



Amt der Tiroler Landesregierung

Verfassungsdienst

Dr. Marold Tachezy

Telefon 0512/508-2210

Fax 0512/508-2205

verfassungsdienst@tirol.gv.at

DVR:0059463

An das
Bundesministerium
für Justiz
Museumstraße 7
1070 Wien

**Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz 1958 geändert wird
(Versicherungsrechts- Änderungsgesetz 2010); Stellungnahme***Geschäftszahl* Präs.II-1164/108*Innsbruck*, 25.05.2010

Zu GZ BMJ-B10.213/0004-I 7/2010 vom 4.Mai 2010

Zum oben angeführten Gesetzentwurf wird folgende Stellungnahme abgegeben:

Zu den Z. 17 und 18 (§ 11a und §§ 11b bis 11d):

Einleitend wird angemerkt, dass sich der gegenständliche Entwurf im Hinblick auf die Regelungen im Zusammenhang mit der Ermittlung von personenbezogenen Gesundheitsdaten durch die Versicherer im Verhältnis zum ersten Vorentwurf (März 2008) bzw. zum überarbeiteten Vorentwurf (Juni 2008) des BMJ zur Änderung des § 11a VersVG wesentlich verändert präsentiert.

Die Datenschutzkommission hat sich im Jahr 2007 in einem amtswegigen Prüfverfahren mit der Zulässigkeit der von den Versicherern beim Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages eingeholten Zustimmungserklärungen auseinandergesetzt. In diesem Zusammenhang hat die Datenschutzkommission die Auffassung vertreten, dass die Bestimmung des § 11a Abs. 2 Z. 4 VersVG, wonach der Versicherer – sofern der Betroffene dem ausdrücklich zugestimmt hat – zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall Auskünfte über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen kann, nicht hinreichend definiert ist, da nicht klar ist, welche Auskünfte davon umfasst sind (zB OP-Bericht, Anamnese, etc.). Darüber hinaus sah die Datenschutzkommission in den Regelungen einiger Landesausführungsgesetze zum KAKuG einen Widerspruch zur Bestimmung des § 11a VersVG, da diese ausdrücklich die Ausfolgung von Abschriften von Krankengeschichten an den Versicherer bei Vorliegen der Zustimmung des Versicherten vorsehen, was als weitergehend als die bundesgesetzliche Vorschrift interpretiert wurde.

Vor diesem Hintergrund wurden eine Neuformulierung des § 11a VersVG diskutiert und die oben angesprochenen Vorentwürfe erstellt.

Unzweifelhaft ist, dass eine entsprechende Regelung in einem Spannungsverhältnis zwischen verschiedenen Interessen steht, und zwar zwischen

- dem Recht des Patienten auf Schutz seiner personenbezogenen Gesundheitsdaten;
- dem Interesse des Versicherers, Informationen zur Beurteilung eines Versicherungsfalles zu erlangen;
- dem Interesse des Gesundheitsdienstleisters, dass kein unverhältnismäßig hoher administrativer Aufwand im Zusammenhang mit der Weitergabe der Patientendaten anfällt und diese gesetzlich gedeckt ist.

Die Bestimmung des Abs. 1 des § 11b des Entwurfes verknüpft die Durchführung der Direktverrechnung zwischen Gesundheitsdienstleister und Versicherer mit der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer ausdrücklich und schriftlich der Übermittlung der in Abs. 2 angeführten Gesundheitsdaten zustimmt. Diese Verknüpfung erscheint insofern bedenklich, als die Direktverrechnung bei stationären Aufhalten zum Wesen einer privaten Krankenversicherung gehört und dieser Punkt für einen Versicherungsnehmer grundsätzlich auch eine wesentliche Motivation zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung darstellt. Die angesprochene Regelung betrifft zudem nicht nur Zusatz-Krankenversicherte, sondern auch jene Versicherungsnehmer, die eine Krankenversicherung anstelle einer GSVG-Versicherung abschließen (Freiberufler). Der in den Erläuternden Bemerkungen (zu Z. 18) verwendete Begriff von „Zusatzleistungen“ des Versicherers ist vor diesem Hintergrund daher unklar bzw. unzutreffend.

Im Abs. 2 des § 11b sind nunmehr jene Daten angeführt, die vom Versicherer in Hinkunft ermittelt werden dürfen, sofern die Zustimmung des Betroffenen vorliegt. Ob diese dabei tatsächlich, wie die Erläuternden Bemerkungen (zu Z. 18) ausführen, auf das „absolut notwendige Maß“ beschränkt sind, kann bezweifelt werden. In den Erläuternden Bemerkungen (zu Z. 18) wird ausgeführt, dass die angeführten Daten zur Abklärung der Deckungszusage und zur Abrechnung der erbrachten Leistungen bzw. zur Beurteilung der Notwendigkeit und des Umfangs erforderlich sind. Ob in diesem Zusammenhang aber auch Teile des Pflegeberichtes erfasst sein sollen, ist diskussionswürdig, da die Pflege keine verrechnungsrelevanten Leistungen erbringt und die Pflegedokumentation häufig auch die Intimsphäre des Patienten betrifft. Ebenfalls ausdrücklich aufgezählt sind in diesem Zusammenhang auch die – über die Aufnahmediagnose hinausgehenden – diagnostischen Befunde (würde z.B. alle Laborbefunde, Radiologiebefunde, pathologischen Befunde umfassen) sowie nach der Entlassung einlangende Befunde. Dies wird zusätzlich auch vom Aspekt des erhöhten administrativen Aufwandes für die Gesundheitsdienstleister kritisch gesehen. Hinsichtlich des Wortes „Entlassungsbrief“ wird angemerkt, dass das KAKuG die Begriffe des „Entlassungsscheines“ bzw. des „Arztbriefes“, aber nicht des „Entlassungsbriefes“ verwendet.

In der Z. 3 des Abs. 2 ist vorgesehen, dass auf konkrete Anfrage des Versicherers diesem Angaben des Patienten zur Symptomatik und zu früheren Behandlungen, die mit der diagnostizierten Erkrankung in Zusammenhang stehen, zur Prüfung von Gründen für den Rücktritt vom konkreten Versicherungsvertrag sowie von Gründen für die Verweigerung der Deckung im konkreten Versicherungsfall übermittelt werden. Nach den Ausführungen in den Erläuternden Bemerkungen (zu Z. 18) soll der Möglichkeit der Rückfrage durch den Versicherer nur in jenen Fällen Bedeutung zukommen dürfen, in denen aufgrund der Art der Erkrankung ein Verdacht besteht, der Betroffene sei bei Vertragsschluss einer diesbezüglichen Anzeigepflicht nicht (vollständig) nachgekommen oder habe falsche Angaben gemacht. Dem Gesetzestext lässt sich aber eine derartige Einschränkung, wonach für den Versicherer ein Verdachtsfall vorliegen muss bzw. der Versicherer entsprechende Unstimmigkeiten darlegen muss, nicht eindeutig entnehmen. Diese Bestimmung müsste daher entsprechend konkretisiert werden.

Im ersten Vorentwurf (März 2008) war noch vorgesehen, dass der Versicherer weitergehende Auskünfte nur in jenen Fällen, in denen der Vertragsabschluss weniger als 3 Jahre zurückliegt, einholen darf. Diese

3-Jahresfrist ist im gegenständlichen Entwurf nicht mehr enthalten. Hier kann vermutet werden, dass aufgrund der Bestimmung des § 178k VersVG, wonach wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten oder den Vertrag kündigen kann, sofern seit dem Abschluss drei Jahre verstrichen sind, von der Aufnahme der 3-Jahresfrist in den § 11b Abs. 2 Z. 3 des Entwurfes Abstand genommen wurde. In diesem Zusammenhang wird jedoch angeregt, zumindest einen Verweis auf den angeführten § 178k VersVG aufzunehmen.

Eine Ausfertigung dieser Stellungnahme wird unter einem auch dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Für die Landesregierung:

Dr. Liener
Landesamtsdirektor