar 2007 eine weitere Stellungnahme des EDÖB (http://www.edoeb.admin.ch/suchen/index.html?lang=de&keywords=evg+urteil&search_mode=AND [pdf-Dokument „Die Frage der datenschutzkonformen Herausgabe von Arztberichten an die Krankenversicherer“]). Darin wird festgehalten, **dass die Datenschutzbestimmungen des KVG**

nach wie vor Gültigkeit haben, gerade bekräftigt durch den neuen EVG Entscheid K 7/05 vom 18.05.2006.

5. Massgebend für den Datenschutz bleibt das KVG

5.1 Datenschutz des KVG geht vor Kassenvereinbarungen

Neu ausgehandelt worden war der Datenschutz im Vorfeld der KVG Revision. Seit Inkraftsetzung des neuen KVG am 01.01.1996 gelten bezüglich Datenschutz die Bestimmungen des KVG, insbesondere Art. 42 und Art. 57 KVG. Diese haben weiterhin unverändert Gültigkeit.

Vereinbarungen in Tarifen oder in Verträgen, beispielsweise zwischen Spitälern und Kassen (Rahmenverträge), Ärzten und Kassen (Tarife) oder Patienten und Kassen (Mitgliederstatuten) sind null und nichtig, wenn sie den Daten- und Persönlichkeitsschutz gemäss KVG verletzen. Solche Vereinbarungen und Verträge zeigen höchstens die Richtung an, in die das geltende Gesetz von den Kassen verschoben werden möchte. Solche Übergriffe auf den Datenschutz von Seiten der Versicherer in Vorträgen, Statuten und Formularen sollten bereits an der Aufsichtsfunktion im Gesundheitswesen scheitern.

Selbst wenn eine Kasse nicht nur den Patienten gegenüber konkret droht, ohne Operationsbericht keine Überprüfung der Leistungspflicht, sondern dies in ihren Mitgliederstatuten, in einem Vertrag mit Spitälern oder in Tarifen mit Ärzten juristisch festzulegen versuchte, ist dies Makulatur, weil die Bestimmungen des KVG über den Datenschutz Vorrang haben vor solchen kassenseitigen Vereinbarungen oder Verträgen.

5.2 Datenschutz des KVG geht vor Tarmed-Bestimmungen

Entgegen den Fehlinterpretationen der Kassen gilt dies insbesondere auch für die Tarifrevision 1.03. des Tarmed, die am 01.04.2006 in Kraft gesetzt worden ist. Von Versichererseite eingebracht, wird den Ärzten in den generellen Interpretationen diktiert, dass „sämtliche Berichte/Dokumentationen dem Versicherer resp. dem Vertrauensarzt des Versicherers auf Verlangen zuzustellen seien“. Nicht zitiert wird meist der von den Ärzten noch ausgehandelte, an sich selbstverständliche Hinweis, dass „dabei die Bestimmungen des Datenschutzes gelten“. Dies bedeutet, dass die Zustellung eben gerade nicht gemäss altem Text auf blosses Verlangen erfolgen darf, sondern gemäss neuem Text den Restriktionen des Datenschutzes unterstellt ist.

5.3 Datenschutz des KVG geht vor Tarifverträgen

Dies trifft natürlich auch zu auf alle anderen Verträge zu sämtlichen Tarifen, sowohl im KVG-Bereich, wie OKP Pauschalen oder DRG Fallpauschalen Kantonalen Ärztegesellschaften, SSO Vertrag der Schweizerischen Zahnärztegesellschaft usw., als auch im VVG Bereich, wie Visana-, Helsana- oder Unimedeverträge usw.

Kassenseitige Forderungen wie „ohne Operationsbericht zahlen wir nicht“, weisen vordergründig auf Unwissen und Arroganz, hintergründig auf mangelnde Aufsichtsfunktion im Gesundheitswesen hin. Im Datenschutzbereich kann eine Kasse leider machen, was sie will. Sie wird von niemandem in die Schranken gewiesen.

5.4 Datenschutz des KVG wird vom EVG bestätigt

Die EVG Rechtsprechung hinkt naturgemäss immer mehrere Jahre hinter nach. Das neue EVG Urteil bestätigt das KVG, das Merkblatt des EDÖB aus dem Jahre 2001 zur Sonderstellung von Austritts- und Operationsberichten sowie die Hinweise auf die Datenschutzgesetzgebung des KVG im Tarmed. Die EVG Rechtsprechung bedeute fortgesetzt, dass Berichte und Dokumente auch weiterhin dem Datenschutz gemäss KVG unterstellt seien und dass Austritts- und Operationsberichte eine besondere Art von Arztberichten darstellten.

6. Das Prinzip der Verhältnismässigkeit

Das Verhältnismässigkeitsprinzip erlaubt nur die Weitergabe von tatsächlich erforderlichen und für den vorgesehenen Zweck geeigneten Daten. Gerade bei besonders schützenswerten Daten muss dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz erhöhte Bedeutung beigemessen werden. Dies bedeutet, dass Berichte und Dokumentationen niemals systematisch auf einfaches Verlangen herauszugeben sind. Die neuerdings zunehmend häufiger vorkommende stereotype Auskunft von Krankenkassen, der Vertrauensarzt schaue den Fall gar nicht erst an, wenn nicht Operationsbericht, Austrittsbericht und Röntgenbilder vorlägen, weist auf eine fortgesetzte, routinemässige Verletzung des Datenschutzes hin.

Falls die Krankenkasse Angaben benötigt, ist dies vorerst einmal die Diagnose gemäss Tessinercode. Damit hat es sich vorerst einmal. Zusammen mit den Tarifpositionen der Rechnung hat der Vertrauensarzt diejenigen Angaben, die er üblicherweise zur Beurteilung der Leistungspflicht benötigt.

7. Das Prinzip der stufenweisen Datenbekanntgabe

7.1 Stufenweise kontra systematische Datenbekanntgabe

Der Gesetzgeber sieht mit Art. 42 KVG bei der Bekanntgabe der Behandlungsdaten ausdrücklich ein stufenweises Vorgehen des Leistungserbringers vor. Dies gilt auch nach der am 01.04.2006 in Kraft gesetzten Version 1.03 des Tarmed. Gemäss Ziff. 14 der generellen Interpretationen sind „sämtliche Berichte/Dokumentationen dem Versicherer resp. dem Vertrauensarzt des Versicherers auf Verlangen zuzustellen. Dabei gelten die Bestimmungen des Datenschutzes“.

Gemäss EDÖB bedeutet der Hinweis auf die Datenschutzgebung fortgesetzt, dass Berichte und Dokumentationen auch weiterhin nicht systematisch auf Verlangen, sondern nur in begründeten Fällen herauszugeben sind.

7.2 Verfehlte Disqualifizierung der stufenweisen Datenbekanntgabe

Eindeutig verfehlt sind Hinweise von Kassen und Vertrauensärzten oder gar von Gerichten, dass nachträglich, erst auf zusätzliche Nachfrage eingereichte, spezifizierende Angaben weniger vertrauenswürdig zu gewichten seien als die zuerst angegebenen allgemeinen Daten wie Diagnose und Tarifpositionen. Ebenso unkorrekt sind Verfahren, die, sozusagen in Anlehnung an ein Verhör eines Angeklagten, die stufenweise weitere Datenbekanntgabe als nachträglich nachgeschoben disqualifizieren und solchen Daten geringere Beweiskraft zubilligen.

Meist verhält es sich ja gerade umgekehrt. Zuerst vorgesehen sind Angaben völlig unspezifischer Natur wie beispielsweise der Tessinercode. Nach der ersten Nachfrage folgt als fallspezifische Angabe die genaue medizinische Diagnose. Erst nach weiterer gezielter Nachfrage geht es um die für die Beantwortung einer Frage wichtigen, noch spezifischeren Angaben, beispielsweise:

- Zur erhobenen Anamnese.
- Zur durchgeführten Untersuchung.
- Zur Indikationsstellung für einen operativen Eingriff.
- Zu aufgetretenen Komplikationen usw.

Gerade diesen gezielten Angaben auf konkrete Anfragen kommt dann erhöhte Beweiskraft zu. Speziell zu diesen muss die Kasse bei einer Einsprache oder Beschwerde Stellung beziehen.

7.3 Bestätigung der stufenweisen Datenbekanntgabe durch die EVG-Rechtsprechung

Gemäss EDÖB gilt es speziell bei der EVG Rechtsprechung K7/05 vom 18.05.2006 aus datenschutzrechtlicher Sicht zu beachten, dass Berichte und Dokumentationen auch weiterhin nicht systematisch auf Verlangen, sondern fortgesetzt nur gemäss dem Prinzip der stufenweisen Datenbekanntgabe einzureichen seien.

Völlig fehl am Platz sind die stereotypen Schuldzuweisungen der Kassen, der Leistungserbringer verhalte sich renitent, er wäre von allem Anfang an zum Einreichen sämtlicher Berichte verpflichtet, schliesslich würden diese von der Kasse bezahlt; andernfalls behalte sich die Kasse eine Rückforderung vor. Es folgen Hinweise auf die Mitwirkungspflicht des Patienten, der andernfalls keine Rückerstattung erhalte. Gekrönt werden die Anschuldigungen mit dem Hinweis, Austritts- und Operationsberichte seien Arztbe-

richte und für diese sei gemäss neuester EVG Rechtsprechung der Datenschutz gegenüber der Kasse aufgehoben.

7.4 Missachtung der stufenweisen Datenbekanntgabe

Das Prinzip der stufenweisen Datenbekanntgabe wird auf allen Stufen fortgesetzt krass missachtet. Eine vom behandelnden Arzt eindeutig befürwortete Kassenpflicht einer durchgeführten Behandlung wird von den Kassen nahezu routinemässig, ohne entsprechende Rückfragen, abgelehnt. Eine zweckgebundene Anfrage vor der Ablehnung einer befürworteten Behandlung erfolgt in den seltensten Fällen. Dies setzt sich fort, wenn der Patient eine Verfügung verlangt sowie Einsprache und Beschwerde einreicht. Der Einsprache- und Beschwerdeentscheid wird oftmals abgestützt auf den Anfangsdaten oder dann auf einem beschafften Operationsbericht konstruiert, ohne die vorgesehene stufenweise, auf Begründung abgestützte Datenbekanntgabe einzufordern.

Selbst Kantonale Verwaltungsgerichte beurteilen die Wahrscheinlichkeit der Beweiskraft einfach auf Grund der von der Kasse vorgelegten Daten. Es kommt kaum vor, dass eine Kasse aufgefordert wird, vorerst beim behandelnden Arzt die stufenweise Datenbekanntgabe zu begründen und anzufordern. Dies benachteiligt den Patienten natürlich massiv, vor allem, wenn er sich keinen Anwalt leisten kann, der ihn darauf aufmerksam macht. Die Kasse ist natürlich in eigenem Interesse bestrebt, dem Gericht zu einer zu beurteilenden Frage möglichst nur von der Kasse herausgesuchte oder behauptete Daten vorzulegen und den Patienten gar nicht erst in der im KVG vorgesehenen Form einer bezahlten Stellungnahme des Leistungserbringers zu einer gezielten Frage zu Wort kommen zu lassen. Der Patient selbst ist naturgemäss nicht fähig, die relevanten Fragen zu stellen. Wenn der Anwalt des Patienten die Frage an den Leistungserbringer stellt, wird dessen Stellungnahme nicht mehr als KVG konformes Datenmaterial, sondern bereits als Parteigutachten eingestuft.

8. Die Sonderstellung von Austritts- und Operationsberichten

8.1 Worin liegt diese Sonderstellung?

Austritts- und Operationsberichte stellen eine ganz besondere Art von Dokumentationen dar. Diese werden nämlich ganz allgemein für die Behandlung des Patienten geschrieben. Es wird hingewiesen auf:

- Erschwerende Faktoren.
- Risikoverhalten des Patienten.
- Mangelnde Mitarbeit des Patienten.
- Vorgekommene Fehler während des Eingriffs.
- Zu erwartende Komplikationen.
- Mögliche Folgeschäden.
- Auswirkungen auf frühere oder gegenwärtige Erkrankungen usw.

Gerade im Hinblick auf eine statistische Auswertung bei neuen Operationstechniken, auf Belange der Qualitätskontrolle oder einer späteren wissenschaftlichen Auswertung, können in einem Operationsbericht viele zusätzliche Informationen Eingang finden, die der Vertrauensarzt nicht benötigt, die jedoch für den Patienten nachteilig sein können. Ganz im Gegensatz dazu bezieht sich ein Arztbericht auf eine spezielle Fragestellung. Er enthält keine Zusatzinformationen.

Es ist nahezu keine Situation vorstellbar, in der ein Austritts- oder Operationsbericht wirklich notwendig wäre. Selbst der übliche Einwand, es müsse überprüft werden, ob eine bestimmte Leistung nicht nur abgerechnet, sondern auch wirklich erbracht worden sei, ist nicht stichhaltig. Was im Operationsbericht nicht speziell erwähnt wird, kann gleichwohl erbracht worden sein. Bekannt dafür sind beispielsweise Biopsien, die oft gar nicht erwähnt werden. Die Histologie ist ja Beweis genug. Ohne Biopsie wäre gar keine Histologie möglich. Es könnte jedoch auch eine Biopsie aufgeführt (Speichertext), aber nicht durchgeführt oder nicht eingeschickt worden sein usw. Also warum nicht eine gezielte Frage, um eine Diskrepanz zu klären?

8.2 Welche Bereiche sind betroffen?

Im Fall des EVG Urteils K 7/05 vom 18.05.2006 war es lediglich darum gegangen, bei einer ungewöhnlichen Häufung von abgerechneten Arztberichten deren Vorhandensein und ihre Zeilenzahl überprüfen zu wollen. Datenschützerisch kann ein solcher Anspruch durchaus als legitim gelten. Eine solche Überprüfung wäre selbst dann noch möglich, wenn der Inhalt unleserlich gemacht würde. Demgegenüber besteht ein Unterschied zum Anspruch auf den Informationsgehalt eines Austritts- oder Operationsberichts. Dies nachzuvollziehen mag für eine Kasse schwierig sein, ebenso, sich vom Schreibtisch aus die Motive und Konsequenzen der täglichen datenschützerischen Übergriffe überhaupt nur vorstellen zu können. Der EDÖB jedenfalls macht ausdrücklich auf diese Sonderstellung von Austritts- und Operationsbericht gegenüber einem normalen Arztbericht aufmerksam.

Diesbezüglich der genau gleiche grundlegende Unterschied besteht auch, ob dabei der Vertrauensarzt seiner ihm idealerweise zugeordneten, vom EVG ganz selbstverständlich immer als eingehalten vorausgesetzten Filterfunktion im Alltag überhaupt nachkommen kann. Der Patient und dessen Anwalt, der Leistungserbringer, kennen die Realität, dass Daten, statt gefiltert, vom Vertrauensarzt nicht nur weitergegeben, sondern noch zusätzlich beschafft werden. Obschon der EDÖB hier wohl nur die Spitze des Eisberges ahnt, verpflichtet er den Leistungserbringer in gesundem Menschenverstand, gegenüber dem Vertrauensarzt den gleichen Daten- und Persönlichkeitsschutz einzuhalten wie gegenüber der Kasse.

Diesbezüglich ein weiterer genau gleicher grundlegender Unterschied besteht zwischen dem resultierenden administrativen Leerlauf. Die Zeilen ei-

nes Arztberichtes sind schnell gezählt, das Resultat ist eindeutig. Was demgegenüber der Inhalt eines Austritts- oder Operationsberichtes auf Sachbearbeiterebene für Rückfragen auslöst und was für weitere Nachfragen folgen, wenn die Stellungnahme des Leistungserbringers nicht ausführlich, auf propädeutischem Niveau und ja ohne irgendwelche Fachausdrücke verfasst ist, kann nur derjenige beurteilen, der in einem exponierten Fachgebiet Tag für Tag damit zu leben hat. Plastische- und Wiederherstellungschirurgie, geht es da nicht um das nichtpflichtige Einsetzen von Plastik oder um etwas mit Schönheit? Kiefer- und Gesichtschirurgie, sind nicht alle Leistungen in diesem Bereich am oder für Zahn und Parodont? Wenn Austritts- und Operationsberichte datenschützerisch einem Arztbericht gleichgestellt wären, würde dies den administrativen Leerlauf vervielfachen. Bereits der Unsinn mit dem von Misstrauen geprägten Vorgehen, immer mehr alles systematisch zu hinterfragen, um gegen den Patienten verwendbare Zusatzinformation zu finden, hat den administrativen Aufwand unverhältnismässig ansteigen lassen. Für die Leistung am Patienten bleibt immer weniger Zeit. Der Datenschutz hilft somit, die Effizienz zu erhalten.

Nicht vergessen werden darf schliesslich ein letzter grundlegender datenschützerischer Unterschied, nämlich die brisante Möglichkeit zur Verweigerung der Rückerstattung und zur Risikoverlagerung. Warum, zeigt ein Quervergleich zwischen SUVA und Krankenkasse. Bei der SUVA sind die WZW Kriterien und das Outcom einer Behandlung, nämlich in Form der Lohnausfallentschädigung und der Renten, inklusive eingerechnet. Es besteht sozusagen ein geschlossener Kreislauf. Abstriche an der Qualität der Leistung rächen sich in Form von höheren Lohnausfallentschädigungen oder Renten. Schlechte Risiken bleiben im System.

Ganz anders bei der Krankenkasse. Hier lässt sich durch Streichen von Rückvergütungen und Verlagern von Risiken am effizientesten sparen. Abstriche an der Qualität treffen die Kasse nicht. Dazu muss offen gelegt werden können, welche Leistungen gestrichen und welche Risiken bzw. Patienten verlagert bzw. zurückgestuft werden sollen. Schlechte Risiken bleiben nicht im System. Verlagert wird im KVG Bereich, zurückgestuft im VVG Bereich. Mit der Einsicht in Austritts- und Operationsberichte und mit einem umgänglichen, etwas findigen Vertrauensarzt lässt sich für eine Kasse fast unendlich „sparen“. Nicht im Gesundheitswesen als Ganzes selbstverständlich. Dieses wird dadurch nur teurer.

Mit Hilfe von Budgetverantwortung, der Aufhebung des Kontrahierungszwangs und von auf Datenfreilegung angewiesenen Fallpauschalen wird das Gesundheitswesen insgesamt noch teurer. Für die einzelne Krankenkasse dagegen lohnt sich diese Datenauswertung über alle Massen. Deshalb richten sich alle Bestrebungen der Kassen bei neuen Verträgen, beim Lobbying in der Politik und bei der Öffentlichkeitsarbeit letztendlich auf diesen Wettbewerb in einem offenen System. Der massive Beschluss des

Daten- und Persönlichkeitsschutzes widerspiegelt das Machtverhältnis zwischen Kassen und Patienten.

8.3 Sonderstellung an einem Beispiel

Konkret wurde beispielsweise bei einem chronischen Gesichtsschmerz ein osteomyelitischer Herd im Kiefer entfernt. Die Kasse verlangte gleich von Anfang an einen Operationsbericht, der mit dem Hinweis auf das Verhältnismässigkeitsprinzip selbstverständlich nicht eingereicht wurde. Nach einiger Zeit erhielt die Patientin den Bescheid, die Entfernung des osteomyelitischen Herdes werde bezahlt, nicht jedoch eine allfällig weitere Behandlung. Die Patientin verlangte Akteneinsicht. Dem Vertrauensarzt war es gelungen, den Operationsbericht auf anderem Weg zu beschaffen. In seinem Schreiben an die Kasse wies er ausdrücklich darauf hin, dass die Patientin gemäss den Angaben im Operationsbericht vor Jahren ein Schleudertrauma erlitten habe. Spontan machte er die Kasse darauf aufmerksam, dass bei solchen Patienten das Risiko bestehe, dass nach einem erfolgten operativen Eingriff zusätzliche Folgebehandlungen notwendig sein könnten, die er der Kasse vorsorglich zur Ablehnung empfahl. Damit war die Patientin als Risikofall gestempelt und zum Mobbing mit restriktiver Kundenbetreuung freigegeben. Schuldig fühlt sich der Belegarzt. Das Einreichen des Operationsberichtes hat er zwar datenschutzkonform abgelehnt. Die für die Behandlung wichtigen Hinweise im Operationsbericht auf das erlittene Schleudertrauma stammten jedoch von ihm. Er fragt sich nachträglich, ob es wirklich notwendig gewesen sei, das Schleudertrauma im Zusammenhang mit der Entfernung eines osteomyelitischen Herdes im Operationsbericht überhaupt zu erwähnen.

8.4 Konkrete Auswirkungen

Das systematische Absuchen von Operationsberichten kann für den Patienten zu folgenden Auswirkungen führen:

- Ungerechtfertigte Ablehnung oder Reduktion der Rückerstattung.
- Der Patient entpuppt sich als Risikofall.
- Dem Patienten wird fehlerhaftes Verhalten vorgeworfen.
- Dem Patienten wird mangelnde Kooperation vorgeworfen.
- Der Patient wird darauf hingewiesen, die WZW Kriterien seien nicht erfüllt.
- Dem Patienten wird mitgeteilt, es handle sich um eine Überarztung.
- Der Patient erhält den Bescheid, er solle sich an die Haftpflichtversicherung des Leistungserbringers wenden.

Auch das EVG hat in Erwägung 5.3 seines Entscheids berücksichtigt, dass Austritts- und Operationsberichte eine besondere Art von Arztberichten darstellen und die entsprechende Differenzierung getroffen. Der EDÖB hält deswegen auch weiterhin am Merkblatt aus dem Jahr 2001 fest, welches das stufenweise Vorgehen speziell im Hinblick auf Austritts- und Operationsberichte konkretisiert

(http://www.privatim.ch/content/publikationen.php?publ_id=21&showall=yes&page=3).

9. Die Bedeutung des Vertrauensarztes

Das Institut des Vertrauensarztes spielt gemäss EDÖB im Entscheid des EVG K 7/05 eine zentrale Rolle. Bezweckt ist damit gemäss Erwägung 5.2.1 „im Wesentlichen die Garantie der Persönlichkeitsrechte des Versicherten gegenüber dem Versicherer“. Danach sind bezüglich Verhältnismässigkeitsprinzip auch die Leistungserbringer fortgesetzt in die Pflicht genommen. Zusatzinformationen sollen nur auf explizites, begründetes Verlangen des Krankenversicherers übermittelt werden. Auch die Filterfunktion des Vertrauensarztes legitimiert also in keiner Weise zu einer ungefragten Übermittlung von Berichten und Dokumentationen auf systematisches Verlangen.

Der Krankenversicherer muss gemäss Art. 57 KVG einen Vertrauensarzt bestellen. Darin unterscheidet sich das KVG vom VVG, UG, IVG und MVG. Diese zusätzliche Garantie der Persönlichkeitsrechte des Patienten darf naturgemäss nicht zum versteckten Einholen von Operationsberichten, zum professionellen Absuchen auf Nachteile für den Patienten und zum Offenlegen gegenüber dem Versicherer missbraucht werden.

Der Leistungserbringer erkennt, bereits nach einem kurzen Rückruf bei der Sachbearbeiterin, nötigenfalls beim Vertrauensarzt, unschwer, ob ein Vertrauensarzt eingeschaltet wurde oder nicht, ob dieser seine Filterfunktion wahrgenommen oder ob er die Daten offengelegt oder sogar ungefragt noch Daten gesucht hat. Für den Aussenstehenden bis zum Verwaltungsgericht und hinauf zum EVG bleibt die Idealvorstellung der Vertrauensarztfunktion oft erstaunlich intakt, weil die Kasse nur die offiziellen Akten einschickt. Erst wenn der Patient Akteneinsicht verlangt hat, werden die jeweiligen Stellungnahmen des Vertrauensarztes und damit der Datenfluss und die Datenherkunft auch offengelegt.

Im Prinzip existiert jedoch keine Absicherung für die vorgesehene erhöhte Garantie der Persönlichkeitsrechte der Versicherten gegenüber dem Versicherer durch die Institution Vertrauensarzt. Daraus folgt, dass die Datenweitergabe an den Vertrauensarzt im KVG genauso zurückhaltend vorzunehmen ist wie an den Versicherer direkt im VVG, UVG, IVG und MVG. Hier wie auch bei einer Einheitskasse wäre die Stellung eines Vertrauensarztes aus Sicht des Datenschutzes relativ unproblematisch. Die Brisanz der Stellung des Vertrauensarztes entsteht erst mit der zunehmenden Allmacht der Kassen im Zusammenhang mit dem politisch einkalkulierten Wettbewerbsverhalten wie:

- Jagd nach guten Risiken.
- Weitergabe von schlechten Risiken.
- Eigenmächtige Beurteilung der Leistungspflicht im Interesse der Kassen.
- Unterstellung der Vertrauensärzte unter die Kasseninteressen.

- Direkte finanzielle Abhängigkeit der Vertrauensärzte.
- Fehlende Kontrolle der Kassen als Staat im Staat.

Anders als noch vor Jahren ist für den Patienten heutzutage klar, dass der von der Kasse bezahlte Vertrauensarzt im Grunde genommen die Interessen der Kasse vertritt. Bei der heutigen Diskrepanz zwischen Allmacht der Kasse und Machtlosigkeit des einzelnen Patienten könnten die Vertrauensärzte das Vertrauen in den Schutz der Persönlichkeitsrechte nur noch aufrechterhalten, wenn sie sich dafür einsetzen, dass der Vertrauensarzt, wie der Anwalt oder Architekt, vom Patienten oder zumindest von neutraler Stelle gewählt und bezahlt würde. Der Patient müsste sich selber auch direkt an seinen Vertrauensarzt wenden können. Er sollte von ihm direkt Antwort erhalten. Das Gesundheitswesen ist bereits derart verpolitisiert, dass diese Voraussetzung bald nicht einmal mehr für den behandelnden Hausarzt, geschweige denn für den Belegarzt garantiert werden kann.

Der Wettbewerb zwischen den Kassen läuft nicht über die Effizienz bei der Bearbeitung der Fälle, da der zunehmende administrative Leerlauf direkt die Patientenbehandlung verteuert. Bei kleinen Behandlungen sind die als Behandlungskosten versteckten Verwaltungskosten oft teurer als die eigentliche Behandlung selbst. Damit bleiben, trotz exponentiell ansteigendem administrativem Aufwand, die Verwaltungskosten vermeintlich stabil.

Der Wettbewerb verläuft vielmehr über Verweigerung der Rückerstattung und die Risikobereinigung im Mitgliederbestand. Die zentrale Verantwortung für diese Art Wettbewerb unter Missbrauch des Datenschutzes, direkt auf dem Buckel des Patienten, hat vorerst noch der Vertrauensarzt, in zunehmendem Mass die geplanten Netzwerke mit Budgetverantwortung, und, herbeigeseht mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs, direkt jeder Leistungserbringer selbst. Dies kommt dann sozusagen dem Untergang des Daten- und Persönlichkeitsschutzes gleich. Der Wettbewerb mit der Rückerstattungsverweigerung und der Risikobereinigung der Kassenmitglieder wird dann unter dem Schutz bzw. Druck der Kasse idealerweise völlig unauffällig direkt an die Front delegiert und vom Leistungserbringer erledigt. Wer den Daten- und Persönlichkeitsschutz skrupellos missbraucht, wird als kostenbewusster Leistungserbringer gefeiert. Wer den Daten- und Persönlichkeitsschutz weiterhin befolgt, erhält keinen neuen Vertrag mit der Kasse.

10. Prinzip der Zweckbindung

Das Prinzip der Zweckbindung besagt, dass die Datenweitergabe nicht systematisch auf Verlangen erfolgen darf. Der Hinweis „auf Verlangen“ in den generellen Interpretationen des Tarmed beinhaltet, gemäss den Auflagen des Datenschutzes, insbesondere, dass die Datenweitergabe nur in begründeten Fällen notwendig sei. Der Versicherer muss erläutern, welche Informationen er zu welchem Zweck benötigt.

Konkret an einem Beispiel erläutert, möchte die Kasse wissen, ob eine rhinogene Zyste im Sinne einer Mukozele innerhalb der Kieferhöhle vorgelegen hatte? Dann wäre sie inklusive in der Kieferhöhlenoperation abgegolten. Oder ob es um eine dentogene Zyste ausserhalb der Kieferhöhle ging? Diese könnte separat abgerechnet werden. In diesem Zusammenhang inkorrekt wäre, wenn sich die Kasse oder deren Vertrauensarzt zu diesem Zweck auf irgendeine Art und Weise den Operationsbericht verschaffen. Datenschützerisch korrekt handelt die Kasse, wenn sie in einer Anfrage an den Leistungserbringer diesen zuerst auf den Unterschied im Abrechnen, d.h. auf den Zweck der Anfrage hinweist und danach die Frage stellt, ob es sich um eine Mukozele oder um eine dentogene Zyste gehandelt habe?

Ein ähnliches Beispiel stellt der osteomyelitische Herd im Kieferbereich dar. Dieser kann mit oder ohne Zahnschaden, d.h. mit oder ohne Kostenfolge für die Krankenkasse auftreten. Statt dass die Kasse, unter Verletzung des Daten- und Persönlichkeitsschutzes, den Operationsbericht und das Röntgen einfordert, womöglich mit einem Fehlentscheid, weil die Kasse den Herd nicht richtig lokalisiert, wäre das korrekte Vorgehen, dass die Kasse den Leistungserbringer als Begründung auf den möglichen Unterschied hinweist und dann danach fragt, wie es sich im vorliegenden Fall verhalten habe.

11. Verantwortung des Krankenversicherers

Die Verhältnismässigkeitsprüfung bei der Datenherausgabe obliegt dem Krankenversicherer und nicht dem Leistungserbringer. Der Krankenversicherer muss logischerweise prüfen und begründen, welche Daten er für die Überprüfung der Leistungspflicht benötigt. Dies wurde in der EVG Rechtsprechung bestätigt (EVG Entscheid K 34/01 vom 09.10.2001). Ein Krankenversicherer erfüllt das Prinzip der Zweckbindung, wenn er, unter entsprechender Begründung, eine konkrete Frage stellt. Der Datenschutz bleibt gewährleistet, wenn der Leistungserbringer die gestellte Frage unter Berücksichtigung der offengelegten Zweckbindung konkret beantwortet.

Nicht eingehalten wird jedoch der Datenschutz, trotz Einhaltung der Verantwortung für die Verhältnismässigkeitsprüfung, wenn der Krankenversicherer einfach den für die Behandlung verfassten Austritts- oder Operationsbericht anfordert, unabhängig davon, ob sich damit die gestellte Frage beantworten lässt oder nicht. Die Verletzung des Datenschutzes findet sich darin begründet, dass der eingeschickte Austritts- oder Operationsbericht weitere Informationen enthält, die zu Ungunsten des Patienten verwendet werden können.

12. Verantwortung des Leistungserbringers

Kernpunkt des Daten- und Persönlichkeitsschutzes ist nach Ansicht des EDÖB die fortgesetzte Pflicht des Leistungserbringers zur Verantwortung des Daten- und Persönlichkeitsschutzes. Zusatzinformationen dürfen nur auf explizites begründetes Verlangen des Krankenversicherers übermittelt werden. Auch die Filterfunktion des Vertrauensarztes legitimiert also in keiner Weise zu einer unbegründeten Übermittlung von Berichten und Dokumentationen einfach auf Verlangen. Austritts- und Operationsberichte, die zum Zweck der Patientenbehandlung verfasst wurden, enthalten immer ungefragte Zusatzinformationen. Wenn der Leistungserbringer diese einschickt, kommt er seiner Verantwortung zur Einhaltung des Daten- und Persönlichkeitsschutzes nicht nach.

Aber auch, wenn der unwissende Patient, auf die Erpressung der Krankenkasse hin, sein gutes Recht wahrnimmt, einen verlangten Austritts- oder Operationsbericht von sich aus einzuschicken oder den Leistungserbringer dazu ermächtigt, bleibt der Leistungserbringer fortgesetzt für das, was er in einem solchen Bericht schreibt, in der Pflicht und der Schuld des Daten- und Persönlichkeitsschutzes. Dies gilt auch dann, wenn er Zusatzinformationen in einem Austritts- oder Operationsbericht abdeckt. Erfahrungsgemäss setzt dann die Krankenkasse alles daran, sich den unzensurierten Bericht auf anderem Weg zu beschaffen.

Der einzige Ausweg aus diesem Dilemma stellt für den Leistungserbringer die Erkenntnis dar, dass er gemäss Daten- und Persönlichkeitsschutz die Verantwortung dafür trägt, dass in sämtlichen Berichten und Dokumentationen, die auf Verlangen oder anderswie beschafft, in den Besitz einer Krankenkasse oder eines Vertrauensarztes gelangen könnten, keine Zusatzinformationen bekannt gegeben werden, die den Daten- und Persönlichkeitsschutz verletzen.

Solche Informationen bleiben im Sinne persönlicher Aufzeichnungen in der Krankengeschichte. Falls dies juristisch oder ethisch erwünscht wäre, können sie auch in einer separaten Datei oder einem gesonderten Archiv abgelegt werden. In der Beziehung Anwalt-Klient ist dies eine Selbstverständlichkeit. Der Anwalt gibt nicht alles, was er über seinen Klienten in Erfahrung gebracht hat, dem Gericht oder dem Gegenanwalt weiter. Jedem Arzt, ob Psychiater oder Chirurg, kommt bei den überbordenden Machtansprüchen der Kasse und dem immer gnadenloser werdenden Wettbewerb zunehmend eine solche Anwaltsfunktion zu. Dieser schwerwiegende Angriff auf den Daten- und Persönlichkeitsschutz durch Einfordern von Austritts- und Operationsberichten ist ganz neu. Erfahrene Kollegen und Vertrauensärzte bestätigen, dass Krankenversicherer so etwas noch vor wenigen Jahren nicht einmal gewagt hätten, bei gleicher Gesetzgebung über den Daten- und Persönlichkeitsschutz.

Die Zusatzinformationen beinhalten Erkenntnisse

- für die Behandlung der aktuellen, oft auch von zukünftigen Patienten

- für eine Epikrise
- für eine wissenschaftliche Auswertung
- für forensische Zwecke
- für Rückfragen von Krankenkassen und Versicherern
- für Anfragen von Angehörigen, Arbeitgeber usw.

Die Abtrennung solcher Zusatzinformationen erfolgt in Anbetracht obiger Erkenntnisse in Zukunft idealerweise bereits von allem Anfang an. Für schon geschriebene Austritts- oder Operationsberichte wird die dem Daten- und Persönlichkeitsschutz konforme Version verfasst, sobald sie die Krankengeschichte verlassen soll.

Dies entspricht dem effizientest möglichen Daten- und Persönlichkeitsschutz direkt an der Quelle. Zur Dokumentation einer Operation in Form eines Operationsberichtes gehören zwingend:

- das Datum
- die Operationsdiagnose
- die durchgeführten Einzeleingriffe
- die Anästhesieart
- der Operateur
- die Assistenz

Dies sind für die Informationsweitergabe an einen Vertrauensarzt lauter unbedenkliche Daten. Damit ist die Dokumentation gewährleistet, wie es in der im Tarmed vorgesehenen Zeit für das Diktieren, Durchlesen und Korrigieren oder für das Schreiben des Operationsberichtes vorgesehen ist.

13. Zusammenfassung

- **Der Daten- und Persönlichkeitsschutz gemäss KVG** und das erläuternde **Merkblatt des Eidgenössischen Datenschutzes und Öffentlichkeitsbeauftragten EDÖB über Austritts- und Operationsberichte** ist weiterhin gültig, steht im Einklang mit der neusten EVG Rechtsprechung, hat auch Gültigkeit für den Tarmed und geht allen Abmachungen in Verträgen mit Versicherern vor.
- Berichte dürfen grundsätzlich **nicht systematisch** auf Verlangen angefordert werden. Gemäss **Verhältnismässigkeitsprinzip** dürfen durch Versicherer generell nur diejenigen Daten beschafft werden, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben notwendig sind. Gemäss **Zweckbindung** dürfen nur Daten weitergegeben werden, die für den vorgesehenen Zweck geeignet sind.
- Bei der Datenweitergabe ist äusserste Zurückhaltung gefordert. Die Institution des **Vertrauensarztes** bezweckt die **Garantie der Persönlichkeitsrechte** des Versicherten gegenüber dem Versicherer. Verhältnismässigkeitsprinzip und Zweckbindung gelten auch gegenüber dem Vertrauensarzt.

- Das Prinzip **der stufenweisen Datenbekanntgabe** lässt eine Datenweitergabe jeweils nur auf Begründung ihrer Notwendigkeit und Eignung zu und verbietet ein vorsorgliches systematisches Anfordern von Berichten und Dokumentationen auf Verlangen.
- Dem **Krankenversicherer** obliegt zwar die **Verhältnismässigkeitsprüfung** bei der Datenherausgabe. **Verantwortung für die korrekte Datenweitergabe** (Art und Weise sowie Umfang) an den Versicherer trägt immer der **Leistungserbringer**. Höchste Effizienz bringt der Daten- und Persönlichkeitsschutz direkt an der Quelle durch strikte Vermeidung von Zusatzinformationen in Berichten und Dokumentationen. Diese sollten ausschliesslich nur noch die erforderlichen Daten enthalten.
- Das Schlagwort für die Verantwortlichkeit des Leistungserbringers lautet „**Datenschutz bereits an der Quelle**“.

14. Literatur

14.1 Datenschutz im KVG

Art. 42

4) Der Versicherer kann eine **genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur** verlangen.

5) Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, **medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers** nach Art. 57 bekannt zu geben.

Art. 57

4) 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.

5) Sie sind in ihrem **Urteil unabhängig**. Weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen.

6) Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen **die zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Absatz 4 notwendigen Angaben** liefern.

7) Die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen geben den zuständigen Stellen der Versicherer **nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen**. Dabei wahren sie die **Persönlichkeitsrechte der Versicherten**.

14.2 Datenschutz im Tarmed

Generelle Interpretationen (GI) für den gesamten Tarif.

GI 14: Sämtliche Berichte/ Dokumentationen sind dem Versicherer resp. dem Vertrauensarzt des Versicherers auf Verlangen zuzustellen, **dabei gelten die Bestimmungen des Datenschutzes.**

14.3 Merkblatt des EDÖB über Austritts- und Operationsberichte vom Dezember 2001

(http://www.privatim.ch/content/publikationen.php?publ_id=21&showall=yes&page=3).

14.4 Bericht des EDÖB zu Tarmed und Datenschutz vom Juni 2004

(<http://www.edoeb.admin.ch/dokumentation/00438/00465/00645/00839/index.html?lang=de>).

14.5 EVG-Entscheid vom 18.05.2006 (K 7/05:

http://jumpcgi.bger.ch/cgi-bin/JumpCGI?id=18.05.2006_K_7/05)

14.6 Stellungnahme des EDÖB vom Januar 2007 über das EVG-Urteil K 7/05

(http://www.edoeb.admin.ch/suchen/index.html?lang=de&keywords=evg+urteil&search_mode=AND [pdf-Dokument „Die Frage der datenschutzkonformen Herausgabe von Arztberichten an die Krankenversicherer“])

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dr. med. dent. Roland R. Schmoker
Spezialarzt FMH für Plastisch-Rekonstruktive und Aesthetische Chirurgie
Spezialarzt FMH für Kiefer- und Gesichtschirurgie
Spezialist SSO für Oralchirurgie
Belegarzt am Lindenhofspital
3012 Bern

Praxis:

Falkenhöheweg 20, 3012 Bern
Tel: 031/302 24 17
Fax: 302 24 18
eMail: schmoker@datacomm.ch