

Dr. JOACHIM JACOB
BUNDESBEAUFTRAGTER
FÜR DEN DATENSCHUTZ

Friedrich-Ebert-Straße 1
53173 Bonn
Telefon: (0228) 8 19 95 100
Telefax: (0228) 8 19 95 550
Poststelle@bfd.bund.de

den 19.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0274(21)
vom 23.09.03**

15. Wahlperiode

An den Vorsitzenden
des Ausschusses für Gesundheit
und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages
Herrn Klaus Kirschner, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Frau Helga Kühn-Mengel, MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Frau Anette Widmann-Mauz, MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Frau Birgitt Bender, MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Herr Dr. Dieter Thomae, MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

nachrichtlich:

Herrn Staatssekretär
Dr. Klaus Schröder
Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung
53108 Bonn

Sekretariat des Ausschusses
für Gesundheit und Soziale Sicherung
des Deutschen Bundestages
z.H. Frau MR'n Angelika Pendzich-von-Winter
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Betr.: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) - BT-Drs. 15/1525

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

durch den Entwurf für ein GKV-Modernisierungsgesetz (BT-Drs. 15/1525) der Fraktionen SPD, CDU/CSD und Bündnis 90/Die Grünen soll das bisherige Vergütungssystem grundlegend geändert werden (Einführung von Regelleistungsvolumina). Zugleich soll auch das bisherige Abrechnungsverfahren zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen grundlegend reformiert werden. Entsprechend der Neufassung des § 295 Abs. 2 Satz 1 SGB V-E sollen die ärztlichen Abrechnungen **nicht mehr nur fallbezogen, sondern versichertenbezogen** von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen übermittelt und dann gemäß § 106a Abs. 3 SGB V-E auch von den Krankenkassen umfassend geprüft werden.

Die versichertenbezogene Übermittlung der ärztlichen Abrechnungsdaten (inkl. ärztlicher Diagnose) stellt aus meiner Sicht einen **Paradigmenwechsel** des Abrechnungsverfahrens der ambulanten Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung dar: Das bisherige, datenschutzfreundliche Abrechnungsverfahren soll zugunsten eines Abrechnungsverfahrens aufgegeben werden, das sehr viel tiefer in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten eingreift. Die Krankenkassen sollen erheblich mehr Daten erhalten als bisher. Rein tatsächlich wären damit große Datenbestände mit versichertenbezogenen Gesundheitsdaten möglich, was erhebliche datenschutzrechtliche Risiken in sich bergen würde.

Obgleich diese weit reichenden datenschutzrechtlichen Bedenken bestehen, habe ich angesichts des verbleibenden, sehr knapp bemessenen Zeitrahmens für das weitere Gesetzgebungsverfahren in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit

und Soziale Sicherung an einem Formulierungsvorschlag für den Ausschussbericht und einen Entschließungsentwurf für den Deutschen Bundestag mitgearbeitet, um einen Weg zu öffnen, das Informationelle Selbstbestimmungsrecht der Versicherten im Rahmen der Neuregelung des Abrechnungsverfahrens ohne Änderungsantrag zum GMG zu gewährleisten. Ich möchte Sie daher bitten, diese Formulierungsvorschläge, die ich Ihnen hiermit - soweit sie die datenschutzrechtlichen Intentionen betreffen - vorab zuleite, in den Ausschussbericht aufzunehmen bzw. als Vorschlag für das Plenum zu übernehmen. Die in diesem Vorschlag angesprochene Evaluierung der Auswirkungen des neu geregelten Abrechnungsverfahrens durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen soll Erkenntnisse über die datenschutzrechtliche Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen ermöglichen. Gleichzeitig sollen mit Blick auf den Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit Informationen im Hinblick auf die Möglichkeiten der Nutzung von Pseudonymisierungsverfahren gewonnen werden.

Abschließend möchte ich Sie noch auf ein Problem in Zusammenhang mit der Regelung in § 106 Abs. 4d SGB V-E aufmerksam machen. Nach dieser Vorschrift sollen die Geschäftsstellen, die den Prüfungs- und Beschwerdeausschuss in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterstützen und die Prüfungen nach § 106 Abs. 1 SGB V-E vornehmen, mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde unabhängige Sachverständige oder private Dritte mit der Erfüllung ihrer Aufgaben beauftragen können. Bei der vorgesehenen Aufgabenübertragung ist jedoch u.a. die Frage der Befugnis zur Datenerhebung durch diese private Stelle bzw. die Frage der Übermittlungspflicht der Krankenkassen und Leistungserbringer (z.B. in § 296 SGB V-E) offen geblieben.

Mit freundlichen Grüßen

Formulierungsvorschläge zum GKV-Modernisierungsgesetz

1. Ausschussbericht

Stichwort Regelleistungsvolumina - Auswirkungen auf das Abrechnungssystem

„Im Hinblick auf die Auswirkungen von Regelleistungsvolumina auf das Abrechnungssystem wurde folgendes klargelegt: Die Vergütung der ärztlichen Leistungen nach Kopfpauschalen wird durch das System der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina abgelöst. Die Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkassen künftig auch im Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung versichertenbezogene Abrechnungs- und Leistungsdaten erheben (vgl. Begründung zu §§ 85 a und b SGB V-E, § 106a Abs. 3 SGB V-E und §§ 284 Abs. 1 Nr. 12 und 295 Abs. 2 SGB V-E).

Für die Verarbeitung und Nutzung der versichertenbezogenen Daten in der Krankenkasse gilt nach wie vor:

- Mit der Änderung des Vergütungssystems ist der Aufbau einer Datenbank, in der für jeden Versicherten die Abrechnungs- und Leistungsdaten über alle Leistungssektoren zusammengeführt werden, nicht zulässig. Die Prüfung der Abrechnung erfolgt für jeden Leistungssektor getrennt.
- Die Krankenkassen dürfen die ihnen nach § 295 Abs. 2 SGB V-E übermittelten Abrechnungs- und Leistungsdaten nur in dem Umfang für die gesetzlich in § 284 Abs. 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und § 305 Abs. 1 geregelten Zwecke versichertenbezogen verarbeiten und nutzen, soweit dies für diese Zwecke erforderlich ist. Für die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten für andere Zwecke ist der Versichertenbezug vorher zu löschen. Im Rahmen ihrer Verpflichtungen nach § 78a des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch hat die Krankenkasse die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.“

Stichwort: Kriterien für Plausibilitätsprüfung

„Hinsichtlich der Kriterien für Plausibilitätsprüfungen wurde erläutert, dass mit der Neuregelung des ärztlichen Honorarsystems die Verantwortung für die Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung der ärztlichen Leistungsabrechnungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen neu ausgestaltet wird. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden verpflichtet, in Richtlinien bundesweit abgestimmte Kriterien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen zu vereinbaren. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung prüft diese Richtlinien und ist befugt, sie zu beanstanden bzw. ersatzweise zu erlassen. Im Rahmen der Überprüfung der Richtlinien wird der Bundesbeauftragte für den Datenschutz durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung frühzeitig beteiligt.“

2. Entschließungsantrag der Fraktionen der SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Im Hinblick auf den Wegfall der bisherigen fallbezogenen Datenübermittlungen bei Abrechnungen ambulanter ärztlicher Leistungen sind Erkenntnisse über die datenschutzrechtliche Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen besonders wichtig. Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages erwartet mit Blick auf die Bedeutung des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten, dass die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen die Umsetzung dieser Neuregelung in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit evaluieren und hierbei auch die Möglichkeit von Pseudonymisierungsverfahren einbeziehen. Auf der Grundlage der Evaluationserfahrungen der Spitzenverbände der Krankenkassen wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gebeten, dem Deutschen Bundestag bis Ende 2008 zu berichten.“