

DR. CHRISTIAN KUHN

RECHTSANWALTS GMBH

1010 WIEN · ELISABETHSTRASSE 22

TELEFON 58713 87-0 · TELEFAX 58713 87-13
E-MAIL: office@kanzlei-kuhn.at

PER E-MAIL

An das
Bundesministerium für Justiz
Museumstraße 7
1070 Wienkzl.b@bmj.gv.at
begutachtungsverfahren@parlament.gv.atWien, am 25.5.2010
K/r/Krank/Div/159

Betrifft: Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das
Versicherungsvertragsrechtsgesetz 1958
geändert wird (Versicherungsrechts-
Änderungsgesetz 2010 - VersRÄG 2010)
BMJ-B10.213/0004-I 7/2010

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Namen der konfessionellen Spitalserhalter Österreichs nehme ich zum Entwurf des Versicherungsrechts-Änderungsgesetzes wie folgt Stellung:

1. Die nachfolgende Stellungnahme bezieht sich ausschließlich auf die Bestimmungen der §§ 11a bis 11d des Gesetzesentwurfes, welche für die Spitalserhalter von Bedeutung sind.

Vorauszuschicken ist, dass der Bereich des Gesundheitswesens sich in einer finanziell extrem angespannten Situation befindet und aus diesem Grund in einer Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG ausdrücklich vereinbart ist, dass alle gesetzlichen Regelungen, die zu möglichen Mehrkosten im Gesundheitswesen führen, vorher dem Konsultationsmechanismus zwischen Bund und Ländern unterzogen werden müssen.

FREMGELD-ANDERKONTO: Bank Austria AG 0971-36063/01 (BLZ 11000)

KANZLEIKONTO: Vorarlberger Hypo 20 251 271 111 (BLZ 58000)

FN 269789 z, Handelsgericht Wien, UID: ATU 62056036

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Der vorliegende Gesetzesentwurf führt für die Spitalerhalter zu einer Erhöhung des Verwaltungsaufwandes und damit verbundenen erheblichen Mehrkosten im Verwaltungspersonal, dem kein wie immer gearteter erkennbarer Nutzen gegenüber steht. Gerade in Zeiten der Budgetkonsolidierung geht es nicht an, dass durch Partikularinteressen des Datenschutzes vor das derzeit primäre Ziel der Budgetkonsolidierung gestellt werden.

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung würde nicht nur die Erhöhung eines Verwaltungsaufwandes in den Spitalsbetrieben bewirken, sondern auch eine Anpassung aller bestehender Direktverrechnungsübereinkommen zwischen den österreichischen Spitalerhaltern und den österreichischen Versicherungsunternehmen. Auch eine Anpassung der Datensätze und eine Einschränkung auf die im Gesetz spezifizierten Datenarten wären erforderlich, was mit einem sinnlosen aber kostspieligen Aufwand im EDV-Bereich verbunden ist.

Da aber Inhalt und Umfang der Daten, die von Versicherungen ermittelt werden dürfen, spezifiziert und eingeschränkt werden sollen, müssen vermutlich eigene Personen beschäftigt werden, um festzustellen, welche Auszüge aus dem Pflege- oder Behandlungsbericht den Versicherungen übermittelt werden dürfen, weil die Pflege- und Behandlungsberichte auch andere Informationen enthalten können, die über diesen Informationsgehalt (Art und Umfang der erbrachten Leistung sowie Dauer des Aufenthalts) hinausgehen.

Die vorgeschlagene Neuregelung ist allerdings nicht nur überflüssig und den Verwaltungsaufwand erhöhend, sie ist auch im Detail sprachlich unzulänglich und unverständlich.

2. Nach der vorgeschlagenen gesetzlichen Neuregelung soll Voraussetzung dafür, dass ein Versicherungsunternehmen Daten

des Versicherten durch Auskünfte von Ärzten und Krankenanstalten ermitteln darf, sein, dass

- der Versicherte den Gesundheitsdienstleister (Krankenanstalt) zur Direktverrechnung beauftragt hat;
- hierfür der Versicherte der Übermittlung der in § 11b Abs (2) angeführten Gesundheitsdaten ausdrücklich schriftlich zugestimmt hat;
- der Versicherte von seiner Zustimmung nachweislich über die Wirksamkeitsvoraussetzungen des Auftrags zur Direktverrechnung informiert wurde, sowie
- der Versicherte darüber informiert wurde, welche Gesundheitsdaten nach § 11b Abs (2) vom Gesundheitsdienstleister jeweils an den Versicherer weitergegeben werden.

All diese Erklärungen, die vom Versicherten am Beginn seines Krankenhausaufenthaltes unterschrieben werden sollen, führen zu einem weiteren Aufwand von zu unterschreibenden Formularen, die in der Praxis schon bisher von kaum jemanden gelesen werden, sondern blind unterschrieben werden. Am Beginn eines Krankenhausaufenthaltes hat kaum jemand Interesse daran, einer Übermittlung von Daten an die Versicherung ausdrücklich zuzustimmen oder "nachweislich über die Wirksamkeitsvoraussetzungen des Auftrags zur Direktverrechnung informiert" zu werden.

Es bleibt auch völlig unklar, was mit den "Wirksamkeitsvoraussetzungen des Auftrags zur Direktverrechnung" überhaupt gemeint sein soll. Nach den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf kann der Auftrag zur

Direktverrechnung nur wirksam erteilt werden, wenn der Betroffene zuvor über die Arten der Gesundheitsdaten, die unter § 11b Abs (2) des Entwurfes näher spezifiziert werden, informiert wurde. Die Information über die Arten der an den Versicherer weitergegebenen Gesundheitsdaten wäre aber bereits in § 11b (Abs 1) Z 2 zweiter Halbsatz als Zulässigkeitsvoraussetzung normiert. Über welche sonstigen Wirksamkeitsvoraussetzungen des Auftrags zur Direktverrechnung der Versicherte informiert werden muss, ist daher unklar, die Gesetzesbestimmung daher unerfüllbar.

Völlig lebensfremd ist auch das in den Erläuterungen erwähnte Wahlrecht eines Versicherten, dass er dahingehend entscheiden kann, dass seine Gesundheitsdaten nicht an die Versicherung weitergegeben werden dürfen, indem er dem Gesundheitsdienstleister keinen Auftrag zur Direktverrechnung erteilt. Jemand der eine private Krankenversicherung abgeschlossen hat, schließt diese in 99,9 % der Fälle nur deshalb ab, um im Fall eines Spitalsaufenthaltes die Spitalskosten nicht selbst bezahlen zu müssen, sondern die Direktverrechnung durch seine Versicherung zu ermöglichen. Der Satz in den Erläuterungen "NUR wenn er sich für die Direktverrechnung entscheidet, stellt sich die Frage der direkten Übermittlung von personenbezogenen Gesundheitsdaten an den Versicherer" ist völlig praxisfern, es handelt sich nicht um den Ausnahmefall, sondern um den Regelfall. Wenn ein Versicherter sich allerdings für den Ausnahmefall entscheidet, dass er die Spitalsrechnung selbst bezahlt und dem Privatversicherer dann seine Rechnung zur Refundierung vorlegt, muss er dem Versicherer jedenfalls jene Unterlagen vorlegen, die für den Versicherer erforderlich sind, um beurteilen zu können, ob Versicherungsdeckung besteht. Auf diesen Umstand weisen auch die Erläuterungen ausdrücklich hin. Der erklärte Gesetzeszweck, den Anwendungsbereich des § 11b einzuschränken und auf ganz bestimmte Fälle zu reduzieren, ist

daher völlig verfehlt und praxisfremd. Es handelt sich um den Regelfall!

In der Praxis kommt es häufig vor, dass Versicherungen ergänzende ärztliche Stellungnahme zur Überprüfung der Frage, ob Versicherungsschutz besteht oder nicht, anfordern. Ob es dabei immer um die Aufnahmediagnose, andere diagnostische Befunde, den Operationsbericht oder Auszüge aus dem Pflege- oder Behandlungsbericht handeln muss, ist nicht mit Sicherheit vorhersehbar und kann dazu führen, dass Krankenanstalten derartige Auskünfte im Hinblick auf die beschränkten Daten, die sie übermitteln dürfen nicht erteilen können. Es ist dann neuerlich eine Zustimmungserklärung einzuholen, von einem Patienten, der das Krankenhaus längst verlassen hat.

Bemerkenswert ist auch, dass der Gesetzestext so missverständlich formuliert ist, dass sogar die Erläuterungen ihn nicht verstehen und davon abweichen. Was die in § 11b Abs (2) Z 1 erwähnten Daten betrifft, so gehen die Erläuterungen davon aus, dass die Frage, ob es sich beim Versicherungsfall um einen Unfall handelte, "nach Angaben des aufnehmenden bzw. behandelnden Arztes" zu beurteilen ist. Nach dem - auch in diesem Punkt überflüssigen - Gesetzestext ist dies allerdings "nach Angabe des Betroffenen" zu machen.

3. In § 11b Abs (2) wird der Begriff des "Ermittelns" von Gesundheitsdaten verwendet; was "ermitteln" in diesem Zusammenhang heißen soll, bleibt unklar, weil die Begriffsbestimmung "Ermitteln von Daten" gemäß § 4 Z 10 DSGVO 2000 mit der DSGVO-Novelle 2010 aufgehoben wurde, dies mit der bemerkenswerten Begründung in den dortigen erläuternden Bemerkungen, dass die Definition entbehrlich scheint.

4. Es stellt geradezu einen Hohn dar, wenn in den Erläuterungen davon die Rede ist, dass die Möglichkeit

der ex-ante-Zustimmung zur Übermittlung einzelner konkreter personenbezogener Gesundheitsdaten, die gesetzlich genau bestimmt sind, eine Reduzierung des Verwaltungsaufwands für den Gesundheitsdienstleister bedeuten, weil er nicht mehr eine Zustimmung zu jeder einzelnen Übermittlung von Betroffenen einholen müsse. Die Logik der Erläuterungen, dass dann, wenn ein Betroffener keine unmittelbare Übermittlung der ihn betreffenden Daten an den Versicherer wünsche, ihm die Möglichkeit offen stehe, sich im Rahmen seiner Privatautonomie gegen die Direktverrechnung zu entscheiden, befindet sich auf einem ähnlichen Niveau wie das mögliche Argument, "man müsse sich überhaupt nicht bei einer privaten Versicherung versichern" oder "man müsse auch im Krankheitsfall kein Spital aufsuchen".

5. In Zeiten dramatischer Budgetknappheit scheint es dringend geboten, den Regelungswahn des Gesetzgebers zu begrenzen und auch datenschutzrechtliche Interessen nicht unnötig ausufern zu lassen. Es müsste ausreichend sein, dass ein bei einer privaten Versicherung Versicherter generell im Vorhinein seine Zustimmung zur Übermittlung seiner Krankengeschichte an die Versicherung erteilen kann und diese Zustimmung auch widerrufen kann. Wenn es im Einzelfall ein Interesse eines Patienten gibt, dass bestimmte Daten nicht übermittelt werden, soll dieses selbstverständlich vorrangig sein. Der betreffende Patient hat dann die Wahlmöglichkeit auf den Vorteil einer Direktverrechnung oder überhaupt des Versicherungsschutzes zu verzichten (z.B. wenn eine Diagnose vorliegt, von der er nicht will, dass sie einem Dritten bekannt wird). Im absoluten Regelfall ist die Beschränkung auf bestimmte Teile der personenbezogenen Gesundheitsdaten allerdings überflüssig und von niemandem wirklich gewünscht. Sie führt zu einem sinnlosen Mehraufwand im Bereich der Verwaltung und sollte daher jedenfalls nochmals überdacht werden.

Für eine unterschiedliche Behandlung der Privatversicherungen im Verhältnis zu den in § 11c Abs (1) des Entwurfes genannten Einrichtungen besteht kein Anlass.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Dr. Christian Kuhn