



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung"

Forschungsbericht Nr. 2/96

Auskünfte: Claude Voegeli
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 43
3003 Bern
Tel. 031 / 322 91 44

Vertrieb: Bundesamt für Sozialversicherung
Informationsdienst
Effingerstrasse 31
3003 Bern

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung
CH-3003 Bern
Auszugsweiser A bdruck – ausser für kommerzielle
Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines
Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversi-
cherung gestattet.

Bestellnummer: 96.567

BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG

**Bericht der Arbeitsgruppe
"Datenschutz und Analysenli-
ste/Krankenversicherung"**

Bern, Juli 1996

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
11	Ausgangslage	2
12	Einsetzung und Auftrag der Arbeitsgruppe	2
13	Beratungen der Arbeitsgruppe im allgemeinen	3
2	Änderung der Analysenliste	4
21	Problem	4
22	Prüfung	4
23	Entscheid	6
3	Datenschutz und Krankenversicherung im allgemeinen	7
31	Höchstdauer für die Aufbewahrung der Belege und Rückfragen	8
32	Rolle der Vertrauensärzte oder -ärztinnen	11
33	Aufgabenübertragung an den Arbeitgeber oder an die Arbeitgeberin und Kollektivversicherung	14
34	Betriebskrankenkassen	18
35	Information über den Datenschutz in der Krankenversicherung	19
36	Prädisposition für Krankheiten	20
37	Trennung zwischen den Versicherungszweigen	22
4	Vorschlag	25

Hinweis

Der folgende Bericht ist das Ergebnis von Diskussionen, die im Rahmen einer Arbeitsgruppe vor dem Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes sowie vor der Verabschiedung der Hauptverordnung stattgefunden haben. Dieser bezieht sich jedoch bereits auf die Bestimmungen des neuen Gesetzes und ist somit noch immer aktuell.

Der Bericht befasst sich mit dem Thema Datenschutz in der Krankenversicherung, jedoch hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt der Risiken einer Diskriminierung von Patienten.

Mit Ausnahme der Analysenliste beschränkt er sich auf die Formulierung von Thesen und ist nicht abschliessend. Er wurde als Diskussionsgrundlage konzipiert und schlägt in seiner Schlussfolgerung vor, eine Expertengruppe damit zu beauftragen, die Problematik zu vertiefen sowie konkrete Vorschläge auszuarbeiten. Die Einsetzung einer solchen Kommission ist in Vorbereitung.

Der Bericht wurde in Französisch verfasst und ins Deutsche übersetzt.

BERICHT DER ARBEITSGRUPPE "DATENSCHUTZ UND ANALYSENLISTE / KRANKENVERSICHERUNG"

1 Einleitung

11 Ausgangslage

Nach mehreren Jahren Arbeit, an denen alle interessierten Kreise beteiligt waren, wurde dem Eidgenössischen Departement des Innern eine komplett revidierte Analysenliste zur Genehmigung unterbreitet, die am 1. Januar 1994 in Kraft treten konnte. Ende Dezember 1993 hat jedoch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) den Datenschutzbeauftragten um einen Aufschub der Inkraftsetzung dieser Liste ersucht, da sie nicht in jedem Punkt den Anforderungen des Datenschutzes gerecht werde. Im Einverständnis mit dem Datenschutzbeauftragten hat das Eidgenössische Departement des Innern entschieden, die Inkraftsetzung der neuen Analysenliste nicht aufzuschieben, dafür aber die Frage in bezug auf den Datenschutz durch eine Arbeitsgruppe mit Vertretern der einzelnen Interessenskreise prüfen zu lassen.

Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis der Beratungen der Arbeitsgruppe.

12 Einsetzung und Auftrag der Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe wurde gestützt auf einen Entscheid des Departements des Innern vom 25. April 1994 eingesetzt. Aufgabe und Zusammenstellung sind in diesem Dokument, das dem vorliegenden Bericht beigelegt ist, definiert. Der Auftrag kann wie folgt zusammengefasst werden:

Punkt 1: Änderung der Analysenliste, spätestens bis zur Neuerscheinung vom 15. März 1995, damit sie den Anforderungen des Datenschutzes besser entspricht.

Punkt 2: Prüfung von Möglichkeiten zur Verbesserung des Datenschutzes in der Krankenversicherung im allgemeinen.

13 Beratungen der Arbeitsgruppe im allgemeinen

Die Arbeitsgruppe hielt 1994 insgesamt vier Sitzungen von einem halben Tag ab. Das Bundesamt für Sozialversicherung erarbeitete anschliessend einen Berichtsentwurf, der den Mitgliedern der Arbeitsgruppe im März 1995 unterbreitet und in einer Sitzung, die am 31. Mai 1995 stattfand, genehmigt wurde (vorliegender Bericht).

Anlässlich der Sitzung vom 26. August 1994 hatte die Arbeitsgruppe bereits die an der Analysenliste angebrachten Änderungen gutgeheissen und somit Punkt 1 des Auftrages erfüllt.

Bei allen Sitzungen stand der Interessenskonflikt zwischen dem Persönlichkeitsschutz der Versicherten und dem Informationsbedarf der Versicherer im Vordergrund. Die Angaben über die Gesundheit einer Person sind besonders schützenswerte Personendaten im Sinne des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (siehe Art. 3 Bst. c Ziff. 2). Es gilt deshalb, den Zugriff auf diese Daten einzuschränken, um die Privatsphäre der Betroffenen zu schützen, dies um so mehr, als eine Weitergabe dieser Daten in gesellschaftlicher wie auch in beruflicher Hinsicht nachteilige Folgen haben kann. Bestimmte Krankheiten oder Krankheitsrisiken können denn auch tatsächlich zu einer Art gesellschaftlichem Ausschluss führen (z. B. bei Geschlechts- oder Erbkrankheiten), ungerechtfertigte Ansteckungsängste hervorrufen (z. B. AIDS) oder gar eine Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt zur Folge haben, hervorgerufen durch wirtschaftliche Überlegungen (z. B. Krebserkrankungen, AIDS). Versicherer, insbesondere in der sozialen Krankenversicherung sind auf der anderen Seite verpflichtet, die Rechtmässigkeit der Leistungsbegehren zu prüfen. Sie haben insbesondere darauf zu achten, dass der fakturierte Preis der Leistung entspricht und diese im Sinne von Artikel 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Diese Kontrolle erstreckt sich auch auf die Qualität der Leistungen. Dazu kommt, dass in Artikel 42 KVG verlangt wird, dass die Rechnungen der Leistungserbringer transparent sein müssen. Bei der Taggeldversicherung, bei der Versicherungsvorbehalte für bestehende oder rezidivierende Krankheiten angebracht werden können, hat der Aufnahmebewerber oder die Aufnahmebewerberin im allgemeinen eine Beitrittserklä-

zung auszufüllen, die alle Angaben über bestehende oder vorbestehende Krankheiten enthalten muss. Einen solchen Fragebogen muss auch ausfüllen, wer eine Zusatzversicherung abschliessen will, da der Versicherer die Möglichkeit hat, die Bewerbung abzulehnen oder einen Versicherungsvorbehalt anzubringen. Angesichts dieser unterschiedlichen Interessen konnte die Arbeitsgruppe nur pragmatisch vorgehen, ohne bestimmte Lösungsmöglichkeiten auszuschliessen, die Gesetzesänderungen voraussetzen würden.

Es wurde ebenfalls hervorgehoben, dass Listen als solche (z.B. die Analysenliste) in bezug auf den Datenschutz problematisch sind.

2 Änderung der Analysenliste

21 Problem

Die Weitergabe von Informationen über die Durchführung von bestimmten Analysen, insbesondere in bezug auf deren Ergebnisse, kann sich für die Versicherten als nachteilig erweisen, insofern als ihre Verbreitung an Dritte stigmatisierende oder diskriminierende Auswirkungen haben kann. Bereits das Wissen darum, dass eine Person gewisse Analysen durchführen lassen musste, kann solche Reaktionen auslösen. Andererseits benötigt der Versicherer die fraglichen Informationen, wie wir unter Ziffer 13 gesehen haben. Es ging also darum, eine Lösung zu finden, die alle hier aufgeführten Erfordernisse miteinbezieht.

22 Prüfung

Bei der Prüfung von Punkt 1 des Auftrages beschränkte sich die Arbeitsgruppe auf das im Rahmen der Analysenliste sowie im gesetzlichen Rahmen des KVG Mögliche. Die Probleme in bezug auf andere Leistungen als Analysen, die eventuelle Massnahmen in gesetzgeberischer Hinsicht zur Folge hätten, wurden unter Punkt 2 des Auftrages behandelt (siehe Ziffer 3 des vorliegenden Berichtes).

Die Hauptschwierigkeit, die durch die Analysenliste hervorgerufen wird, liegt darin, dass die durchgeführten Analysen durch das entsprechende Labor genau gekennzeichnet werden müssen, damit der Versicherer prüfen kann, ob die Rechnung mit der Analysenliste übereinstimmt. Dies ist umso heikler, als einige Positionen dieser Liste es erlauben, die Ergebnisse einer Analyse zu kennen, so z.B. wenn bei einem ersten positiven Test ein Bestätigungstest durchzuführen ist. Zwar sieht Artikel 83 KVG eine Schweigepflicht vor, aber es ist allgemein bekannt – auch unter den Mitgliedern der Arbeitsgruppe – dass dieser Schutz in Wirklichkeit ungenügend ist. Deshalb wurde vorgeschlagen, einige Positionen der Analysenliste zu anonymisieren und den Vertrauensarzt des Versicherers einzuschalten, sobald eine entsprechende Position auf einer Laborrechnung aufgeführt ist.

Dieser Vorschlag wurde lange diskutiert. Es war klar, dass es in erster Linie darum ging, Personen zu schützen, die sich einem HIV-Test unterzogen hatten. Doch hätte die Anonymisierung von nur diesen Tests genau das Gegenteil des angestrebten Zieles bewirkt, denn es wäre so leicht gewesen, diese Tests zu identifizieren. Es war zudem sinnvoll, auch andere Tests zu anonymisieren, die Erkrankungen betreffen, die ebenfalls gesellschaftliche und berufliche Nachteile mit sich bringen können, die mit denen der HIV-Infektion vergleichbar sind (z. B. Geschlechts- und bestimmte Krebskrankheiten). Weiter musste darauf geachtet werden, dass auf eine bestimmte Anzahl Taxpunkte einer anonymen Position nicht nur eine einzige Analyse kommt, denn sonst wäre eine Identifikation ebenfalls leicht gewesen. Nach diesen Grundsätzen hat Professor Riesen, als Mitglied der Arbeitsgruppe, eine Liste mit anonymen Positionen erstellt, die von der Arbeitsgruppe sowie von der Eidgenössischen Arzneimittelkommission gutgeheissen wurde.

Da es nicht darum gehen darf, dass die Versicherer ohne weiteres eine Laborrechnung begleichen, musste für sie eine Möglichkeit geschaffen werden, die Rechnungen mit anonymen Positionen durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüfen zu lassen. Nach dieser Prüfung gibt der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin der Verwaltung des Versicherers einen positiven oder negativen Bescheid.

23 **Entscheid**

Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen hat die Arbeitsgruppe folgende Änderungen der Analysenliste mit Gültigkeit ab dem 15. März 1995 (Beilage) gutgeheissen. Diese Fassung wurde vom Departement des Innern genehmigt.

Ziffer I/3 der Vorbemerkungen wurde folgender Absatz hinzugefügt: "Für Analysen, die mit einem Stern (*) versehen sind, hat das Laboratorium auf der Rechnung nur die anonymen Positionsnummern (siehe Kapitel 8.2. *Anonyme Positionen*) zu vermerken, ohne die Analyse zu benennen. Die Krankenkasse kann nur durch ihren Vertrauensarzt vom Laboratorium eine Benennung der Analyse verlangen. Das Laboratorium seinerseits darf diese Benennung nur an den Vertrauensarzt weiterleiten".

Ziffer III/8 der Vorbemerkungen wurde folgender Absatz hinzugefügt: "Enthält die Rechnung des Laboratorium eine anonyme Position (siehe Art. I/3, Abs. 2), kann die Krankenkasse die ärztliche Verordnung nur über ihren Vertrauensarzt anfordern. Das Laboratorium darf die ärztliche Verordnung nur an den Vertrauensarzt weiterleiten".

In der *ganzen Analysenliste* sind alle Analysen, die auf der Rechnung nur durch eine anonyme Position vermerkt werden dürfen, mit einem Stern gekennzeichnet.

Das *Kapitel 8* der Analysenliste mit dem Titel "Übrige" wurde durch die *Ziffer 8.1. Anonyme Positionen*, die eine Liste dieser Positionen enthält, ergänzt. Jede anonyme Position (rechte Kolonne) entspricht einer Anzahl Taxpunkte. Um die Aufgabe der Laboratorien zu erleichtern, wurden alle Analysen, die in der eigentlichen Analysenliste mit einem Stern gekennzeichnet sind, hier erneut aufgeführt, mit der entsprechenden anonymen Position.

Verschiedene andere Anpassungen in bezug auf die Form, die durch diese Änderungen notwendig geworden sind, wurden ebenfalls angebracht.

3 **Datenschutz und Krankenversicherung im allgemeinen**

Angesichts ihrer Zusammensetzung sowie der ihr auferlegten Frist wurde sich die Arbeitsgruppe bewusst, dass es ihr nicht möglich sein wird, Punkt 2 des Auftrages zu erfüllen, indem sie bereits verbindliche und konkrete Vorschläge macht, z. B. in Form von Gesetzesbestimmungen. Hingegen bemühte sich die Arbeitsgruppe, näher zu erforschende Wege aufzuzeigen, die zu solchen Vorschlägen führen könnten. Deshalb werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppe in Form von provisorischen und nicht verbindlichen Thesen vorgestellt.

Daher hat sich die Arbeitsgruppe auf sieben Themen, die sie als die wichtigsten erachtete, konzentriert. Sie gibt demzufolge keineswegs vor, alle Bereiche abgedeckt zu haben.

Die Arbeitsgruppe hat sich grundsätzlich auf die soziale Krankenversicherung beschränkt. Sie ist aber der Ansicht, dass rein private Versicherungen, die eine soziale Funktion erfüllen, zumindest generell den gleichen Datenschutzbestimmungen unterliegen sollten wie die Sozialversicherungen. Dies trifft namentlich für die nicht durch das KVG geregelte Taggeldversicherung zu, da diese in der Schweiz nicht obligatorisch ist. Vom Bundesamt für Privatversicherungswesen und dem Datenschutzbeauftragten müsste daher geprüft werden, welche Massnahmen im Bereich der Privatversicherung (nicht durch das KVG geregelte Taggeldversicherung, Zusatzversicherungen und "weitere Versicherungsarten" im Sinne von Art. 12 Abs. 2 *in fine* KVG) zu ergreifen sind.

Selbstverständlich beziehen sich die folgenden Betrachtungen auf das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung, das am 1. Januar 1996 in Kraft treten wird.

31 **Höchstdauer für die Aufbewahrung der Belege und Rückfragen**

311 *Problem*

Der Versicherer hat die Möglichkeit, sich auf frühere Belege, namentlich auf Rechnungen zu stützen oder Auskünfte über frühere Krankheitsfälle beim behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin einzuholen, um eine Anzeigepflichtverletzung des Versicherten geltend zu machen und somit einen rückwirkenden Vorbehalt anzubringen. Er kann diese Informationen auch dazu verwenden, eine Zusatzversicherung abzulehnen, deren Erhöhung zu verweigern oder einen Versicherungsvorbehalt in der KVG-Taggeldversicherung anzubringen. Um die durch dieses Eindringen in die Privatsphäre auftretenden Folgen, die von einigen Mitgliedern der Arbeitsgruppe als diskriminierend eingestuft wurden, einzuschränken, wurde vorgeschlagen, eine Höchstdauer für die Akteneinsicht sowie für das Recht auf Rückfragen beim behandelnden Arzt oder bei der behandelnden Ärztin festzulegen.

312 *Prüfung*

Gemäss Obligationenrecht verjähren die Forderungen mit Ablauf von fünf Jahren. Das heisst, dass alle damit verbundenen Belege, vor allem Rechnungen, während fünf Jahren aufbewahrt werden sowie alle Rückfragen, die diese Forderungen betreffen, während dieser Zeit ermöglicht werden müssen. Diese Mindestdauer wurde von der Arbeitsgruppe nicht in Frage gestellt. Man war jedoch der Ansicht, dass eine allfällige Höchstdauer fünf Jahre nicht übersteigen sollte.

Es kann aber vorkommen, dass ein Leistungserbringer seine Rechnung erst relativ lange nach der Behandlung stellt oder die versicherte Person – im System des "Tiers garant" – diese erst nach einiger Zeit dem Versicherer weiterleitet. Die Arbeitsgruppe hat diese Situationen berücksichtigt und schlägt deshalb vor, dass die Höchstdauer von dem Moment an gilt, in dem der Versicherer die Rechnung erhält.

Es ist möglich, dass der Versicherer ebenfalls im Zusammenhang mit einem Rechtsstreit über die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung Rechnungen kon-

sultieren oder Zusatzauskünfte einholen muss. Da ein solches Verfahren mehr als fünf Jahre dauern kann, sollte für diese Fälle eine Ausnahmeregelung vorgesehen werden.

Die Tatsache, dass eine Höchstdauer es schwieriger machen würde, einen rückwirkenden Versicherungsvorbehalt anzubringen, stellt kaum ein Problem dar, denn in der KVG-Taggeldversicherung (siehe Art. 69 Abs. 2) fallen Versicherungsvorbehalte spätestens nach fünf Jahren dahin (die Frage stellt sich in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht mehr, denn dort gibt es keine Versicherungsvorbehalte mehr).

Im Hinblick auf den Datenschutz wirft die Möglichkeit, zusätzliche Auskünfte beim behandelnden Arzt zu verlangen, zwei Fragen auf:

- a) muss die versicherte Person darüber informiert werden?
- b) hat sie das Recht sich dem zu widersetzen?

Zu a): Die versicherte Person muss über jegliche Weitergabe von besonders sensiblen Angaben informiert werden. Die Durchführungsmodalitäten dieses Grundsatzes werden von den Vertragspartnern (Versicherer, Leistungserbringer) geregelt. Der Patient oder die Patientin muss in jedem Fall über das Recht informiert werden zu verlangen, dass medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin bekanntgegeben werden (Art. 42 Abs. 5 KVG). Wurde von diesem Recht Gebrauch gemacht, so ist der Patient oder die Patientin über jeglichen Austausch solcher Angaben zu informieren.

Zu b): Es scheint nicht, dass sich die Versicherten Rückfragen seitens des Versicherers beim behandelnden Arzt widersetzen können, soweit der Versicherer die Informationen für die Durchführung der Versicherung benötigt. Doch es sollte anerkannt werden, dass, wenn die versicherte Person verlangt hat, dass die medizinischen Angaben ausschliesslich dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin bekanntgegeben werden, der Versicherer nur über den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin Zusatzauskünfte beim behandelnden Arzt oder bei der behandelnden Ärztin verlangen kann und nur der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin diese Auskünfte zu erhalten hat.

313 *Thesen*

a) Die Versicherer haben die Rechnungen fünf Jahre nach Erhalt zu vernichten und dürfen beim behandelnden Arzt oder bei der behandelnden Ärztin nach Ablauf dieser Frist keine zusätzlichen Auskünfte mehr einholen. Das gleiche gilt für Belege, die mit diesen Rechnungen und Auskünften in Zusammenhang stehen (interne Mitteilungen, Korrespondenz, usw.), und zwar unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt der Versicherer diese erhalten oder ausgestellt hat.

b) Wurde bei einem Rechtsstreit ein Verfahren vor Ablauf der unter a) festgelegten Frist eingeleitet, kann diese bis zum rechtskräftigen Urteil verlängert werden.

c) Die versicherte Person muss über jegliche Weitergabe von besonders sensiblen Angaben informiert werden. Die Durchführungsmodalitäten dieses Grundsatzes werden von den Vertragspartner geregelt. Der Patient oder die Patientin muss in jedem Fall über das Recht informiert werden zu verlangen, dass medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin bekanntgegeben werden.

d) Die Versicherten, welche die Bekanntgabe an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin verlangt haben, müssen über jeden Informationsaustausch medizinischer Art zwischen dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin und dem Vertrauensarzt bzw. der Vertrauensärztin informiert werden, es sei denn, sie haben ausdrücklich auf diese Information verzichtet.

32 Rolle der Vertrauensärzte oder -ärztinnen

321 *Probleme*

Lehnt der Versicherer eine Leistung ab, hat er die Gründe für diese Ablehnung vorzubringen. In den Fällen, in denen nur der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin im Besitz der durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin gelieferten Daten ist, kann der Versicherer seine Ablehnung nur begründen, wenn der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin ihm diese Informationen übermittelt. Wie kann man also verhindern, dass die Filterfunktion der Vertrauensärzte und -ärztinnen in solch einer Situation zunichte gemacht wird?

Andererseits ist die Unabhängigkeit der Vertrauensärzte und -ärztinnen noch nicht genügend gewährleistet.

322 *Prüfung*

Beabsichtigt der Versicherer, eine Leistung abzulehnen, so teilt er dies zuerst der versicherten Person informell in einem Brief, der keine Begründung enthalten muss, mit. Ist die versicherte Person damit nicht einverstanden, kann sie eine formelle Verfügung verlangen, die begründet sein muss. In den meisten Fällen wird jedoch diese Uneinigkeit durch eine direkte Kontaktaufnahme zwischen der versicherten Person und dem Versicherer noch im informellen Stadium bereinigt. Verlangt die versicherte Person eine formelle Verfügung, müsste sie logischerweise den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin vom Arztgeheimnis gegenüber dem Versicherer entbinden, damit dieser die Ablehnung begründen kann. Auf den ersten Blick scheint es jedoch möglich zu sein, dass der Versicherer den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin, die nicht vom Arztgeheimnis entbunden wurden, verpflichtet, der versicherten Person auf Verlangen schriftlich die medizinischen Gründe für die Ablehnung der Leistung mitzuteilen. Ein solches Verfahren ist jedoch kaum wünschenswert, wenn man bedenkt, dass gegen eine formelle Verfügung oft Einsprache erhoben, und wenn die Verfügung bestätigt wird, vor dem zuständigen Gericht Beschwerde eingereicht wird. Die Versicherten müssen sich bewusst sein, dass spätestens beim Prozess bestimmte Tatsachen preisgegeben wer-

den müssen, und der Fall an den Versicherer zur erneuten Prüfung auf der Grundlage dieser Tatsachen zurückgewiesen werden kann. Man darf sich in dem Zusammenhang fragen, ob und wann die Versicherten nicht zu einer Zusammenarbeit bei der Tatsachenerstellung verpflichtet sind, d. h. den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin vom Arztgeheimnis entbinden müssen.

Würde ein Versicherer die Übernahme einer Leistung nur ablehnen, um die Aufhebung des Arztgeheimnisses zu erreichen, so wäre dies gesetzwidrig und würde gegen die Regelung in Artikel 42 Absatz 5 KVG verstossen. In solch einem Fall müsste die Aufsichtsbehörde einschreiten.

In bezug auf den Status gegenüber den Versicherern sind die Vertrauensärzte und -ärztinnen - gemäss Gesetz - in der Ausübung ihrer Tätigkeit frei (Art. 57 Abs. 5 KVG). Die Arbeitsgruppe möchte aber unterstreichen, dass die Kollision zwischen der Entscheidungsautonomie und der wirtschaftlichen Abhängigkeit der Vertrauensärzte und -ärztinnen von den Versicherern wichtige Probleme aufwirft. Dabei ist es unerheblich, ob die Vertrauensärzte und -ärztinnen im Arbeits- oder Auftragsverhältnis tätig sind. Diese Frage muss weiter vertieft werden. Vorderhand hat sich die Arbeitsgruppe darauf beschränkt, die Anhörung des Kantonsarztes oder der Kantonsärztin (neutrale Stelle) bei der Wahl der Vertrauensärzte und -ärztinnen vorzuschlagen.

Gegenüber dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin des Versicherten darf der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nicht die Funktion eines Betriebs- oder Arbeitsarztes ausüben. Mit anderen Worten: Es steht ausser Frage, dass der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin für das gleiche Unternehmen Einstellungsuntersuchungen durchführt, die mit der Krankenversicherung nicht in Zusammenhang stehen (z. B. um die Eignung für die ausgeschriebene Stelle zu prüfen) oder im entsprechenden Unternehmen für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz verantwortlich ist.

Die Versicherer haben den Versicherten und den behandelnden Ärzten und Ärztinnen Namen und Adresse der Vertrauensärzte und -ärztinnen klar mitzuteilen. Sämtliche Schreiben, die an einen Vertrauensarzt oder an eine Vertrauensärztin adressiert sind, sind von diesen persönlich (oder durch ihre Assi-

stenten und Assistentinnen) zu öffnen, auch wenn diese Angestellte des Versicherers ist.

323 *Thesen*

a) Die Vertrauensärzte und -ärztinnen dürfen Daten über Versicherte, die ihnen anvertraut wurden, dem Versicherer nicht weiterleiten, es sei denn die versicherte Person habe sie schriftlich vom Arztgeheimnis entbunden. Solange der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nicht vom Arztgeheimnis entbunden ist, hat der Versicherer, der eine Leistung durch eine Verfügung ablehnt oder eine solche Verfügung bestätigt, den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin zu verpflichten, der versicherten Person, auf deren Anfrage, die medizinischen Gründe anzugeben, die zur Ablehnung der Leistungsübernahme geführt haben.

b) Die Vertrauensärzte und -ärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen (Art. 57 Abs. 4 KVG). Sie sind in der Ausübung ihrer Tätigkeit unabhängig (Art. 57 Abs. 5 KVG), selbst wenn sie beim Versicherer angestellt sind; die mit der wirtschaftlichen Abhängigkeit der Vertrauensärzte und -ärztinnen (angestellt oder beauftragt) verbundenen Probleme müssen aber noch geprüft werden. Der Kantonsarzt oder die Kantonsärztin ist bei der Wahl des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin ebenfalls anzuhören. Geben Vertrauensärzte oder Vertrauensärztinnen dem Versicherer medizinische Angaben weiter, müssen sie sich auf das Notwendige beschränken und die Privatsphäre der Versicherten respektieren (Art. 57 Abs. 7 KVG); sämtliche an sie adressierten Briefe dürfen nur durch sie persönlich (oder einen Assistenten bzw. eine Assistentin) geöffnet werden, auch wenn diese Angestellte des Versicherers sind.

c) Die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen haben in Ausstand zu treten, wenn sie als Betriebs- oder Arbeitsarzt für den Arbeitgeber der versicherten Person tätig sind.

d) Die Versicherer haben den Namen sowie die Adresse ihrer Vertrauensärzte oder -ärztinnen den Versicherten und den behandelnden Ärzten und Ärztinnen bekanntzugeben. Mehrere Versicherer können denselben Vertrauensarzt oder

dieselbe Vertrauensärztin haben oder eine Gruppe von Vertrauensärzten und -ärztinnen hinzuziehen.

33 Aufgabenübertragung an den Arbeitgeber oder an die Arbeitgeberin und Kollektivversicherung

331 *Problem*

Artikel 63 KVG erlaubt es den Versicherern, bestimmte Aufgaben an den Arbeitgeber oder an die Arbeitgeberin zu delegieren. Dies ist vor allem bei der Kollektivversicherung der Fall, die auch in der KVG-Taggeldversicherung und den Zusatzversicherungen noch möglich ist. Je nach Abmachung zwischen Versicherer und Arbeitgeber oder Arbeitgeberin hat dieser oder diese einen mehr oder weniger grossen Einblick in persönliche Daten der Krankenversicherung, die er oder sie bei der Einstellung und während der Beschäftigungszeit eines Arbeitnehmers oder einer Arbeitnehmerin verwenden könnte. Die Übertragung von Aufgaben an den Arbeitgeber oder an die Arbeitgeberin, namentlich im Rahmen der Kollektivversicherung kann somit Diskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt mit sich ziehen.

332 *Prüfung*

Die Aufgabenübertragung an Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sowie die Kollektivversicherung bringen gewisse Vorteile mit sich, vor allem in administrativer Hinsicht (Erhalt von Krankmeldungen, Taggeldauszahlungen usw.). Doch diese Vorteile dürfen die Thematik des Persönlichkeitsschutzes der Arbeitssuchenden sowie der Angestellten nicht verdrängen. Aus diesem Grund sollte der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin keinen Zugang zu medizinischen Daten haben. So dürfte bei einem Krankheitsfall der Arbeitgeber nur gerade über die Dauer des Arbeitsausfalles Auskunft erhalten. Auf keinen Fall dürfte er oder sie die Rückerstattung von Pflegeleistungen übernehmen. Weiter sollte er oder sie weder über die Gründe für einen Versicherungsvorbehalt, noch über diejenigen für die Ablehnung einer Versicherung informiert werden. Ist aufgrund der Art der Beschäftigung sowie aus Gründen des betrieblichen Gesundheitsschutzes eine ärztliche Untersuchung notwendig, sollte der Ar-

beitgeber bzw. die Arbeitgeberin diese unabhängig von der Krankenversicherung durchführen lassen.

Da der Versicherer im allgemeinen bei einem Kollektivvertrag nicht jede einzelne versicherte Person kennt, wurde vorgeschlagen, dass die Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen den Angestellten, die sie über eine Krankheit informieren, ein Formular abgeben, das diesen erlaubt, direkt mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

Die blossе Tatsache, dass ein Versicherungsvorbehalt angebracht ist, sollte ebenfalls nicht dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin mitgeteilt werden, denn diese Information kann sich für den Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin in beruflicher Hinsicht, insbesondere bei der Anstellung, als nachteilig erweisen. Bei Abschluss eines Kollektivversicherungsvertrages für die Belegschaft weiss der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin, dass gestützt auf Artikel 324a des Obligationenrechts der Lohn auch fortzuzahlen ist, wenn der Grund für die Arbeitsunfähigkeit eine vorbehaltene Krankheit ist. Die Prämie wird denn auch dementsprechend berechnet. Es gibt also keinen Grund, ihn oder sie von Anfang an über einen Versicherungsvorbehalt, der bei einem oder einer bestimmten Angestellten angebracht wurde, aufzuklären. Dies ist umso weniger notwendig, als die betroffene Person vielleicht aufgrund der fraglichen Krankheit gar nicht mehr abwesend sein wird oder auch keinen Rückfall mehr erleidet.

Hingegen ist nicht zu vermeiden, dass der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin von einem Versicherungsvorbehalt erfährt, sobald der Lohn anstelle des Taggeldes des Versicherers auszubezahlen ist. Doch zumindest hat dies keinen Einfluss bei der Anstellung gehabt. Wohl kann es aber für den Arbeitnehmer oder die Arbeitgeberin Nachteile mit sich bringen, wenn der Versicherungsvorbehalt bekannt wird. So könnte zum Beispiel der Arbeitgeber oder die Arbeitnehmerin einem Arbeitnehmer oder einer Arbeitnehmerin nach Ablauf der in Artikel 336c Absatz 1 Buchstabe b des Obligationenrechts festgelegten Schutzfrist kündigen, aus Angst, dass diese Person Rückfälle haben könnte. Dieses Risiko ist unwiderruflich mit dem Versicherungsvorbehalt, wie wir ihn in der KVG-Taggeldversicherung sowie den Zusatzversicherungen kennen,

verbunden. In der Taggeldversicherung könnte dieses Problem mit einem Obligatorium gelöst werden.

In Anbetracht der Tatsache, dass die Kollektivversicherung eng an das Arbeitsverhältnis geknüpft ist – was zu Diskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt führt –, ist die Arbeitsgruppe der Meinung, dass ein Verbot jeglicher Massnahmen der Risikoselektion in der Kollektivversicherung gerechtfertigt wäre, wie dies vom Europarat empfohlen wird. Zumindest sollte die Möglichkeit eines solchen Verbotes ernsthaft geprüft werden. Sie kann unabhängig von der Frage des Versicherungsobligatoriums geprüft werden.

Was das Problem der Ablehnung beim Abschluss oder der Erhöhung einer Versicherung anbelangt, so stellt es sich nur bei der Zusatzversicherung (in der KVG-Taggeldversicherung müssen alle Bewerber gemäss dem Grundsatz der Gleichbehandlung aufgenommen werden). Es obliegt demzufolge dem Bundesamt für Privatversicherungswesen sowie dem Datenschutzbeauftragten zu prüfen, ob analoge Überlegungen zu den hier über die Versicherungsvorbehalte in der Sozialversicherung aufgeführten auch in diesem Bereich angebracht werden könnten. Dabei wäre zu prüfen, ob die privatrechtlichen Taggeldversicherungen ebenfalls in den Geltungsbereich des Gesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts integriert werden müssten.

Es ist jedoch in Erinnerung zu rufen, dass der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin immer die Möglichkeit hat, eine ärztliche Untersuchung ausserhalb des Bereichs der Krankenversicherung durchführen zu lassen, sei es um die Eignung für eine bestimmte Beschäftigung festzustellen oder um den Sicherheits- und Gesundheitsschutzanforderungen zu genügen. Es wäre deshalb wünschenswert, zu prüfen, in wie weit diese anderen Untersuchungen Persönlichkeitsschutzbestimmungen unterworfen werden können. Eine solche Prüfung betrifft sowohl das öffentliche und private Arbeitsrecht (Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit sowie das Bundesamt für Justiz) als auch den Datenschutz (Datenschutzbeauftragter).

333 *Thesen*

- a) Der Versicherer darf dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin (oder seinen/ihrer Vertretern und Vertreterinnen) keine Informationen weiterleiten, die die Privatsphäre der Beschäftigten betreffen und ihm oder ihr auch keine Aufgaben übertragen, die es erlauben könnten, an solchen Informationen zu gelangen. Dies gilt auf jeden Fall für medizinische Daten.
- b) Der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin darf weder mit der Überprüfung der Rechnungen der Leistungserbringer beauftragt werden noch die Rückzahlung der Pflegeleistungen im Auftrag des Versicherers übernehmen.
- c) Der Versicherer darf dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin die Gründe für das Anbringen eines Versicherungsvorbehaltes sowie für die Ablehnung einer Zusatzversicherung oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung nicht weiterleiten.
- d) Wenn der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin auf der Grundlage von Artikel 63 KVG beauftragt wird, Krankmeldungen entgegenzunehmen, muss er oder sie dafür sorgen, dass die Versicherten direkt mit dem Versicherer Kontakt aufnehmen (Aushändigen eines zu diesem Zweck vorgesehenen Formulars).
- e) Der Versicherer darf den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin nicht beauftragen, Meldungen für Krankheiten, die keine Arbeitsunfähigkeit mit sich ziehen, entgegenzunehmen. Im Kollektivversicherungsvertrag muss der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin oder der Versicherer verpflichtet werden, die Belegschaft klar darüber zu informieren, dass man sich in diesen Fällen direkt beim Versicherer melden kann. Wendet sich jemand trotzdem an den Arbeitgeber oder an die Arbeitgeberin, ist wie unter d) beschrieben vorzugehen.
- f) Der Versicherer hat den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin erst über das Bestehen eines Versicherungsvorbehaltes zu informieren, wenn aufgrund des Vorbehaltes der Lohn anstelle des Krankengeldes auszubezahlen ist.

g) Jegliche Massnahmen der Risikoselektion sind in der Kollektivversicherung untersagt.

h) Das Verhältnis zwischen der Möglichkeit eines Versicherers, eine Versicherung abzulehnen oder zu erhöhen und den Anforderungen des Persönlichkeitsschutzes, ist zu prüfen.

i) Das Verhältnis zwischen der Möglichkeit oder der Verpflichtung des Arbeitgebers, ärztliche Untersuchungen, die nicht mit der Krankenversicherung in Zusammenhang stehen, durchführen zu lassen und den Anforderungen des Persönlichkeitsschutzes, ist zu prüfen.

34 Betriebskrankenkassen

341 *Problem*

Betriebskrankenkassen stellen ein entscheidendes Problem im Zusammenhang mit dem Datenschutz dar. Da sie mit der Direktion des Unternehmens in enger Verbindung stehen oder oft sogar mit ihr identisch sind, stellen diese Krankenkassen Indiskretions- und Diskriminierungsgefahren dar, die nur schwerlich durch die vorher erwähnten Massnahmen bei den Kollektivversicherungen abzuwenden sind.

342 *Prüfung*

Zwar dürften Betriebskrankenkassen über kurz oder lang verschwinden, denn das neue Krankenversicherungsgesetz verpflichtet sie zur Öffnung gegenüber Versicherten, die nicht zum entsprechenden Unternehmen gehören. Aber dies wird nicht von heute auf morgen geschehen. Andererseits könnten die Betriebskrankenkassen für die Taggeldversicherung weiter bestehen bleiben (Art. 68 Abs. 2 KVG).

Die Arbeitsgruppe schlägt nicht vor, die Betriebskrankenkassen abzuschaffen, doch es wurde vorgeschlagen, diese nicht mehr von Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen oder deren Vertretern (Personalchef, usw.) verwalten zu lassen. Mit anderen Worten müsste die Krankenkasse von Personen verwaltet

werden, die keine andere Beziehung mit dem Betrieb haben. Eine weniger strenge Lösung könnte darin bestehen, dass diese Personen nicht gleichzeitig in Führungsorganen des Betriebes arbeiten oder mit der Personalverwaltung zu tun haben. Die Arbeitsgruppe ist sich bewusst, dass solche Anforderungen das Ende der kleinen Betriebskrankenkassen bedeuten dürften. Doch der kommt Gefahr einer Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt durch Betriebskrankenkassen eine solch grosse Bedeutung zu, dass man sich fragen darf, ob der Persönlichkeitsschutz in diesem Zusammenhang nicht im Vordergrund stehen sollte.

343 *These*

Betriebskrankenkassen werden nur anerkannt, wenn sie von Personen geführt werden, die nicht gleichzeitig für das Unternehmen oder zumindest nicht in dessen Personaldienst oder den Führungsorganen des entsprechenden Unternehmens arbeiten.

35 **Information über den Datenschutz in der Krankenversicherung**

351 *Problem*

Es gibt in der Krankenversicherung im Bereich des Datenschutzes ein Informationsdefizit und dies bei allen Partnern: Patienten und Patientinnen, Versicherern, Leistungserbringern usw. Wären alle besser informiert, würde es weniger Unsicherheiten, Missverständnisse und Streitigkeiten geben.

352 *Prüfung*

Die vorherrschende Meinung in der Arbeitsgruppe war, dass sich alle betroffenen Partner treffen sollten, um über diese Frage zu diskutieren. Danach sollten die verschiedenen Organisationen jede in ihren entsprechenden Bereichen die Betroffenen informieren.

353 *Thesen*

a) Nach gemeinsamer Beratung sorgen die Versicherer, die Leistungserbringer, die Patientenschutzorganisationen sowie andere Gesundheitspartner in ihren entsprechenden Bereichen dafür, dass die Betroffenen über ihre Rechte und Pflichten in bezug auf den Persönlichkeitsschutz informiert werden.

b) Schwerpunkt wird die Pflicht der Versicherer und der Leistungserbringer sein, die Versicherten über ihre Rechte in diesem Bereich in Kenntnis zu setzen.

c) Die eidgenössischen Aufsichtsbehörden werden in enger Zusammenarbeit mit dem Datenschutzbeauftragten sowie nach Anhörung der interessierten Kreise Weisungen an die Versicherer über ihre Rechte und Pflichten in diesem Bereich herausgeben, vor allem über ihre Pflicht, die Versicherten aufzuklären und zu beraten (Art. 16 KVG) sowie die Schweigepflicht zu wahren (Art. 83 KVG).

36 Prädisposition für Krankheiten361 *Problem*

Gewisse ärztliche Feststellungen erlauben es, mit Sicherheit oder zumindest mit grosser Wahrscheinlichkeit vorherzusagen, dass eine Krankheit bei einer Person, sei sie schon geboren oder noch nicht, früher oder später ausbrechen wird. Solche Feststellungen, die sich bis heute vorwiegend auf die Vererbung und familiäre Anamnesen stützten (seit kurzem auch auf serologische Tests wie zum Beispiel den HIV-Test), erhalten heute durch die Gentechnologie eine ganz besondere Dimension (prädiktive Tests). Diese Entwicklung wirft die dringliche Frage auf, ob eine Krankheit, die noch nicht ausgebrochen ist oder noch zu keiner Arbeitsunfähigkeit geführt hat, Grund für einen Versicherungsvorbehalt ist oder das Ablehnen des Abschlusses oder der Erhöhung einer Versicherung rechtfertigt.

362 *Prüfung*

Die Arbeitsgruppe war einstimmig der Meinung, dass die Tragweite sowie die Komplexität des Problems ihre Möglichkeiten übersteigt. Deshalb hat sie sich bei ihrer These auf einen Hinweis bezüglich Notwendigkeit einer tiefergreifenderen Prüfung beschränkt. Über die Problematik wurde jedoch diskutiert.

Zuerst wurde daran erinnert, dass das eidgenössische Versicherungsgericht in einem Urteil in bezug auf AIDS entschieden hat, dass die Tatsache, HIV-positiv zu sein, schon eine Krankheit darstellt, selbst wenn die mit AIDS verbundenen Gesundheitsschäden noch nicht manifest sind. Die eindeutige Prädisposition für eine Krankheit scheint also zu genügen. Ob die Gesundheitsbeeinträchtigung (HIV-Infektion) eine Behandlung erfordert oder nicht wäre irrelevant; die Tatsache allein, dass sie eine Behandlung erfordert, wäre ausschlaggebend, auch wenn es diese (noch) nicht gibt.

Die Zukunft wird zeigen, ob diese Rechtsprechung auch für prädiktive oder analoge Tests gilt, vor allem wenn diese nur eine grosse Wahrscheinlichkeit und nicht eine Gewissheit aufzeigen. Aus diesem Grund dürfen keine übereilten Schlüsse gezogen werden. Vorsicht scheint übrigens auch in anderen Ländern geboten zu sein, beispielsweise in Frankreich, wo die Versicherer ein Moratorium angenommen haben, d. h. sie stützen sich vorläufig noch nicht auf prädiktive Tests. Die Arbeitsgruppe ist der Ansicht, dass ein Moratorium in der Schweiz ebenfalls wünschenswert wäre, meint aber, dass früher oder später, gesetzgeberische Massnahmen notwendig sein werden. Es wurde in Erwägung gezogen, dass man im Gesetz festhalten könnte, dass eine Prädisposition nicht dem Begriff der Krankheit entspricht. Doch dies ist mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass die Feststellung einer Prädisposition bereits eine Behandlung nach sich ziehen kann, zum Beispiel mit dem Ziel, den Ausbruch der Krankheit hinauszuschieben oder zu verhindern. Eine Lösung könnte beispielsweise darin bestehen, Versicherungsvorbehalte sowie das Ablehnen des Abschlusses oder der Erhöhung einer Versicherung in solchen Fällen zu verbieten. Zwischen festgestellten aber noch nicht ausgebrochenen Krankheiten und "normalen" Krankheiten entstünde jedoch dadurch eine Diskrepanz. Rechtfertigt der besondere Charakter der prädiktiven Tests eine solch unterschiedliche Behandlung?

Ohne endgültig Stellung zu nehmen, war die Arbeitsgruppe eher der Meinung, dass Erleichterungen für Geburtskrankheiten auch für erworbene Krankheiten gelten sollten.

Prädiktive Tests rufen bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Abschaffung der Vorbehalte) keine Schwierigkeiten hervor, jedoch haben sie Auswirkungen in der KVG-Taggeldversicherung (Vorbehalte) und bei den Zusatzversicherungen (Vorbehalte sowie Verweigerung des Abschlusses oder der Erhöhung von Versicherungen). Was die Zusatzversicherungen anbelangt, wäre es angebracht, dass sich das Bundesamt für Privatversicherungswesen sowie der Datenschutzbeauftragte mit der Frage befassen.

363 *These*

Die durch das Früherkennen von noch nicht ausgebrochenen Krankheiten, namentlich mittels Gentests, aufgeworfenen Fragen sind gründlich zu überprüfen.

37 **Trennung zwischen den Versicherungszweigen**

371 *Problem*

In der Schweiz können Versicherer unter dem gleichen Dach die obligatorische Pflegeversicherung, die KVG-Taggeldversicherung sowie Zusatzversicherungen betreiben. Dies führt dazu, dass die zusammengetragenen Informationen eines Versicherungszweiges in einem anderen ebenfalls benützt werden können, insbesondere um Versicherungsvorbehalte anzubringen (Taggeldversicherung und Zusatzversicherungen) oder den Abschluss bzw. die Erhöhung von Versicherungen (Zusatzversicherungen) abzulehnen. Darüber hinaus haben die Versicherer unter sich die Möglichkeit, Auskünfte über versicherte Personen oder Bewerber und Bewerberinnen auszutauschen. Diese Situation wurde kritisiert, namentlich weil sie indirekte Diskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt ermöglicht.

372 *Prüfung*

Artikel 83 KVG hält fest, dass Personen, die an der Durchführung der sozialen Krankenversicherung beteiligt sind, über die bei der Ausübung dieser Tätigkeit wahrgenommenen Tatsachen gegenüber Dritten Schweigen zu bewahren haben. Hier ist es jedoch so, dass Rechnungen und andere Dokumente, die einen Versicherungsfall betreffen, in der Regel ein Ganzes bilden, das verschiedene Versicherungen betrifft, die der Versicherte bei einem Versicherer abgeschlossen haben kann. Hinzu kommt, dass oft die gleiche Person den gesamten Versicherungsfall behandelt. Auch wenn die Arbeitsgruppe eine grössere Undurchlässigkeit innerhalb eines gleichen Versicherers befürwortet, musste sie deshalb zugestehen, dass dies in der Praxis nur sehr schwer verwirklicht werden kann. Es ist zum Beispiel durchaus verständlich, dass die Grund- wie die Zusatzversicherung eines Versicherten oder einer Versicherten Gegenstand desselben Dossiers bilden.

Indessen ist es unzulässig, Daten zu versicherungsfremden Zwecken zu verwenden oder bekannt zu machen.

Hingegen muss der Informationsaustausch zwischen Versicherern auf das absolut Notwendige beschränkt werden, nicht nur wenn die versicherte Person von mehreren Versicherern für verschiedene Versicherungszweige abgedeckt ist, sondern auch wenn sie den Versicherer wechselt. So sollte bei einem Wechsel des Versicherers der bisherige Versicherer dem neuen Versicherer das Bestehen eines Vorbehaltes nur im Rahmen des Artikels 70 Absatz 2 KVG mitteilen, d.h. ausschliesslich was die KVG-Taggeldversicherung anbelangt.

Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass Vorbehalte bei der Taggeldversicherung sowie bei den Zusatzversicherungen und auch die Freiheit, eine Zusatzversicherung nicht abzuschliessen, durchaus rechtmässig sind. So werden Aufnahmebewerber sowie Versicherte aufgefordert, eine Beitrittserklärung für einen Versicherungszweig wahrheitsgetreu auszufüllen, d.h. allenfalls haben sie Tatsachen anzugeben, die bis anhin nur im Rahmen eines anderen Versicherungszweiges bekannt waren. Auch hier könnte das Problem in der Taggeldversicherung gelöst werden, wenn diese obligatorisch erklärt würde.

373 *These*

Die durch einen Versicherer zusammengetragenen Informationen dürfen einem anderen Versicherer ohne Einwilligung dieser Person nur zugänglich gemacht werden, insofern als sie für die Anwendung von Gesetzesbestimmungen über den Übertritt zu einem anderen Versicherer benötigt werden.

4 Vorschlag

- 41 Die Arbeitsgruppe schlägt dem Eidgenössischen Departement des Innern vor, die Prüfung der Fragen in bezug auf den Datenschutz in der Krankenversicherung weiter zu verfolgen und zu vertiefen im Hinblick auf konkrete Vorschläge, namentlich auf gesetzgeberischer Ebene.
- 42 Zu diesem Zweck sollte eine Expertenkommission eingesetzt werden, bestehend aus Vertretern und Vertreterinnen der interessierten Kreise und geleitet von einer ausserhalb der Verwaltung stehenden Persönlichkeit, zum Beispiel von einem Universitätsdozenten oder einer Universitätsdozentin.
- 43 Insbesondere sollten die Auswirkungen auf die – sich in Bearbeitung befindlichen – Gesetzgebungen über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts und über die Konkretisierung von Artikel 24^{novies} der Bundesverfassung und auf das Privatversicherungsrecht sowie das Arbeitsrecht untersucht werden.
- 44 Die Arbeitsgruppe wünscht, dass das Departement so rasch als möglich die Veröffentlichung des vorliegenden Berichts beschliesst, damit er u.a. bei den Beratungen in den interessierten Organisationen beigezogen werden kann.

Bern, im Juni 1995

Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe

Claude Voegeli

Beilage: – Entscheid über die Einsetzung der Arbeitsgruppe



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO

EINSETZUNGSVERFUEGUNG

Gestützt auf die Richtlinien des Bundesrates vom 3. Juli 1974 für die Bestellung, Arbeitsweise und Kontrolle von ausserparlamentarischen Kommissionen und auf einen Antrag des Bundesamtes für Sozialversicherung wird hiermit eine

Arbeitsgruppe Datenschutz und Analysenliste/Krankenversicherung (ADAK)

als nichtständige Kommission für die Erfüllung der nachstehend umschriebenen Aufgabe eingesetzt.

Ziel

Verbesserung des Persönlichkeitsschutzes und Verringerung des Gefährdungspotentials bei der Weitergabe von Medizinaldaten an Dritte (insbesondere Krankenversicherungen).

Auftrag

1. Prüfung von Möglichkeiten, den Umgang mit der Liste der Analysen mit Tarif, AL, (Art. 1 der Verordnung VIII des Bundesrates vom 30. Oktober 1968 über die Krankenversicherung betreffend die Auswahl von Arzneimitteln und Analysen, SR 832.141.2) in der zum Zeitpunkt dieser Einsetzungsverfügung geltenden Fassung aus Sicht des Bundesgesetzes über den Datenschutz so zu gestalten, daß dabei

- einerseits im Interesse des Datenschutzes weder Anlaß noch Durchführung und Ergebnis der Laboranalyse allgemein erkennbar werden,
- andererseits die jeweilige Krankenkasse sich im Interesse der übrigen Versicherten sowie öffentlich-rechtlicher Kostenträger vor Begleichung der Laborrechnung überzeugen kann, daß die vorgenommene Laboranalyse dem in Rechnung gestellten Taxpunktwert gemäss AL entspricht.

Nicht zu prüfen sind die periodischen AL-Revisionsvorlagen. Sie werden von der Arbeitsgruppe "Permanente Revision der Analysenliste" (PRAL) erstellt und im ordentlichen Verfahren (Aemterkonsultation) dem Eidg. Datenschutzbeauftragten unterbreitet.

2. Ausarbeitung weiterreichender Vorschläge (Sicherungen, Beschränkungen im Datenverkehr unter bestmöglicher Wahrung der öffentlichen Interessen an einer transparenten Kontrolle der Arztrechnung).

Zusammensetzung

Vorsitz

Voegeli, Claude, lic.iur., Chef
Abteilung Krankenversicherung im BSV
031 / 322 91 44

Aerzteschaft

Kuhn, Hanspeter, Fürsprecher
GS FMH,
Elfenstr.18, 3006 Bern;
031 / 351 55 43

Laboratorien (Stellvertr. des Vorsitzenden)	Riesen, Walter F. , Prof. Dr.phil.nat. Präsident der PRAL Kantonsspital, Frobergstr. 3, 9000 St.Gallen; 071 / 26 26 01
Krankenkassen	Wyler, Daniel , lic.iur., KSK, Römerstr. 20, 4500 Solothurn 065 / 204 204
Patientenorganisationen	Schmucki, Peter , Dr.iur., Rechtsanwalt SPO (Stiftung Schweiz. Patienten- Organisationen) Marktgasse 3, Postfach 9004 St.Gallen 071 / 22 44 04
AIDS-Hilfe Schweiz	Charbonney, Roger Chemin du Foron 13 1226 Thonex GE 022/ 342 16 16
Kantone	Amiet, Marianne , lic.iur. (Schweiz.Sanitätsdirektorenkonferenz) Terrassenweg 18, 3012 Bern 031 / 301 21 52
MTK (Medizinertarif-Kommission UVG)	Huwiler, Beat ZMT (Zentralstelle Medizinertarife) Chef Sektion Tarifgrundlagen Fluhmattstr.1, 6002 Luzern 041 / 21 51 11
Eidg. Datenschutzbeauftragter	Grand, Carmen , lic.iur. Wiss. Adjunktin im Sekretariat des DSB; 031 / 322 47 52
Bundesamt für Sozialversicherung	Koch, Pedro , Dr.med., Chef Sektion Medizin; 031 / 322 91 25; Kämpf, Reinhard , Dr.pharm., Chef Sektion Pharma; 031 / 322 90 75 (mit beratender Stimme)
Bundesamt für Justiz	Stegmann, Andrea , Fürsprecherin Wiss. Adjunktin in der Abt. I für Rechtsetzung; 031 / 322 47 77
Bundesamt für Gesundheitswesen	Stutz Steiger, Therese , Dr.med. Leiterin Abt. Gesundheitsförderung Postfach, 3097 Liebefeld 031 / 970 87 28

Arbeitsweise

Die ADAK sucht bei ihren Beratungen einstimmige Beschlüsse zu erzielen. Gegebenenfalls stellt sie Minderheitsstandpunkte dar. Bei Bedarf sind Hearings mit betroffenen Kreisen möglich.

Allfällige Vorschläge sind in ausformulierte Texte (Gesetzes-, Verordnungsstufe, Weisungen) mit Begründung zu kleiden, die insbesondere die genaue Rechtsgrundlage enthält, auf die sich der Vorschlag stützt. Vorschläge im Bereich AL stimmt die ADAK fachtechnisch mit der PRAL ab, bevor sie sie dem BSV unterbreitet. Dieses besorgt ihre Ueberleitung in das ordentliche Verfahren für die AL.

Für das Sekretariat steht das BSV zur Verfügung.

Fristen

Die ADAK übermittelt dem BSV das Ergebnis ihrer Beratungen wie folgt :

Ziffer 1 des Auftrages

1.1 bis spätestens 20. Mai 1994 für die allfällige Berücksichtigung in der ersten AL- Revision auf den 15. September 1994 (Aemterkonsultation der Revisionsvorlage vom 11.- 31.5.94);

1.2 bis spätestens 7. Oktober 1994 für die allfällige Berücksichtigung in der zweiten AL-Revision auf den 15. März 1995 (Plenum der EAK am 2.11.94).

Ziffer 2 des Auftrages (Bericht mit weiterreichenden Vorschlägen) **bis Ende 1994.**

Auftragsdauer

Der Auftrag endet am 31. Dezember 1994.

Verschwiegenheit

Die Verhandlungen, Unterlagen, Protokolle und Vorschläge der ADAK sind vertraulich. Das Departement entscheidet über die Veröffentlichung des Berichtes der ADAK.

Entschädigung

Die Mitglieder, ausgenommen Bedienstete des Bundes, erhalten die gleiche Entschädigung wie die Mitglieder der EAK. Sie richtet sich nach der Verordnung über die Entschädigung für Kommissionsmitglieder, Experten und Beauftragte vom 1. Oktober 1973.

Bern, den 25. April 1994

EIDGENOESSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN



Ruth Dreifuss

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d/i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung).	EDMZ* 318.012.1/96 d
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne