



Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-313

TELEFAX (0228) 997799-550

E-MAIL ref3@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Robert Meister

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 18.07.2013

GESCHÄFTSZ. **III-360 II#0674**

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Datenschutz von Versicherten der GKV**

HIER Externe Beratung/Begutachtung

ANLAGEN - 1 - Auszug aus dem 24. Tätigkeitsbericht
- 2 - Auszug aus dem 21. Tätigkeitsbericht

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Einsatz von externen Gutachtern und Hilfsmittelberatern zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von Hilfsmitteln vertritt der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit folgende Auffassung:

Für die Weitergabe von Sozialdaten von gesetzlichen Krankenkassen an externe Gutachter und Hilfsmittelberater zur Begutachtung der Versicherten besteht keine gesetzliche Grundlage. Für die Begutachtung der Versicherten im Hinblick auf Heil- und Hilfsmittel ist nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausschließlich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zuständig.

Ich verweise insoweit auf die Ausführungen im 24. Tätigkeitsbericht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit unter Punkt 11.1.10 sowie auf den 21. Tätigkeitsbericht unter Punkt 13.1.5.



Die entsprechenden Auszüge aus dem Tätigkeitsbericht habe ich als Anlage beigelegt.

Sofern von den Krankenkassen Sozialdaten von Versicherten an externe Hilfsmittelberater und Gutachter weitergegeben werden, liegt ein Verstoß gegen geltendes Datenschutzrecht vor, da im Gesetz hierfür keine Erlaubnis vorliegt.

Eine Befugnis zur Übermittlung von Sozialdaten von Versicherten an externe Hilfsmittelberater und Gutachter kann weder aus dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V, noch aus den nach § 127 SGB V abgeschlossenen Verträgen mit einzelnen Leistungserbringern abgeleitet werden.

Die erneute Weitergabe von Sozialdaten von Versicherten durch die beauftragten externen Hilfsmittelberater und Gutachter an Dritte, bspw. durch Weitergabe des „Erstgutachtens“ zur Einholung einer weiteren Stellungnahme, ist ebenfalls mit dem Datenschutzrecht nicht vereinbar.

Die durch die externen Hilfsmittelberater und Gutachter unter Verstoß gegen Datenschutzrecht erlangten Sozialdaten der Versicherten sind nach § 84 Absatz 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) zu löschen.

Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sich im Übrigen nicht zu Wettbewerbsfragen äußern kann.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Meister

ben zu persönlichen Empfindungen der Versicherten, wie beispielsweise Suizidgedanken oder ausführliche Beschreibungen der Befindlichkeiten des Versicherten – teilweise mit subjektiven Kommentierungen der Sachbearbeiter. Weiter wurden in diesen Handakten Befund- bzw. Krankenhausentlassungsberichte von behandelnden Ärzten im Original festgestellt. Auch fanden sich Unterlagen, die ausschließlich für die Begutachtung durch den MDK zur Verfügung gestellt worden waren. Gleiches gilt für Stellungnahmen und z. T. vollständige sozialmedizinische Gutachten des MDK.

Da die vorgefundenen Handakten sehr umfangreich waren, baten meine Mitarbeiter um eine vollständige Kopie, um diese dann inhaltlich und rechtlich prüfen zu können. Wie ich bei Sichtung der Handakten feststellen musste, waren die kopierten Handakten entgegen der ausdrücklichen Zusage nicht vollständig. Prüfungsrelevante Originalunterlagen waren entnommen worden, eine ordnungsgemäße Prüfung war mir nicht mehr möglich. Die Herausgabe der vollständigen Handakten wurde nunmehr verweigert.

Gegenüber der Siemens BKK habe ich dies wegen mangelnder Unterstützung bei der Erfüllung meiner Aufgaben nach § 81 Absatz 2 i. V. m. § 25 Absatz 1 BDSG als Verstoß gegen § 24 Absatz 4 BDSG beanstandet.

11.1.9 Die Beteiligung von Gesundheits-services bei Mutter-Kind-Kuren

Einige gesetzliche Krankenkassen kooperieren bei der Leistungsgewährung von Mutter-Kind-Kuren mit so genannten „Gesundheitsservices“. Viele Mütter sahen hierin eine Verletzung datenschutzrechtlicher Grundsätze.

Im Berichtszeitraum erreichten mich zahlreiche Eingaben besorgter Mütter, deren Daten bei der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 41 Absatz 1 SGB V – den so genannten Mutter-Kind-Kuren – an ein privates Unternehmen weitergegeben wurden. Diese Unternehmen haben mit einer Vielzahl von kleineren und mittleren Krankenkassen Vereinbarungen über Unterstützungsleistungen bei der Durchführung von Mutter-Kind-Kuren geschlossen, so zum Beispiel die Bereitstellung erforderlicher Kapazitäten in den Kureinrichtungen oder den Buchungsservice für die Krankenkasse und die Versicherte. Hierdurch wird eine bessere Auslastung der Einrichtungen erreicht, wofür die Krankenkasse Preisnachlässe erhält. Ferner werden die Kassen von Verwaltungsaufgaben entlastet. Nach der Bewilligung der beantragten Maßnahme beauftragt die Kasse das Unternehmen, eine bedarfsgerechte Kureinrichtung zu ermitteln. Hierzu gibt sie Angaben zu Mutter und Kind, wie Namen und Anschrift, an das Unternehmen weiter, aber auch Informationen zum Gesundheitszustand oder den vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen. Dieses Vorgehen werde ich als Datenverarbeitung im Auftrag nach § 80 SGB X. Die Krankenkasse entscheidet selbst über die Bewilligung der Reha-Maßnahme und trägt weiterhin die datenschutzrechtliche Verantwortung für die rechtmäßige Verarbeitung der Versichertendaten. Das Unternehmen übernimmt hingegen lediglich unterstützende Tätigkeiten. Sofern in diesem

Rahmen Daten der Versicherten dem Serviceunternehmen von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden, ist dies datenschutzrechtlich nicht zu beanstanden.

Bedenken habe ich allerdings, ob in jedem Einzelfall die Angaben versichertenbezogen weitergegeben werden müssen. Eine Krankenkasse ist bereits dazu übergegangen, eine anonymisierte Abfrage vorzunehmen. Ich werde darauf hinwirken, dass die anderen Krankenkassen diesem Beispiel folgen.

11.1.10 Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

Bei der Versorgung der Versicherten mit Heil- und Hilfsmitteln werden die datenschutzrechtlichen Regelungen nicht immer eingehalten.

Versorgung mit Heilmitteln

Bei der Versorgung von Versicherten mit Heilmitteln hat die Krankenkasse nach § 32 SGB V auf Grundlage der ihr zulässigerweise vorliegenden Unterlagen über den Leistungsanspruch zu entscheiden. Eine Befugnis, für diese Entscheidung zusätzliche Sozialdaten beim Versicherten oder gar beim Leistungserbringer zu erheben, gibt diese Regelung nicht her. Hat die Krankenkasse Zweifel, ob die geltend gemachte Leistung tatsächlich von ihr zu erbringen ist, hat sie nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einzuschalten.

Die Verantwortung für die vollständige Verordnung von Heilmitteln, wie z. B. Ergotherapie, physikalische Behandlungen usw., und die damit verbundene Übermittlung von Gesundheitsdaten an die Krankenkasse trägt allerdings der verordnende Arzt, der insoweit zur Offenlegung der erforderlichen Daten befugt ist. Dieser hat nach den Vorgaben in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen „Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung – Heilmittel-Richtlinie“ die erforderlichen Daten zu übermitteln, damit die Krankenkasse prüfen kann, ob die beantragten Leistungen notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Bei unvollständigen Verordnungen ist eine Nachfrage der Krankenkasse beim verordnenden Arzt zulässig. Eine Datenerhebung beim Versicherten oder beim Leistungserbringer ist im Fünften Buch Sozialgesetzbuch weder vorgesehen noch erforderlich.

Soweit einige Krankenkassen als Grundlage für die zusätzliche Datenerhebung das Gebot der Wirtschaftlichkeit anführen, ist darauf hinzuweisen, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung von der gemeinsamen Prüfstelle nach § 106 Absatz 4 SGB V durchgeführt wird. Auch hier gibt es keinen Grund für eine eigene zusätzliche Datenerhebung.

Versorgung mit Hilfsmitteln

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) wurde die Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung neu geregelt. Seit dieser Zeit dürfen

Hilfsmittel nur noch auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 SGB V an Versicherte abgegeben werden. Damit können die Versicherten nur noch Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die auch Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Ein Auswahlrecht unter allen zugelassenen Leistungserbringern (vgl. 21. TB Nr. 13.1.5) besteht seitdem nicht mehr. In zahlreichen Eingaben beklagen sich betroffene Versicherte darüber, ihre Sozialdaten würden von den Krankenkassen an ihre Vertragspartner weitergegeben. Dies ist aus datenschutzrechtlicher Sicht zu beanstanden, weil die Krankenkassen lediglich gesetzlich verpflichtet sind, ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner zu informieren (§ 127 Absatz 5 SGB V). Der Versicherte hat im Versorgungsfall selbst den Kontakt zum Leistungserbringer zu suchen und seine Verordnung sowie die zur Versorgung erforderlichen Daten an den Vertragspartner der Krankenkasse zu übermitteln.

Weiterhin datenschutzrechtlich problematisch ist der Einsatz von so genannten externen Hilfsmittelberatern im Rahmen der Hilfsmittelversorgung von Versicherten. An meiner bereits in meinem 21. TB (Nr. 13.1.5) dazu dargelegten Rechtsauffassung halte ich fest. Nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 SGB V können die Krankenkassen in geeigneten Fällen durch den MDK vor Bewilligung prüfen lassen, ob das verordnete Hilfsmittel erforderlich ist. Der MDK hat hierbei den Versicherten zu beraten und kann dabei mit privaten Dritten – beispielsweise mit orthopädischen Beratungsstellen – zusammenarbeiten. Eine Berechtigung der gesetzlichen Krankenkassen, weitere Daten beim Versicherten zu erheben oder statt dem MDK einen Dritten, wie z. B. einen externen Hilfsmittelberater, zur Begutachtung einzuschalten, sieht das SGB V nicht vor. Wenn die gesetzliche Krankenkasse der Auffassung ist, ihr lägen nicht alle erforderlichen Daten vor, „kann“ und hat sie für die weitere Datenerhebung den MDK einzuschalten. Vor diesem Hintergrund ist zu beachten, dass die Krankenkasse in § 275 Absatz 3 Nummer 1 SGB V von einer Beauftragung des MDK absehen kann, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen für die Hilfsmittelversorgung aus der Aktenlage der bei der Krankenkasse ohnehin vorliegenden Unterlagen ergeben und eigene Fachkräfte die Vorbereitung der Leistungsentscheidung übernehmen.

Die Einschaltung eines anderen Hilfsmittelberaters ist auch nicht nach den Regelungen über die Datenverarbeitung im Auftrag nach § 80 SGB X möglich. Die Hilfsmittelberater wurden in den mir bekannten Fällen von der Krankenkasse mit Informationen versorgt und/oder holen weitere Informationen unmittelbar beim Versicherten ein. Auf der Grundlage dieser Daten erarbeitet ein Hilfsmittelberater in gleicher Weise wie der MDK einen Entscheidungsvorschlag für die Krankenkasse. Diese Tätigkeit erfüllt die Voraussetzung einer Funktionsübertragung, was auch die staatlichen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder der gesetzlichen Krankenkassen in einem gemeinsam erstellten Arbeitspapier so erläutert haben.

Ohne entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen ist die Beauftragung von „externen Hilfsmittelberatern“ eine Umgehung der nach den §§ 275 ff. SGB V gesetzlich dem MDK zugewiesenen Aufgaben. In Einzelfällen kann es notwendig sein, externe Gutachter heranzuziehen, wie es das o. g. Arbeitspapier vorsieht. Dies hat allerdings grundsätzlich durch den MDK zu geschehen (§ 279 Absatz 5 Satz 1 2. Halbsatz SGB V).

11.2 Rentenversicherung – Versicherungsnummern der Deutschen Rentenversicherung per Knopfdruck – das Webportal eSolution der DRV

Im Rahmen der Initiative „eGovernment 2.0“ der Bundesregierung hat die Deutsche Rentenversicherung Bund das so genannte eSolution-Portal eröffnet. Das Portal ermöglicht es, Leistungsträgern der Sozialversicherung die für ihre Aufgabenerfüllung notwendigen Daten bei der Datenstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund zentral über das Internet abzurufen.

Die DRV Bund hat mich nach § 79 Absatz 3 SGB X über ihre Absicht unterrichtet, dieses automatische Abrufverfahren einzuführen. Auch wurde ich in den Prozess der Weiterentwicklung des Verfahrens einschließlich eines Probebetriebs bei einer gesetzlichen Krankenkasse eingebunden. Mit diesem Verfahren sollen aufwendige und zeitintensive Abfragen, die typischerweise zu erheblichen Bearbeitungszeiten führen, verkürzt sowie Verwaltungs- und Portokosten gesenkt werden. Gesetzlich ist die Übermittlung von Sozialdaten zwischen Sozialleistungsträgern nach § 79 Absatz 1 SGB X zulässig, soweit sie unter Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen der Betroffenen wegen der Vielzahl der Übermittlungen oder wegen ihrer besonderen Eilbedürftigkeit angemessen ist. Innerhalb des Portals stehen den Nutzern verschiedene Online-dienste zur Verfügung. Bei der weit überwiegenden Zahl der Aufrufe handelt es sich um die Ermittlung von Versicherungsnummern. Für eine solche Suchanfrage ist die Kenntnis von Vorname, Nachname, Geburtsdatum und Geschlecht des Versicherten zwingend erforderlich. Daneben kann der jeweilige Kontoführer zu einer bestimmten Versicherungsnummer abgefragt werden. Sind zuvor mehrere Versicherungsnummern an denselben Versicherten vergeben worden, kann die jeweils aktive ermittelt werden.

Zum Abruf von Sozialdaten via „eSolution“ sind derzeit die gesetzlichen Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften sowie die Bundesagentur für Arbeit berechtigt. Ende November 2012 waren von 146 Krankenkassen und neun Berufsgenossenschaften insgesamt 101 Krankenkassen für die Benutzung des „eSolution-Portals“ registriert, acht weitere haben bereits ihr Interesse bekundet. Zudem sieht Artikel 12 Nummer 1 des am 19. Dezember 2012 vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurfs eines Gesetzes zur Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallkassen, zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und zur Änderung anderer Gesetze, eine Erweiterung des Kreises der nach § 148 Absatz 3 Satz 1 SGB VI abrufbe-

Ich begrüße sehr, dass der Gesetzgeber mit der Regelung des § 137a SGB V diesen Anforderungen weitgehend Rechnung getragen hat. Damit wird die Qualitätssicherung auf eine datenschutzrechtlich einwandfreie Grundlage gestellt.

13.1.5 Kostendämpfungsmaßnahmen bei Heil- und Hilfsmitteln – um jeden Preis?

Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen Daten ihrer Versicherten nur ohne Personenbezug an Hersteller übermitteln.

Mehrere Petenten haben mich auf die von gesetzlichen Krankenkassen praktizierte Weitergabe von Sozialdaten inklusive Diagnosedaten an Hersteller von Heil- und Hilfsmitteln oder auch an so genannte private „Hilfsmittelberater“ aufmerksam gemacht. Die Anfragen betreffen folgende Fallkonstellationen:

- Sozialdaten von Versicherten werden an Hersteller von Rollstühlen zur Erstellung von Kostenvoranschlägen weitergeleitet.
- Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln werden so genannte „Hilfsmittelberater“ beauftragt, ein technisches Gutachten zu erstellen. Die entsprechenden Sozialdaten einschließlich Diagnosedaten werden dem „Hilfsmittelberater“ von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt. Musterverträge mit Hilfsmittelberatern liegen mir vor.
- Gesetzliche Krankenkassen fordern von Herstellern orthopädischer Produkte Bildmaterial der Patienten, um den Einsatz von nicht konfektionierten Sonderanfertigungen (wie z. B. Brustprothesen) besser beurteilen zu können.
- Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln wird von einer Krankenkasse im Zusammenhang mit einem entsprechenden Antrag ein Vergleichsangebot bei anderen Herstellern eingeholt. Dabei werden die Sozialdaten des Versicherten einschließlich der Diagnosedaten übermittelt.

Die Krankenkassen begründen diese Übermittlung überwiegend mit dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V). Diese Vorschrift gibt den Krankenkassen vor, dass Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen (§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Demgegenüber habe ich erhebliche Zweifel, ob eine Übermittlung von derart sensiblen Sozialdaten auf diese allgemeinen Grundsätze gestützt werden kann.

Vertragliche Kontakte zu Leistungserbringern sind in § 127 SGB V geregelt. Nach § 127 Abs. 2 SGB V können die Kassen zwar Verträge mit einzelnen Leistungserbringern schließen, in diesen Fällen ist allerdings lediglich eine allgemeine Information der Versicherten und der Leistungserbringer vorgesehen (§ 127 Abs. 2 Satz 3, 2. Hs. und Abs. 3 SGB V). Eine Befugnis zur Übermittlung von Sozialdaten an Hersteller von Heil- und Hilfsmitteln sehe ich in § 127 SGB V ebenfalls nicht.

Auch für die Weitergabe von Sozialdaten an externe „Hilfsmittelberater“ zur Begutachtung der Versicherten vermag ich eine gesetzliche Grundlage für deren Tätigkeit nicht zu erkennen. Die abgeschlossenen Verträge können eine gesetzliche Grundlage nicht ersetzen. § 275 SGB V gibt den Krankenkassen u. a. vor, wenn es bei der Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung der Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Leistung erforderlich ist, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

Vor diesem Hintergrund gibt es keinen Raum für die Begutachtung von Versicherten durch externe „Hilfsmittelberater“ im Auftrag einer gesetzlichen Krankenkasse. Mit dem Abschluss von Verträgen zwischen Krankenkasse und „Hilfsmittelberatern“ im Einzelfall wird meines Erachtens der gesetzliche Auftrag des MDK vielmehr umgangen.

Eine Lösungsmöglichkeit könnte darin bestehen, dass Versicherte, insbesondere bei aufwendigen, nicht konfektionierten Hilfsmitteln gebeten werden, der Kasse sowohl ein Angebot des Hilfsmittelherstellers ihrer Wahl, als auch (alternativ) ein Angebot des von der Kasse vorgeschlagenen Herstellers mit dem Leistungsantrag vorzulegen. Die Kasse könnte dann eine Kostenzusage auf der Grundlage des wirtschaftlichsten Angebotes abgeben. Auch bestehen keine Bedenken, wenn die Kasse auf Wunsch des Versicherten tätig wird. Entsprechende interne Vorgaben sind von einer Krankenkasse bereits umgesetzt. Diese Praxis belegt, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot bei der Versorgung von Versicherten mit Heil- und Hilfsmitteln umgesetzt werden kann, ohne deren Sozialdaten weiterzugeben.

Die dargestellten Fallkonstellationen sowie meine datenschutzrechtliche Bewertung habe ich mit dem BMG erörtert und im Gesetzgebungsverfahren zur Gesundheitsreform vorgetragen. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung (Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) ist daher vorgesehen, dass von Krankenkassen bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote eingeholt werden können. Ich erwarte, dass im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform eine datenschutzgerechte gesetzliche Klarstellung erfolgt.

13.1.6 „Freier Eintritt“ bei Vorlage der Krankenversichertenkarte

Eine andere als die gesetzlich vorgegebene Nutzung der Krankenversichertenkarte ist mit dem Datenschutz nicht vereinbar.

Gleich in mehreren Eingaben bin ich im Jahr 2005 darauf hingewiesen worden, dass einzelne Krankenkassen im Rahmen von Mitgliederbindungs- oder -werbungsaktionen (Bonusprogramme) mit der Inanspruchnahme vergünstigter Leistungen kommerzieller Geschäftspartner lediglich gegen Vorlage des Krankenversichertenausweises geworben haben. Versicherte konnten so Preisnachlässe auf bestimmte Fitness-Artikel, einen vergünstigten oder gar kostenlosen Eintritt zu einem Fußballspiel oder in ei-