

11.1.4 Stellungnahme bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses – eine neue Aufgabe

Seit dem 1. Januar 2012 ist mir bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildet. Er beschließt insbesondere die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen und verbindlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Er legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. Im Einzelnen sind seine Aufgaben im Fünften Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) geregelt.

Seit Anfang 2012 hat mir der G-BA – nach § 91 Absatz 5a SGB V – bei Beschlüssen, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Diese Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gesetzgeber hat sich zu dieser Regelung entschlossen, da bei Beschlüssen und Richtlinien des G-BA „die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener oder -beziehbarer Daten eine immer größere Rolle“ spielen und deshalb „eine frühzeitige Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte ... sicherzustellen“ ist (Bundestagsdrucksache 17/6906 S. 68).

Im Rahmen dieser neuen Aufgabe habe ich u. a. Stellung genommen

- zur redaktionellen Gestaltung von Richtlinien und den „Tragenden Gründen“, nicht zuletzt, um die datenschutzrechtlich relevanten Regelungen auch für verständige Laien nachvollziehbarer zu gestalten,
- dazu, dass Regelungen durch den G-BA selbst zu treffen sind und eine Subdelegation an eine beteiligte dritte Stelle nicht in Betracht kommt,
- zur Statthaftigkeit einer vorgesehenen Datenerhebung nach dem SGB V und
- zur Zulässigkeit einer Datenerhebung aufgrund einer Einwilligung.

Die Prüfung und Stellungnahme zu den teilweise komplexen und sehr umfangreichen Beschlussvorlagen des G-BA binden als neue Aufgabe in meinem Hause erhebliche personelle Ressourcen, die für anderweitige wichtige Aufgaben nicht mehr zur Verfügung stehen.

11.1.5 Das Lichtbild auf der Gesundheitskarte

Die Aufforderung ihrer gesetzlichen Krankenkasse, ein Lichtbild für die neue elektronische Gesundheitskarte

(eGK – vgl. Nr. 4.1) zu senden, stieß bei vielen Betroffenen auf Kritik.

Im Berichtszeitraum erreichten mich zahlreiche Eingaben zu diesem Thema. Im „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)“ vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) war bereits festgelegt worden, dass die Krankenversichertenkarte u. a. ein Lichtbild enthalten muss (§ 291 Absatz 2 SGB V). Von Gesetzes wegen hätte „die Erweiterung der Krankenversichertenkarte um das Lichtbild ... spätestens bis zum 1. Januar 2006 ... erfolgen“ müssen (§ 291 Absatz 2 a. E. SGB V). Die Aufnahme des Lichtbildes soll die eindeutige Zuordnung der Krankenversichertenkarte zum jeweiligen Karteninhaber verbessern, um damit Missbrauch zu verhindern (Bundestagsdrucksache 15/1525 S. 143). Später erfolgte eine gesetzliche Einschränkung insofern, als Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, eine Krankenversichertenkarte ohne Lichtbild erhalten. Über § 291a Absatz 2 Satz 1 SGB V muss ein Lichtbild auch auf der neuen eGK (vgl. Nr. 4.1) sein.

Insoweit darf die zuständige Krankenkasse nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V die Bilddaten ihrer Versicherten erheben und speichern, da dies für die Ausstellung der Krankenversichertenkarte auch in Form der elektronischen Gesundheitskarte erforderlich ist. Auf die Frage, wie lange die Bilddaten gespeichert werden dürfen, regelt § 304 Absatz 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 84 Absatz 2 SGB X: Sozialdaten sind danach zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die verantwortliche Stelle zur rechtmäßigen Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt werden. Da die zuständige Krankenkasse aufgrund des bestehenden Versicherungsverhältnisses verpflichtet ist, im Falle des Defektes oder Verlustes eine Ersatzkarte auszustellen, erlischt die Pflicht, die Bilddaten zu speichern, endgültig erst mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Zu diesem Zeitpunkt muss die gesetzliche Krankenkasse die gespeicherten Bilddaten löschen.

In einem erstinstanzlichen Urteil hat das Sozialgericht Düsseldorf entschieden, dass die eGK in der vorgesehenen Form nicht auf verfassungsrechtliche Bedenken stoße (Urteil vom 28. Juni 2012 – S 9 KR 111/09 –). Das Urteil bezieht sich nach Aussagen des Gerichts zunächst auf die jetzt in Umlauf gebrachte eGK, die lediglich die bisherige Krankenversichertenkarte ersetzt. Nach Presseberichten hat der Kläger gegen dieses Urteil Berufung eingelegt.

11.1.6 Externe Beratungsstellen der Krankenkassen – Nicht alle Informationen sind zulässig

Eine große Krankenkasse berät ihre Mitglieder per Telefon nicht nur über Tarife und versicherungsrechtliche Fragen, sondern auch bei gesundheitlichen Problemen.

Diese Tätigkeit wurde einem externen Beratungsunternehmen übertragen.

Eine Krankenkasse bot ihren Mitgliedern an, dass sie sich rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche bei ihrem Ärztezentrum „zu allen Fragen rund um Medizin und Gesundheit“ informieren könnten. Sie hatte hierzu mit einem Unternehmen eine Vereinbarung zur medizinischen Beratung ihrer Mitglieder durch ärztliches Personal abgeschlossen und überließ dem Unternehmen die halbjährlich aktualisierten Stammdaten aller ihrer Mitglieder (Name, Adresse, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse). Die Angaben sollten zu Abrechnungszwecken zwischen der Krankenkasse und dem Beratungsunternehmen erforderlich sein. Das Beratungsunternehmen wiederum meldete der Krankenversicherung, aus welchem Grund das Mitglied angerufen hatte. Die automatisierte Mitteilung enthielt Angaben darüber, ob das Mitglied einen Arzt/Zahnarzt oder ein Krankenhaus suchte oder eine medizinische, pharmakologische oder eine Beratung aus dem Bereich der Prävention wünschte. Weiterhin wurden Datum, Uhrzeit und Art des Kontaktes sowie der Anlass (versicherungsrechtliche oder medizinische Frage) mitgeteilt. Diese Informationen speicherte die Krankenkasse sechs Monate lang. Die ratsuchenden Versicherten blieben jedoch bei ihrem Anruf im Unklaren darüber, dass sie mit einem externen Unternehmen und nicht mit ihrer Krankenversicherung telefonierten.

Ich habe zwar keine grundsätzlichen Bedenken, wenn die Krankenkassen ihrer Verpflichtung aus § 1 SGB IX i. V. m. §§ 13 und 14 SGB I sowie § 11 Absatz 4 SGB V zur Beratung und Aufklärung der Bevölkerung auch durch Einschaltung geeigneter ärztlicher Beratungsunternehmen nachkommen. Dies darf aber nicht so weit gehen, dass die externen Berater alle Stammdaten der Versicherten der Krankenkasse jederzeit einsehen können.

Die gesetzliche Krankenkasse hat meiner Kritik an dem Verfahren Rechnung getragen. Die beratenden Ärzte können jetzt nur noch auf die absolut notwendigen Stammdaten des jeweiligen Anrufers zurückgreifen. Die Angaben, die der ärztliche Berater der Krankenkasse übermittelt, müssen sich ebenfalls auf das unbedingt notwendige Maß beschränken. Die Krankenkasse lässt sich nur noch Informationen dazu übermitteln, ob ein Rückruf des beratenden Arztes beim Versicherten erfolgte und ob das Krankenkassenmitglied eine versicherungsrechtliche oder eine medizinische Frage hatte. Diese Informationen werden getrennt von den allgemeinen Leistungsdaten zu Abrechnungszwecken mit dem Beratungsunternehmen gespeichert und nach sechs Monaten gelöscht. Angaben zu gesundheitlichen Verhältnissen der Anrufer dürfen auf keinen Fall weitergegeben werden.

Schließlich wird nun – auch auf meine Aufforderung hin – der Anrufer darüber informiert, dass er mit einem externen Unternehmen und nicht mit seiner Krankenkasse telefoniert. Gleichzeitig wird auf die datenschutzrechtlichen Gesichtspunkte hingewiesen, die auf der Internetseite der Krankenkasse veröffentlicht sind. Damit wird sowohl von Seiten der Krankenkasse als auch von Seiten des Unternehmens eine ausreichende Transparenz hergestellt, da-

mit der Betroffene weiß, mit wem er telefoniert, welche Daten gespeichert werden, wer Zugang zu diesen Daten hat und welche Daten an die Krankenkasse übermittelt werden.

11.1.7 Wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung überflüssig?

Immer mehr Krankenkassen beauftragen externe Gutachterstellen mit Aufgaben, die das Sozialgesetzbuch dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zugewiesen hat.

In zahlreichen Eingaben, aber auch durch Hinweise von Verbänden und von Kollegen aus den Bundesländern wurde ich darauf aufmerksam gemacht, dass gesetzliche Krankenkassen immer häufiger externe Beratungsdienste damit beauftragen, Gutachten zu erstellen, die sie etwa bei Entscheidungen über Leistungsanträge unterstützen. Auch bei meinen Kontrollen im Berichtszeitraum habe ich dies feststellen müssen (vgl. auch Nr. 11.1.6, 11.1.8 und 11.1.10).

Die gesetzlichen Krankenkassen berufen sich hierbei entweder auf eine „Datenverarbeitung im Auftrag“ nach § 80 SGB X oder eine Beauftragung nach § 197b SGB V als Rechtsgrundlage. Bei einer „Datenverarbeitung im Auftrag“ handelt es sich lediglich um eine „Hilfsfunktion“, die mit einem Auftragsverhältnis im Sinne der §§ 662 ff. BGB nichts zu tun hat. Bei der Datenverarbeitung im Auftrag bleibt der Auftraggeber auch weiterhin für den Umgang mit den Daten verantwortlich. Eine Übermittlung findet nicht statt, da der Auftragnehmer kein Dritter i. S. d. Gesetzes ist (§ 3 Absatz 8 Satz 3 BDSG, § 67 Absatz 7 Satz 3 SGB X). Das Wesen eines Gutachters ist es aber gerade, dass er aufgrund der ihm zur Verfügung gestellten Daten eigenverantwortlich Schlussfolgerungen für die tatsächliche Beurteilung eines Geschehens oder Zustands ableitet. Dies geht also weit über eine „Hilfsfunktion“ hinaus. Es handelt sich datenschutzrechtlich um eine Funktionsübertragung und damit ist die Bekanntgabe personenbezogener Daten an einen Gutachter eine „Übermittlung“ im Sinne von § 3 Absatz 4 Nummer 3 BDSG und § 67 Absatz 6 Nummer 3 SGB X. Hiervon gehen auch das Bundesversicherungsamt (BVA) und die staatlichen Aufsichtsbehörden der Länder aus.

Nach § 197b SGB V können gesetzliche Krankenkassen ihnen obliegende Aufgaben grundsätzlich Dritten übertragen, wenn die Aufgabenwahrnehmung dadurch wirtschaftlicher ist, es im Interesse der Betroffenen liegt, die Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden und keine wesentliche Aufgabe zur Versorgung der Versicherten in Auftrag gegeben wird. Ich habe erhebliche Zweifel, ob diese Voraussetzungen hier vorliegen. So fragt sich schon, ob es wirtschaftlicher ist, eine zusätzliche Stelle mit einem Gutachten zu beauftragen, obwohl mit dem MDK eine Stelle vorhanden ist, die von den gesetzlichen Krankenkassen im Umlageverfahren finanziert wird (§ 281 Absatz 1 Satz 1 SGB V), zu deren gesetzlichen Aufgaben es gehört, sozialmedizinische Gutachten zur Klärung von Sachverhalten zu erstellen. Den Krankenkassen obliegt es zudem, den MDK so auszustatten, dass

er Prüfaufträgen in angemessener Zeit nachkommen kann. Zwar kann es in Einzelfällen notwendig sein, einen externen Gutachter heranzuziehen. Dies hat allerdings durch den MDK zu geschehen (§ 279 Absatz 5 Satz 1 2. Halbsatz SGB V), mit der Folge, dass die Gutachten an den MDK und nicht an die gesetzliche Krankenkasse zu erstatten sind. Sie unterliegen auch den Vorgaben des §§ 275 ff. SGB V. Eine Beauftragung von externen medizinischen Gutachtern durch die gesetzlichen Krankenkassen führt dagegen zur Umgehung dieser gesetzlichen Regelungen.

11.1.8 Rechtfertigt das „Krankenfallmanagement“ die Erhebung zusätzlicher Daten?

Arbeitsunfähige Versicherte werden von gesetzlichen Krankenkassen unzulässig ausgefragt – bisweilen wird versteckt mit Leistungsverweigerung oder -entzug gedroht.

In den vergangenen Monaten wurde in der Presse immer wieder kritisiert, dass gesetzliche Krankenkassen umfassend Daten über solche Versicherte erheben, die längere Zeit arbeitsunfähig sind oder bereits Krankengeld erhalten. Zu diesem Thema haben mich auch zahlreiche Eingaben erreicht. Danach rufen Krankenkassen Versicherte – teilweise wöchentlich – an, machen Hausbesuche oder nehmen Kontakt zu Arbeitgebern auf. Auch mit so genannten „Selbstauskunftsbogen“ erheben Krankenkassen beim Versicherten zusätzliche Daten. Die detaillierte Erhebung von Gesundheitsdaten rechtfertigten sie mit der Prüfung von Krankengeldansprüchen oder mit der Absicht, zur Genesung beizutragen.

Ein Versicherter hat mir Folgendes berichtet: Die Krankenkasse habe sich im Rahmen des Fallmanagements schriftlich an den Arbeitgeber gewandt und diesen gebeten, dem Versicherten eine andere Beschäftigung anzubieten, da dieser aufgrund seiner Erkrankung seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben könne. In dem Schreiben an den Arbeitgeber wurde aus dem Gutachten einer Reha-Klinik und aus dem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zitiert. Der Versicherte fürchtet nun um seinen Arbeitsplatz.

Als gesetzliche Grundlage für diese Datenerhebung wurden mir wiederholt die Umsetzung der gesetzlichen Ansprüche von Versicherten auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 SGB V und auf Leistungen zur Teilhabe nach § 4 SGB IX genannt. Diese Regelungen sind aber ohne weitere gesetzliche Detailregelungen aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht tragfähig, da sie keine Befugnisse zur Erhebung und Speicherung von Sozialdaten enthalten.

Selbstauskunftsbogen

In meinem 21. TB (Nr. 13.1.3) habe ich mich dazu bereits ausführlich geäußert. Das Erheben und Verarbeiten von Sozialdaten durch Krankenkassen mittels „Selbstauskunftsbogen“ ist weder bei Versicherten noch bei deren Ärzten zulässig. Zur Erhebung der damit abgefragten Sozialdaten

ist weitgehend der MDK im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgabenerfüllung berechtigt. Die Krankenkassen dürfen allenfalls um die Übermittlung dieser Daten an den MDK bitten.

Meine Rechtsauffassung wird vom Bundesversicherungsamt (BVA) und dem BMG geteilt. Dass einige Krankenkassen ungeachtet dessen an ihrer Verfahrensweise festhalten, wurde mir unverhohlen damit begründet, in meinem Tätigkeitsbericht würden datenschutzrechtliche Verstöße ohne Nennung des Namens der betroffenen Krankenkasse dargestellt, die Versicherten und die Öffentlichkeit würden also nicht erfahren, wie eine bestimmte Kasse mit den Sozialdaten ihrer Versicherten umginge. Ich möchte deshalb von dieser Praxis abweichen. Negativ aufgefallen sind mir in Sachen Selbstauskunftsbogen in letzter Zeit die folgenden Kassen: Deutsche BKK, KKH, IKK classic, SBK Siemens-Betriebskrankenkasse.

Positiv möchte ich vermerken, dass sich einige Kassen ausdrücklich von diesem Verfahren distanzieren, etwa die Audi-BKK (s. u.), BKK Mobil Oil, pronova BKK, BKK firmus, SECURVITA BKK.

Versicherte, die länger arbeitsunfähig sind und an die ggf. ein Krankengeld auszuzahlen ist, erhalten von einigen Krankenkassen ein Anschreiben mit allgemeinen Informationen und mit der Bitte um „Mithilfe“. Um Krankengeldansprüche prüfen zu können, sollen beigefügte Formulare ausgefüllt zurückgesandt werden. Es handelt sich dabei um „Selbstauskunftsbogen“ sowie um Vordrucke für Einwilligungen dazu, der Krankenkasse ausführliche medizinische Untersuchungsberichte zur Verfügung zu stellen. Gegenüber den Versicherten wird der Eindruck erweckt, dass die Angaben gemacht werden müssen, um die gesetzliche Leistung Krankengeld erhalten zu können.

Datenschutzrechtlich ist diese Vorgehensweise aus mehreren Gründen unzulässig: In den Fällen des § 275 Absatz 1 und 2 SGB V, z. B. bei Arbeitsunfähigkeit, sind die Krankenkassen verpflichtet, den MDK mit einer Begutachtung bzw. Prüfung zu beauftragen. Es besteht jedoch keine Befugnis der Kasse, zusätzliche Daten zur Arbeitssituation oder zur Gesundheit zu erheben, die mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen nicht in Zusammenhang stehen. Ausschließlich der MDK ist gesetzlich befugt, weitergehende Daten zu erheben oder zu verarbeiten, sofern dies im konkreten Einzelfall erforderlich ist (§ 276 Absatz 2 Satz 1 erster Halbsatz SGB V). Dies verdeutlicht die Regelung des § 277 Absatz 1 Satz 1 SGB V, wonach der MDK der jeweiligen Krankenkasse lediglich das Ergebnis der Begutachtung mitteilen darf.

Dementsprechend sind vorformulierte Schweigepflichtentbindungserklärungen in Selbstauskunftsbogen, nach denen sämtliche ärztliche Unterlagen an die Krankenkasse herausgegeben werden dürfen, mit dem geltenden Recht nicht vereinbar. Diese Beschränkung der Krankenkassen verdeutlicht auch die Regelung des § 275 Absatz 1a Satz 4 SGB V. Danach können die Krankenkassen von einer Beauftragung des MDK nur absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der jeweiligen Krankenkasse vor-

liegenden ärztlichen Unterlagen, wie z. B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, ergeben. Zu diesen Unterlagen gehören keine Behandlungsdaten des Versicherten (Krankenhausentlassungsberichte, Arztbriefe, Befundberichte, ärztliche Gutachten etc.).

Soweit sich Krankenkassen auf ein Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 31. Mai 2012 berufen, habe ich immer wieder darauf hingewiesen, dass derartige Rundschreiben eine gesetzliche Grundlage zur Datenerhebung nicht ersetzen und vorhandene Gesetzesbestimmungen nicht außer Kraft setzen können. Zudem lässt das zitierte Rundschreiben keine Hinweise auf eine zulässige Datenerhebung in der vorgefundenen Form erkennen. Selbst die aus datenschutzrechtlicher Sicht sehr bedenkliche „Begutachtungsanleitung – Arbeitsunfähigkeit (AU)“ des GKV-Spitzenverbandes vom 12. Dezember 2011 sieht eine Datenerhebung in dem vorgefundenen Umfang nicht vor.

Meiner Aufforderung, die vorhandenen Selbstauskunftsbogen nicht mehr zu verwenden und bereits ausgefüllte zu vernichten, ist z. B. die Audi BKK gefolgt.

Um das Problem „Selbstauskunftsbogen“ grundsätzlich zu lösen, habe ich mit dem BMG und dem GKV-Spitzenverband die Bildung einer Arbeitsgruppe vereinbart, deren Ziel es ist, bis Ostern 2013 die Selbstauskunftsbogen in der jetzigen Form abzuschaffen und datenschutzgerecht sicherzustellen, dass die Krankenkassen die für die Bearbeitung von Krankengeldfällen erforderlichen Daten erhalten. Dabei ist ein modular aufgebautes System angeordnet, in dem zielgerichtet nur die für den Einzelfall erforderlichen und gesetzlich zulässigen Daten erhoben werden.

Telefonische Beratung und Handakten von Mitarbeitern im Krankenfallmanagement

Die Mitarbeiter der Deutschen BKK führen mit den Versicherten bei Arbeitsunfähigkeit regelmäßig telefonische „Beratungsgespräche“, wenn zu erwarten ist, dass Krankengeld ausbezahlt werden wird. In den von mir kontrollierten Geschäftsstellen wurden Handakten über jeden arbeitsunfähigen Versicherten geführt, die, neben dem ausgefüllten Selbstauskunftsbogen, mehr oder weniger ausführliche Gesprächsvermerke mit zum Teil detaillierten Angaben zur familiären und gesundheitlichen Situation, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, hausärztliche Unterlagen, Gutachten des MDK und vieles mehr enthalten. Von Petenten wird mir zudem berichtet, in den dargestellten Telefonaten würde z. T. ein erheblicher Druck durch die „Fallmanager“ der Krankenkassen aufgebaut, in dem teilweise mit Leistungskürzungen gedroht wird oder zu einem Wechsel der Krankenkasse aufgefordert werde. Die Ergebnisse der Beratungsgespräche werden von den Fallmanagern – neben handschriftlichen Vermerken in Handakten – im EDV-Programm „Krankengeld Fallmanagement“ als individuelle Gesprächsnotizen in Freitextfeldern aufgezeichnet. Die vorgefundenen Programme sahen eine maschinelle Löschung der gespeicherten Daten nicht vor.

Weder für die telefonische Datenerhebung noch für deren Speicherung gibt es eine gesetzliche Grundlage. Die kontrollierten Kassen wurden von mir gebeten, unverzüglich jegliche Datenerhebung und -speicherung durch Telefonate mit den Versicherten einzustellen sowie vorhandene Daten und gespeicherte Vermerke über die Telefongespräche zu löschen.

Einschaltung „neutraler Stellen“

In zahlreichen Fällen bieten Mitarbeiter der Deutschen BKK ihren Versicherten – z. B. bei Rückenleiden oder psychischen Erkrankungen – den Besuch bei einer „neutralen Stelle“ an. Diese „neutrale Stelle“ ist ein externer Gutachter, der die Versicherten untersucht und weitere oder alternative Maßnahmen zur schnellen Beendigung der Arbeitsunfähigkeit empfiehlt. Wenn Versicherte dieser Verfahrensweise während des Telefonates zustimmen, übermittelt die Krankenkasse die Daten der Versicherten (Name, Telefonnummer) an diese „neutrale Stelle“, damit diese anschließend Kontakt zu den Versicherten aufnimmt. Die Deutsche BKK versteht diese Vorgehensweise als „Serviceleistung“ gegenüber ihren arbeitsunfähig erkrankten Versicherten.

Bereits vor Ort haben meine Mitarbeiter der Krankenkasse vorgeschlagen, den Versicherten lediglich die Kontaktdaten der „neutralen Stelle“ (z. B. in einem Flyer zum Thema Rückenleiden) zur Verfügung zu stellen und sie zu bitten, selbst mit der „neutralen Stelle“ Kontakt aufzunehmen. Das Gegenargument, es handle sich oft um Versicherte, die aufgrund ihrer sprachlichen Fähigkeiten zu einer eigenständigen Kontaktaufnahme mit der „neutralen Stelle“ nicht in der Lage seien, kann ich nicht nachvollziehen. Es zeugt von mangelndem Respekt vor den Versicherten. Viele Institutionen – auch gesetzliche Krankenkassen – sind zudem aus Servicegründen dazu übergegangen, „Flyer“ auch in anderen Sprachen bereitzustellen.

Die dargestellte Vorgehensweise ist datenschutzrechtlich unzulässig und verletzt das Sozialgeheimnis (§ 35 Absatz 1 SGB I). Die Vermittlung von Versicherten im Krankengeldbezug an „neutrale Stellen“ gehört nicht zu den gesetzlichen Aufgaben einer Krankenkasse. Eine gesetzliche Grundlage für die Übermittlung von Sozialdaten an die „neutralen Stellen“ gibt es nicht.

Ich habe die Deutsche BKK aufgefordert, auf die rechtswidrige Einschaltung „neutraler Stellen“ zu verzichten. Die dargestellten zahlreichen Verstöße der Deutschen BKK gegen die gesetzlichen Vorgaben zum Persönlichkeitsschutz der Versicherten habe ich nach § 81 Absatz 2 SGB X i. V. m. § 25 Absatz 1 BDSG wegen Verstoßes gegen das Sozialgeheimnis nach § 35 Absatz 1 SGB I förmlich beanstandet.

Sensible Versichertendaten in Handakten der Sachbearbeiter

Bei der Kontrolle einer Geschäftsstelle der Siemens BKK wurden in Handakten sehr umfangreiche Dokumentationen von Telefongesprächen zwischen Sachbearbeitern und Versicherten vorgefunden. Diese enthielten Anga-

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 werte 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 Leistungsentcheidung 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 Probetriebs 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 Onlinedienste 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-