

Hausarbeit in Gesundheitswissenschaften

Thema: **Daten im Gesundheitswesen: Erfassung, Erhebung, Verwendung**

Dozent: **Prof. Dr. Cornelia Behrens**

Name: Martin Bardenhorst

Anschrift: XXX
XXX

Studiengang: KV - Management

Semesteranzahl: 4

Matrikel - Nr.: XXX

Datum: 23.11.1999

Inhaltsverzeichnis	2
Abkürzungsverzeichnis	3
I. Einleitung	4
II. Ziele des Datenschutzes	4
1. Grundlagen des Datenschutzes	4
2. Geltungsbereich des BDSG	5
III. Sozialdaten und Sozialdatenschutz	6
1. Definition: Sozialdaten	6
2. Sozialgeheimnis	6
3. Datenerhebung	7
4. Datenerfassung und Datenübermittlung	8
IV. Daten im Bereich des Gesundheitswesens	10
1. Sozialdatenschutz bei den Krankenkassen	10
2. Personenbezogene Daten bei Krankenkassen und KV	11
3. Leistungsdaten	12
4. Weitere Verwendung der Daten im Gesundheitswesen	15
4.1. Risikostrukturausgleich und Medizinischer Dienst der Krankenkassen	15
4.2. Krebsregister	16
4.3. Gesundheitstelematik	16
V. Folgen der Gesundheitsreform 2000: Gläserner Patient – Gläserner Arzt?	18
1. Gesetzesentwurf Gesundheitsreform 2000	18
2. Sozialdatenschutz: Änderungen durch die Gesundheitsreform 2000	18
2.1. Zentrale Erfassung und Auswertung von Patientendaten	18
2.2. Diagnoseverschlüsselung nach ICD 10	19
3. Standpunkte zu den vorgesehenen Änderungen	20
3.1. Datenschutz	20
3.2. Ärzteverbände	21
4. Neuregelung	21
VI. Weitere Entwicklung und Fazit	22
Literaturverzeichnis	24
Erklärung zur Haus-/Diplomarbeit gemäß § 26 Abs. 6 DiplPrüfO	26

Abkürzungsverzeichnis

Abb.:	Abbildung
Abs.:	Absatz
AU – Bescheinigung	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
BDSG:	Bundesdatenschutzgesetz
BMG:	Bundesministerium für Gesundheit
DEÜV	Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung
DiplPrüfO:	Diplomprüfungsordnung
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
GRG:	Gesundheitsreformgesetz
GSG:	Gesundheitsstrukturgesetz
Hg.:	Herausgeber
ICD:	International Classification of Diseases
KV:	Kassenärztliche Vereinigung
LVA:	Landesversicherungsanstalt
MDK:	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Nr.:	Nummer
S.:	Seite
SGB:	Sozialgesetzbuch
vgl.:	vergleiche
WHO	World Health Organisation
z. B.:	zum Beispiel

I. Einleitung

Mit dem 01.01.2000 soll die Gesundheitsreform 2000 in Kraft treten. Ziel ist es die Struktur des Gesundheitswesens zu verbessern. Damit soll die Qualität erhöht und gesichert, Wirtschaftlichkeit gewährleistet und die Beiträge stabil gehalten werden.

Ausreichend Finanzmittel sind vorhanden, um die erwähnten Ziele zu erreichen. Das Problem ist eine Differenz in der Versorgung verschiedener Bereiche. So gibt es auf der einen Seite Überversorgungen wie z. B. bei Operationen oder Untersuchungen, während auf der anderen Seite chronisch Kranke unterversorgt sind. Auch werden manche Gesundheitsberufe nicht berücksichtigt. Es müssen also Wege gefunden werden, diese Unterschiede abzubauen und die vorhandenen Mittel effektiv einzusetzen.¹

Um den Handlungsbedarf für die Bereiche des Gesundheitswesens zu ermitteln, werden Informationen benötigt. Bei der Sammlung dieser Auskünfte ist zu beachten, dass es sich um Daten aus persönlichen Bereichen handelt. Hier ergibt sich ein Interessenskonflikt. Zur Steuerung des Gesundheitswesens werden diese Daten benötigt. Dies ist im Interesse der Allgemeinheit. Der Einzelne hat aber ein Recht auf den Schutz seiner Persönlichkeitssphäre, zu der auch seine Daten zählen.

Ich möchte in dieser Hausarbeit darstellen, wie der Schutz dieser Daten im Gesundheitswesen geregelt ist und für welche Aufgaben Daten gesammelt werden dürfen oder müssen. Außerdem gehe ich auf die vorgesehenen Änderungen der Gesundheitsreform 2000 im Bereich des Datenschutzes und der Datenerfassung ein

II. Ziele des Datenschutzes

1. Grundlagen des Datenschutzes

Die allgemeinen rechtlichen Grundlagen des Datenschutzes sind im BDSG geregelt. Es wurde zum 01.01.1978 eingeführt. Dieses Gesetz trat zu vorher bereits geltenden Landesdatenschutzvorschriften hinzu. Der Datenschutz wurde allgemein für den öffentlichen sowie den privaten Bereich festgelegt. Motiv für dieses Gesetz war die Befürchtung, dass der technische

¹ Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) 1999, S. 7

Fortschritt bei der Arbeit mit Daten auch einen erhöhten Missbrauch zur Folge haben könnte.²

Die Ziele des BDSG sind im § 1 Abs. 1 BDSG definiert:

„Zweck dieses Gesetzes ist es, den Einzelnen davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten in seinen Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird.“

Das Persönlichkeitsrecht gehört zu den Grundrechten, die vom Grundgesetz besonders geschützt werden.³ Mit dem BDSG soll insbesondere das Recht auf informelle Selbstbestimmung gewahrt werden.

„Personenbezogene Daten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person.“

Das BDSG spricht hier von Betroffenen.⁴ Im BDSG ist der Umgang mit diesen personenbezogenen Daten festgelegt. Es werden die Grundsätze aufgestellt, nach denen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.⁵

2. Geltungsbereich des BDSG

Uneingeschränkt gilt das BDSG für die öffentlichen Einrichtungen des Bundes wie z. B. Bundesbehörden. Für nicht öffentliche Stellen gilt das Gesetz, soweit diese personenbezogene Daten geschäftsmäßig, gewerblich oder beruflich nutzen. Für öffentliche Stellen der Länder ist der Anwendungsbereich durch eventuell vorhandene Datenschutzregelungen der Länder eingeschränkt. Diese sind dann vorrangig. Führen diese Stellen Bundesrecht aus oder handelt es sich um Rechtspflegeorgane, fallen sie wiederum unter das BDSG.⁶

Eine weitere Einschränkung erfährt das BDSG durch eventuell vorhandene bereichsspezifische Regelungen. In Bereichen, in denen die allgemeinen Regelungen des BDSG nicht ausreichen, werden durch spezielle Gesetze Normen entworfen, die den Datenschutz für diesen Bereich sowohl verschärfen als auch entkräften können. Als Beispiel sei das Sozialgesetzbuch genannt.⁷ Es enthält Datenschutzbestimmungen für den Bereich der Sozialversicherung.

² vgl. Eul, 1994, S. 1134

³ vgl. Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz vom 26.03.1998

⁴ vgl. §3 BDSG vom 17.12.1997

⁵ vgl. Der Bundesbeauftragte für Datenschutz (Hg.) 1998, S. 6

⁶ ebenda, S. 12 - 14

⁷ ebenda, S. 15

III. Sozialdaten und Sozialdatenschutz

1. Definition: Sozialdaten

Das BDSG legt allgemeine Datenschutznormen fest. Für den Bereich der sozialen Sicherung wurden weitere spezielle Regelungen erlassen. Es gibt eine allgemeine Regelung im § 35 SGB I sowie erweiterte Regelungen durch die §§ 67ff SGB X. Diese gelten als Spezialrecht für den Sozialversicherungsbereich seit dem 01.01.1980 und betreffen den Schutz der Sozialdaten.⁸

Bei den Sozialdaten handelt es sich zum einen um personenbezogene Daten. Zum anderen fallen hierunter betriebs- oder geschäftsbezogene Daten mit Geheimnischarakter. Die Sozialdaten werden von den Sozialversicherungsträgern erhoben, verarbeitet oder genutzt.

Erheben beschreibt die Datenbeschaffung. Verarbeiten ist das Speichern, Sperren, Übermitteln und Löschen der Sozialdaten. Nutzen ist die Datenverwendung.⁹

Diese Daten werden von den Sozialversicherungsträgern benötigt, um ihre Aufgaben zu erfüllen. Sie haben für die umfassende und schnelle Versorgung der Versicherten mit Sozialleistungen zu sorgen und die dafür notwendigen sozialen Dienste und Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Der Zugang zu den Leistungen soll so einfach wie möglich sein.¹⁰

2. Sozialgeheimnis

Das Sozialgeheimnis ist ein Recht des Bürgers, dessen Sozialdaten bei einem Sozialversicherungsträger gespeichert sind. Die Sozialversicherungsträger haben die Verpflichtung, dafür zu sorgen, dass die Sozialdaten nur Befugten zur Verfügung stehen und auch nur an solche weitergegeben werden. Dies gilt auch für die Arbeit mit Sozialdaten innerhalb der Träger.¹¹

Das Sozialgeheimnis steht auf derselben Ebene wie z. B. das Steuergeheimnis oder die ärztliche Schweigepflicht. Kein Bürger soll durch die Inanspruchnahme von Sozialleistungen ei-

⁸ vgl. Eul 1994, S. 1134 - 1135

⁹ vgl. § 67 SGB X vom 06.08.1998

¹⁰ vgl. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (Hg.) 1994, S. 16

¹¹ vgl. § 35 SGB I vom 16.12.1997

nem stärkeren staatlichen Zugriff durch Bekanntgabe seiner Daten ausgesetzt sein als andere.¹²

Kontrolliert wird der Schutz des Sozialgeheimnisses vom Bundesbeauftragten für Datenschutz sowie von den Landesbeauftragten. Ab einer bestimmten Anzahl von Mitarbeitern sind auch die Sozialversicherungsträger verpflichtet, interne Datenschutzbeauftragte einzustellen. Diese überwachen die Einhaltung des Datenschutzes innerhalb des Trägers.¹³

3. Datenerhebung

Die Sozialversicherungsträger dürfen Sozialdaten nur soweit erheben, wie es im Rahmen ihrer Aufgaben notwendig ist. Es gilt der Grundsatz der Datenerhebung beim Betroffenen. Das bedeutet, dass sich bei der Erhebung der Träger zuerst an diejenigen wenden muss, dessen Daten er benötigt. Dabei ist der Grund für die Erhebung der Daten dem Betroffenen anzugeben, beim Vorliegen einer Rechtsvorschrift ist diese auch mitzuteilen.

Dieser Grundsatz gilt nicht uneingeschränkt. Eine Datenerhebung bei Dritten ist möglich, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben sind. Dies kann der Fall sein, wenn die Erhebung beim Betroffenen einen zu großen Aufwand darstellt, eine andere Rechtsvorschrift eine Übermittlung vorschreibt oder die Interessen des Betroffenen durch die Übermittlung nicht gefährdet werden.¹⁴

Bei der Inanspruchnahme bestimmter Sozialleistungen ist der Betroffene gesetzlich verpflichtet, dem Sozialleistungsträger seine Sozialdaten zur Verfügung zu stellen. Auf diese Auskunftspflichten muss der Träger, bei dem die Leistungen beantragt oder genutzt wird, hinweisen. Es gibt generelle Auskunftspflichten, die einen größeren Bereich abdecken und spezielle Auskunftspflichten, die fallbezogen sind.¹⁵

Bei der Beantragung von Sozialleistungen hat der Betroffene alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung von Bedeutung sind. Als Beispiel für solche Mitwirkungspflichten können

¹² vgl. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (Hg.) 1994, S. 51

¹³ ebenda, S. 64 - 65

¹⁴ vgl. §67a SGB X vom 06.08.1998

¹⁵ vgl. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (Hg.) 1994, S. 11 - 12

das persönliche Erscheinen oder für die Entscheidung über die Gewährung der Leistung notwendige ärztliche Untersuchungen angeführt werden.¹⁶

Die Mitwirkungspflichten sind nicht unbegrenzt. Bei Unzumutbarkeit der Erfüllung oder bei gefährlichen Untersuchungen kann die Mitwirkung abgelehnt werden.¹⁷ Der Sozialleistungsträger kann bei fehlender Mitwirkung die Leistung versagen oder entziehen. Der Betroffene muss hierauf hingewiesen werden. Weiterhin ist eine angemessene Frist zur Erfüllung der Pflicht zu setzen. Die Erfüllung kann nachgeholt werden.¹⁸

Für Verfahrensbeschleunigungen kann es vorkommen, dass der Betroffene um die freiwillige Angabe von Daten gebeten wird. Der Träger muss dann auf die Freiwilligkeit hinweisen und kann diese Angaben nicht erzwingen.

Einwilligungserklärungen des Betroffenen sind nötig, wenn Daten zur Antragsbearbeitung von anderen Stellen eingeholt werden müssen. Über die Tragweite und den Inhalt dieser Erklärung muss der Betroffene vorher aufgeklärt werden.

4. Datenerfassung und Datenübermittlung

Mit der Aufnahme einer Beschäftigung beginnt für den Arbeitnehmer in der Regel die Versicherung in der gesetzlichen Sozialversicherung. Die Anmeldung wird vom Arbeitgeber vorgenommen. Somit gelangen die Sozialdaten in das System der sozialen Sicherung. Die personenbezogenen Daten werden nach der DEÜV an die einzelnen Sozialversicherungsträger weitergegeben. Die Krankenkassen sind die zentralen Stellen für diese Meldungen. Sie ziehen auch den Gesamtsozialversicherungsbeitrag vom Arbeitgeber ein, und sorgen für die richtige Aufteilung dieser Gelder auf die einzelnen Träger.¹⁹

Die in der Abbildung dargestellten Datenflüsse stellen den Regelfall dar. Besondere Versicherungsverhältnisse wie z. B. von Zivil – oder Wehrdienstleistenden sind nicht berücksichtigt. Die Daten der Angestellten werden direkt an die BfA nach Berlin übermittelt. Bei Arbeitern erhalten die LVAn die Daten nicht direkt. Sie werden zuerst an die Datenstelle der Rentenver-

¹⁶ vgl. §§60 – 62 SGB I vom 16.12.1997

¹⁷ vgl. § 65 SGB I vom 16.12.1997

¹⁸ vgl. §§ 66, 67 SGB I vom 16.12.1997

¹⁹ vgl. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (Hg.) 1999, S. 36

sicherungsträger übermittelt und von dort an die zuständige LVA weitergeleitet. Die Datenstelle führt eine Datei aller vergebenen Versicherungsnummern mit Name des Versicherten und zuständigem Rentenversicherungsträger. Damit sollen Fehler wie z. B. Doppelvergabe von Nummern vermieden werden.

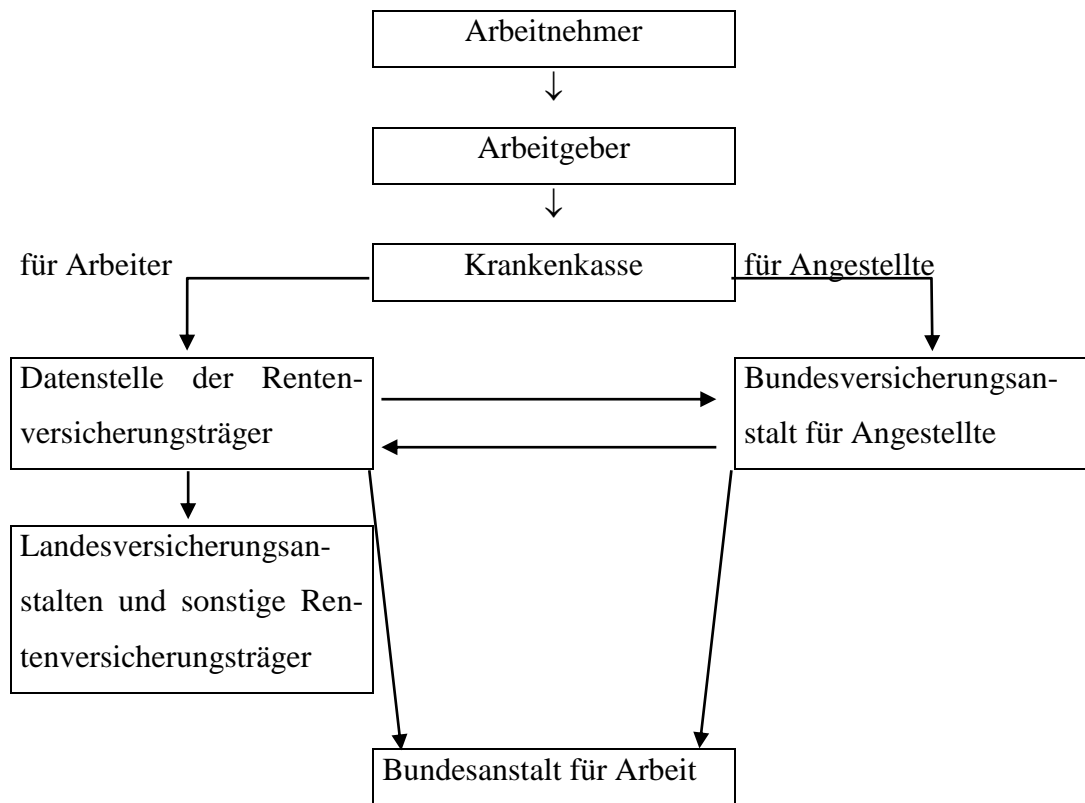


Abb. 1: DEÜV Datenflüsse, Quelle: o.V., Der Bürger und seine Daten S. 37

Die Meldungen der Arbeitgeber sollen durch elektronische Datenübertragung oder auf maschinell verwendbaren Datenträgern erfolgen.²⁰ Für die Weiterleitung unter den Sozialversicherungsträgern ist die elektronische Datenübertragung vorrangig. Andere Verfahren sind nur in Ausnahmefällen zugelassen.²¹

Im SGB sind weitere Tatbestände beschrieben, in denen Sozialdaten übermittelt werden können. Hierzu zählen die Amtshilfe für Polizei und Staatsanwaltschaft oder die Verwendung der Daten für soziale Aufgaben sowie die Übermittlung für wissenschaftliche Forschung und Planung.²² Die übermittelnde Stelle hat die Zulässigkeit der Übermittlung sicherzustellen, auch

²⁰ vgl. § 16 DEÜV vom 10.02.1998

²¹ vgl. § 32 Abs. 1,2 DEÜV vom 10.02.1998

²² vgl. §§ 67d – 75 SGB X vom 06.08.1998

wenn die Übermittlung auf Antrag erfolgt.²³ Eine Übermittlungsverpflichtung ergibt sich aber aus den §§ 67d ff. SGB X nicht. Solche weitergehenden Pflichten sind an anderer Stelle des SGB geregelt.²⁴ So beruht die bereits erwähnte Pflicht zur Amtshilfe auf § 3 SGB X.

Eingeschränkt wird die Übermittlung durch die §§ 76-78 SGB X. Sozialdaten, die der Schweigepflicht des Arztes unterliegen, dürfen von den Sozialversicherungsträgern nur weitergegeben werden, wenn auch der Arzt im Rahmen dieser Pflicht dazu berechtigt ist. An das Ausland dürfen Sozialdaten nur für die Erfüllung sozialer Aufgaben, für Maßnahmen des Arbeitsschutzes und für Strafverfolgungen übermittelt werden. Empfänger, die nicht dem Sozialgeheimnis unterliegen, dürfen die ihnen übermittelten Daten nur zu den angegebenen Zwecken verwenden. Beispiele für solche Stellen sind Arbeitgeber oder Banken.

Weiterhin hat der Betroffene Rechte an seinen Sozialdaten. Er kann sich an den Bundesbeauftragten für Datenschutz wenden, wenn er seine Rechte verletzt sieht. Außerdem hat er ein Auskunftsrecht, kann Schadenersatz und die Berichtigung, Sperrung und Löschung der Daten verlangen.²⁵

IV. Daten im Bereich des Gesundheitswesens

1. Sozialdatenschutz bei den Krankenkassen

Im 10. Kapitel des SGB V ist der Schutz der Sozialdaten für den Bereich der Krankenversicherung geregelt. Eingeführt wurden diese Normen mit dem GRG vom 01.01.1989. Im GSG vom 01.01.1993 wurden sie vervollkommen. Die Normen orientieren sich an den allgemeinen Datenschutzgrundsätzen des BDSG und treten ergänzend neben die bereits erwähnten Regelungen im SGB.

Die Krankenkassen sollen durch die oben genannten weitergehenden Bestimmungen die Möglichkeit erhalten, die Informationsflut im Gesundheitswesen zu bewältigen. Hierbei sollte insbesondere die maschinelle Datenverarbeitung genutzt werden. Die Kassen sollen einen umfassenderen Überblick über die Leistungen bekommen und in der Lage sein, die Wirt-

²³ vgl. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (Hg.) 1999, S 56

²⁴ vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) 1995, S. 428

²⁵ ebenda, S. 432

schaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringer wirksam zu überprüfen. Insgesamt soll dadurch die Aufgabenerfüllung der Kassen verbessert werden.²⁶

2. Personenbezogene Daten bei Krankenkassen und KV

Grundsätzlich dürfen die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen personenbezogene Daten nur erheben und speichern, wenn es ihren Aufgaben dient. Diese Aufgaben sind in den §§ 284, 285 SGB V abschließend geregelt.

Bereich	Aufgaben
Sozialdaten der Krankenkassen § 284 Abs. 1 S. 1 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> - Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft - Ausstellung der Krankenversicherungskarte - Feststellung der Beitragspflicht - Übernahme der Behandlungskosten - Beteiligung des MDK - Abrechnung mit den Leistungserbringern - Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringer - Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
Personenbezogene Daten der KV § 285 Abs. 1 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> - Führung des Arztregisters - Sicherstellung der Vertragsärztlichen Versorgung - Vergütung der vertrags- belegärztlichen Leistungen und ambulanten Krankenhausleistungen - Durchführung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen dürfen nur in Ausnahmefällen von den Krankenkassen versichertenbezogen gespeichert werden. Die Ausnahmen umfassen die Prüfung der Leistungspflicht und Leistungsgewährung, die Abrechnung mit den Leistungserbringern und anderen Leistungsträgern, die Überwachung des Wirtschaftlichkeitsgebots sowie die Rückzahlung von Beiträgen.²⁷ Die KV darf versichertenbezogene Daten nur bei Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen anwenden.²⁸ Leistungserbringer- oder fallbeziehbar dürfen

²⁶ vgl. Eul 1994, S. 1136

²⁷ vgl. § 284 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V vom 19.12.1998

²⁸ vgl. § 285 Abs. 2 SGB V vom 19.12.1998

Daten für befristete Forschungsvorhaben gespeichert werden, wenn diese epidemiologischer Forschung, der Erforschung des Zusammenhangs von Arbeitsbedingungen und Erkrankungen oder der Erforschung lokaler Krankheitsschwerpunkte dienen.²⁹

Die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung stellen jährlich eine Datenübersicht auf, die alle bei ihnen gespeicherten Sozialdaten enthält.³⁰ Bei den Krankenkassen ist diese Aufstellung die Mitgliederdatei. Sie enthält Angaben zur Person des Versicherten wie Krankenversicherungsnummer, Name und Anschrift. Diese Daten werden auch zur Ausstellung der Krankenversicherungskarte verwendet.³¹

Die Krankenkasse darüber hinaus verpflichtet, ein Versichertenverzeichnis zu führen. Dieses muss alle notwendigen Daten für die Feststellung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung, zur Beitragsbemessung und Einziehung sowie zur Feststellung der Leistungsansprüche enthalten. Zu den Leistungsansprüchen zählt auch die Familienversicherung. Die Daten, die zur Feststellung dieses Anspruches benötigt werden, sind zu speichern.³² Für den Versicherten besteht eine Nachweispflicht für die Voraussetzungen.³³

Die Sozialdaten sind zu löschen, wenn ihre Speicherung nicht zulässig war oder wenn ihre weitere Speicherung für die Erfüllung der Aufgaben nicht mehr notwendig ist³⁴. Bei einem Wechsel der Krankenkasse ist die alte Kasse verpflichtet, der neuen Kasse die notwendigen Daten für die Weiterführung der Versicherung mitzuteilen.

3. Leistungsdaten

Die Leistungsdaten werden von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung benötigt. Die einzelnen Leistungserbringer sind verpflichtet, diese aufzuzeichnen und zu übermitteln.³⁵ Der Umfang der aufzuzeichnenden Daten ist bei den verschiedenen Leistungserbringern unterschiedlich.

²⁹ vgl. § 287 SGB V vom 19.12.1998

³⁰ vgl. § 286 SGB V vom 19.12.1998

³¹ vgl. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (Hg.) 1999, S. 39

³² vgl. § 288 SGB V vom 19.12.1998

³³ vgl. § 289 SGB V vom 19.12.1998

³⁴ vgl. § 304 Abs. 1 SGB V vom 19.12.1998

³⁵ vgl. § 294 SGB V vom 19.12.1998

Vertragsärzte § 294 Abs. 1 S.1 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosen in den AU Bescheinigungen für die Krankenkasse - Diagnosen und Leistungen in den Abrechnungsunterlagen für die KV - Arztnummer und Daten zur Person des Patienten
Apotheken § 300 Abs. 1 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> - Verordnungen und Abrechnungsdaten für an Versicherte abgegebene Fertigarzneimittel
Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen § 301 Abs. 1 S. 1 und Abs. 4 S. 1 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> - Daten zur Person des Patienten - Institutskennzeichen - Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung sowie Grund - Einweisungs- und Aufnahmediagnose und nachfolgende Diagnosen - Datum der durchgeführten Operationen - Arztkennzeichen bei Einweisung - Berechnete Entgelte
Sonstige Leistungserbringer § 302 Abs. 1 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> - Daten Person des Patienten und des verordnenden Arztes - Erbrachte Leistung bzw. Art des Heil- oder Hilfsmittels

Die Diagnosen der Vertragsärzte der Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen müssen nach dem ICD verschlüsselt werden. Näheres zum ICD wird unter Punkt V. 2.2 erläutert.

Aus den Daten, die von den Leistungserbringern übermittelt werden, legen die Krankenkassen folgende Dateien an:

- Leistungsdatei
- Sachleistungsdatei
- Abrechnungsdatei ambulanter ärztlicher Behandlung pro Quartal
- Arzt– Versichertenbezogene Datei pro Quartal
- Monatliche Datei der abgerechneten Arzneiversorgung
- Zahnersatzdatei³⁶

In der Leistungs- und in der Sachleistungsdatei werden Informationen über die Leistungen gespeichert, mit denen die Krankenkasse direkt zu tun hat. Hierzu zählen Arbeitsunfähig-

³⁶ vgl. Podlech, Adam 1995, S. 50

keitszeiten, Krankenhausaufenthalte oder das gezahlte Krankengeld.³⁷ Diese Daten werden versichertenbezogen übermittelt oder liegen den Krankenkassen bereits vor und werden gespeichert.

Daten über die vertragsärztliche Versorgung werden von den Ärzten an die KV übermittelt. Hier werden sie zur Abrechnung der erbrachten Leistungen benötigt.³⁸ Die KV darf diese Daten nur im Rahmen von Prüfverfahren, die die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der vertragsärztlichen Leistungen betreffen, den Krankenkasse versichertenbezogen weiterleiten.³⁹ Hierzu zählen die Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfungen.⁴⁰ Die Abbildung zeigt die wichtigsten Datenübermittlungen im Bereich der Krankenkasse.

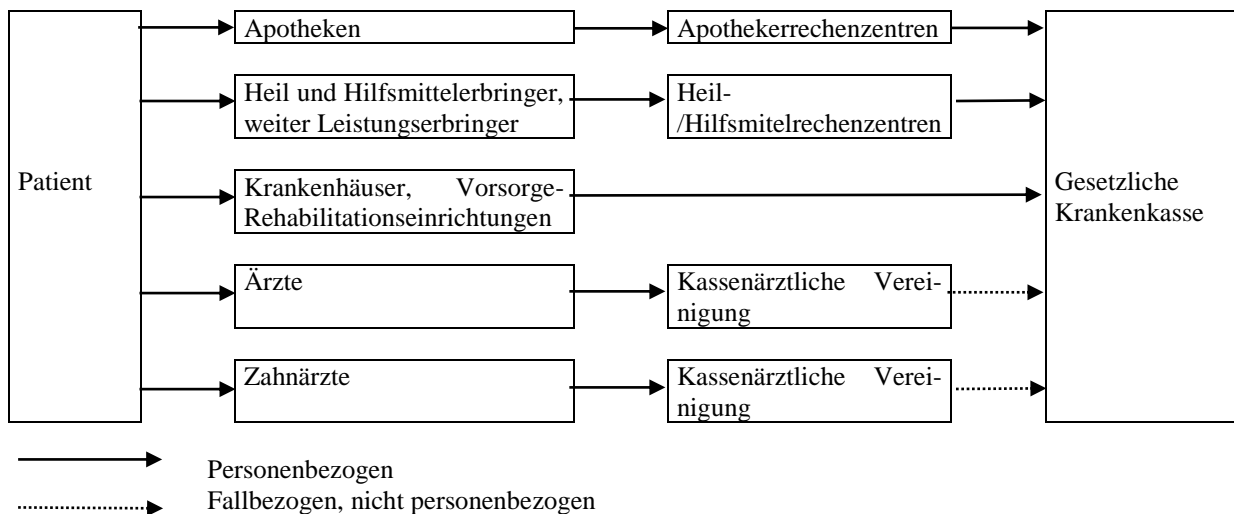


Abb. 2 Datenflüsse im Rahmen der Abrechnung von Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Der Bürger und seine Daten, S. 42

4. Weitere Verwendung der Daten im Gesundheitswesen

4.1. Risikostrukturausgleich und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Neben den im 10. Abschnitt des SGB V angegebenen Verwendungsarten für die Daten der Krankenkassen sind noch zwei weitere gesetzliche Regelungen in diesem Gesetzbuch bedeutend für den Umgang mit Versichertendaten.

³⁷ ebenda, S. 67

³⁸ vgl. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (Hg.) 1999, S. 40-41

³⁹ vgl. § 298 SGB V vom 19.12.1998

⁴⁰ vgl. §§ 296,297 SGB V vom 19.12.1998

Dazu gehört erstens der RSA, der jährlich zwischen allen gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt wird. Mit ihm sollen die finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Versichertenstruktur der einzelnen Kassen ausgeglichen werden. Zu den Strukturmerkmalen zählen Einnahmen der Mitglieder, Anzahl der Familienversicherten und die Alters- bzw. Geschlechtsverteilung. Die Krankenkassen erheben für jedes Geschäftsjahr die Beitragseinnahmen und die Leistungsausgaben. Als weiteres sind die beitragspflichtigen Einnahmen getrennt nach allgemeiner Krankenversicherung und Krankenversicherung der Rentner zu erheben. Zum 01.10. eines Jahres wird die Mitgliederanzahl und die Zahl der Familienversicherten getrennt nach Alter, Geschlecht und Mitgliedergruppe festgestellt. In Abständen von längstens drei Jahren sollen die Leistungsausgaben differenziert erfasst werden. Es erfolgt eine Trennung der Ausgaben und der Krankengeldtage nach Alter und Geschlecht. Zusätzlich sind die Krankengeldtage und Krankengeldausgaben in die verschiedenen Mitgliedergruppen zu gliedern.⁴¹ Die Ergebnisse der Datenerhebung müssen die Krankenkassen bis zum 31.05. des folgenden Jahres dem BMG vorlegen.⁴²

Als weiteres sind die Krankenkassen in bestimmten Fällen verpflichtet, vor der Genehmigung oder der Fortsetzung von Leistungen ein medizinisches Gutachten einzuholen. Dies kann bei Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit, der Genehmigung von Kuren oder der Zahnersatzversorgung der Fall sein. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen unterstützt diese bei der Klärung solcher medizinischer Fachfragen und stellt die benötigten Gutachten aus.⁴³ Die Krankenkassen müssen dem MDK alle für die Beurteilungen notwendigen Daten zu Verfügung stellen. Der MDK darf diese nur zur Erfüllung seiner Aufgaben speichern. Nach fünf Jahren muss der MDK diese Daten löschen.⁴⁴

4.2. Krebsregister

Mit dem Bundeskrebsregistergesetz vom 01.01.1995 wurden alle Bundesländer verpflichtet, bis zum 01.01.1999 Krebsregister aufzubauen. Es wird unterschieden zwischen klinischen Registern, die den individuellen Krankheitsverlauf von Patienten schildern und bevölkerungsbezogenen Registern, in denen die Erkrankungsraten der Bevölkerung erfasst werden. Das Gesetz sieht die Verwendung beider Registerarten zur Aufstellung der Landesregister vor. Die

⁴¹ vgl. § 267 Abs. 1 - 2SGB V vom 19.12.1998

⁴² vgl. § 267 Abs. i. V. m. § 266 Abs. 7 SGB V 19.12.1998

⁴³ vgl. §275 SGB V 19.12.1998

⁴⁴ vgl. §276 SGB V 19.12.1998

Meldungen sollen über die klinischen Register erfolgen. Diese Meldungen müssen mit einheitlichen Meldebögen erfasst werden. Bisher ist das nur in einigen Bundesländern der Fall. Diese Meldebögen greifen auch auf internationale Standards zur Einordnung der verschiedenen Tumorarten zu, um die Studien vergleichbar zu machen.

Mit Hilfe der Informationen, die durch die Register zur Verfügung stehen, soll die Behandlungsqualität bei Tumorerkrankungen gesichert und verbessert werden, wie z. B. durch Vergleiche verschiedener Behandlungen und Therapien. Der Arzt kann sich und den Patienten auf denkbare Krankheiten im Zusammenhang mit dem Tumor vorbereiten. Auch werden neue Behandlungsverfahren schneller verbreitet, da durch die mögliche Online - Erfassung diese Register sehr aktuell sind und für Arzt und Patienten eine Informationsdrehscheibe darstellen. Ein weiteres Ziel ist eine verbesserte Betreuung während und nach der Erkrankung. Die Register können als Beispiel die rechtzeitige Durchführung von Nachsorgeuntersuchungen überwachen.⁴⁵

4.3. Gesundheitstelematik

Gesundheitstelematik ist die Bezeichnung für die Verwendung moderner Kommunikations- und Informationssysteme im Gesundheitswesen. Beispiele hierfür sind das Internet als Informationsmedium oder der Ersatz des Krankenscheins durch Chipkarten. Ziel ist eine schnellere, billigere und bessere Bereitstellung von Daten und Wissen für die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens.⁴⁶

Die Fortschritte durch die Telematik können von allen Beteiligten des Gesundheitswesens genutzt werden. Patienten können aktiver bei ihrer Behandlung mitwirken, da sich ihnen mehr Möglichkeiten bieten, Informationen über Erkrankungen und Behandlungen zu bekommen.

Die Leistungserbringer können ihren Patienten eine qualitativ bessere Versorgung bieten. Ihnen stehen mehr Daten über die Krankheitsgeschichte der Patienten zur Verfügung. Außerdem verbreiten sich neue Therapie-, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten schneller.

Für die Wissenschaft bedeutet der schnelle Informationsaustausch eine Erleichterung von Diskussionen, die schneller zu neuen medizinischen Erkenntnissen führen können.

⁴⁵ vgl. Altmann 1999, S 20,21

⁴⁶ vgl. Dietzel 1999, S. 22 - 23

Eine verbesserte Datenbasis verdeutlicht die angefallenen Kosten und durchgeführten Leistungen im Gesundheitswesen. Das ermöglicht der Politik und der Verwaltung gezielte Eingriffe zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Die Steuerung der Finanzierung wird vereinfacht.⁴⁷

In Deutschland ist die Anwendung der Telematik noch nicht verbreitet. Sie beschränkt sich auf die Einführung der Krankenversicherungskarte als Ersatz für den Krankenschein, die elektronische Übermittlung von Abrechnungsdaten sowie die Einführung des internationalen Diagnoseschlüssels ICD in den Krankenhäusern.

Um die Anwendung der Telematik in Deutschland voranzutreiben, ist ein „Aktionsforum für Telematik im Gesundheitswesen“ von den Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens gegründet worden. Als erstes wird von diesem Forum die Einführung von Standards für Telematiktechnik und einheitlicher Kommunikationsformen gefordert. Als Telematikanwendungen, die in naher Zukunft in Deutschland eingesetzt werden sollen, nennt das Forum das elektronische Rezept für Arzneimittel, eine unter Beachtung des Datenschutzes erstellte elektronische Patientenakte und Patientinformationssysteme.⁴⁸

V. Folgen der Gesundheitsreform 2000: Gläserner Arzt – Gläserner Patient?

1. Gesetzesentwurf Gesundheitsreform 2000

Mit der Gesundheitsreform 2000 sollen auch die Möglichkeiten der Verwendung von Daten der Krankenversicherung neu gefasst werden. Ziel ist es, den Krankenkassen eine breitere Datengrundlage zur Verfügung zu stellen. Diese Maßnahmen sollen bessere Lenkungsmöglichkeiten sowie eine verbesserte Gesundheitsberichterstattung ermöglichen. Trotz der vermehrten Nutzung der Daten soll deren Schutz nicht beeinträchtigt werden.⁴⁹

Im Gesetzesentwurf sind für den Bereich der Sozialdaten und des Datenschutzes zwei bedeutende Änderungen vorgesehen. Sie befassen sich mit der Übermittlung und Sammlung der Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung sowie mit der Diagnoseverschlüsselung.

⁴⁷ vgl. Fischer, Andrea 1999a

⁴⁸ Dietzel 1999, S. 28 - 29

⁴⁹ vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) 1999, S. 60 - 61

2. Sozialdatenschutz: Änderungen durch die Gesundheitsreform 2000

2.1. Zentrale Erfassung und Auswertung von Patientendaten

Der bisherige Umgang mit den Abrechnungsdaten der Vertragsärzte folgte dem Grundsatz der Trennung zwischen Versicherungs- und Leistungsdaten. Der Arzt übermittelt die Daten über die von ihm durchgeführten Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung an die KV, mit der er auch abrechnet. Die KV wiederum gibt diese Abrechnungsdaten fallbezogen, aber nicht versichertenbezogen an die zuständige Krankenkasse weiter. Nur in Ausnahmefällen konnte die Krankenkasse den Versichertenbezug verlangen.⁵⁰

Die Neuregelung sieht eine kassenübergreifende Sammlung der Patientendaten vor. Die Krankenkassen richten dazu zentrale Datenannahmestellen ein. Diese sammeln die Daten, die ihnen von den einzelnen Leistungserbringern übermittelt werden und prüfen sie auf Korrektheit sowie Leistungsverpflichtung der Krankenkassen. Nach Erledigung dieser Aufgaben leiten sie die Daten an die Krankenkassen sowie an ebenfalls neu zu gründende Arbeitsgemeinschaften zur Datenaufbereitung weiter. Vor der Übermittlung sind die Daten zu verschlüsseln. Der Versichertenbezug muss auch nach der Verschlüsselung möglich sein.⁵¹

Die Arbeitsgemeinschaften führen das patientenbezogene Datenmaterial zusammen und werten es aus. Die Ergebnisse werden den Krankenkassen und den KVn zur Erfüllung ihrer Aufgaben zur Verfügung gestellt. Die daraus resultierende Datenbasis soll für folgenden Zweck verwendet werden:

- Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Ärzten
- Basis für Budgetverhandlungen
- Unterstützung der Lenkungsarbeiten der Krankenkassen
- Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung.⁵²

Die Spitzenverbände der Krankenkassen müssen die Datenannahmestellen sowie die Arbeitsgemeinschaften bis zum 30.06.2000 gründen.⁵³

⁵⁰ vgl. §§294, 295 SGB V vom 19.12.1998

⁵¹ vgl. dazu www.bmgesundheits.de, Gesetzentwurf § 294 SGB V

⁵² vgl. dazu www.bmgesundheits.de, Gesetzentwurf § 303a SGB V

⁵³ vgl. dazu www.bmgesundheits.de, Gesetzentwurf §§ 294 Abs. 3, 303a Abs. 1 SGB V

2.2. Diagnoseverschlüsselung nach ICD 10

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, auf ihren Abrechnungsunterlagen die Diagnosen anzugeben. Diese sind nach dem Schlüssel der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten zu verschlüsseln.⁵⁴ Krankenhäuser nutzen die Neunte Fassung dieses Schlüssels. Vertragsärzte teilen ihre Diagnosen noch handschriftlich mit.⁵⁵ Durch die Gesundheitsreform 2000 wird sowohl für Vertragsärzte als auch für Krankenhäuser zum 01.01.2000 der ICD 10 gültig. Die Einführung war schon 1993 vorgesehen, wurde aber vom damaligen Bundesgesundheitsminister Seehofer aufgehoben.⁵⁶

Der ICD dient der einheitlichen Verschlüsselung von Krankheitsdiagnosen. Basis ist ein weltweit identischer Katalog von Todesursachen, Krankheiten und Verletzungen. Er wird von der WHO herausgegeben und alle 10 Jahre aktualisiert. Bei dem ICD 10 handelt es sich um die 10. Fassung des Schlüssels. In dem Katalog sind 14.000 Positionen enthalten. Um die Arbeit mit dem ICD zu vereinfachen, wird eine EDV - Fassung herausgegeben. Es werden auch spezielle Kataloge für Fachärzte erarbeitet, die nur Diagnosen aus dem Gebiet des Arztes enthalten.⁵⁷

Durch die Verschlüsselungspflicht werden die Angaben der Diagnosen eindeutig. Es gibt nur noch geringe Auslegungsmöglichkeiten. Das ermöglicht einen leichteren Vergleich der Diagnosen im Gegensatz zum Klartext.⁵⁸ Der ICD 10 soll außerdem die Krankheitsentwicklung in Deutschland verdeutlichen, Vergleiche der Leistungen und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer gestatten sowie die Zusammenarbeit der einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens verbessern.⁵⁹

⁵⁴ vgl. §§ 295 Abs. 1 S. 2, § 301 Abs. 1 S. 1 SBG V vom 19.12.1998

⁵⁵ vgl. Rebscher 1999, S. 911

⁵⁶ vgl. VdAK (Hg.) 1999, S. 913

⁵⁷ vgl. AOK – Bundesverband (Hg) 1996, S. 53

⁵⁸ vgl. Egger 1997, S. 10 - 11

⁵⁹ vgl. Rebscher 1999, S. 911

3. Standpunkte zu den vorgesehenen Änderungen

3.1. Datenschutz

Nach Ansicht der Datenschützer sind die bisher im Gesetz enthaltenen Regelungen, die zur Qualitätsprüfung und Wirtschaftlichkeitsprüfung die Zusammenführung von Versichertendaten mit Abrechnungsdaten ausnahmsweise und an diesen Zweck gebunden, erlauben, ausreichend. Die nun vorgesehenen Änderungen führen ihrer Meinung nach zum Entstehen des „gläsernen Patienten“ bei den Krankenkassen.

Durch die versichertenbezogene Speicherung der Diagnosen verfügen die Krankenkassen über sensible Datenbestände. Die Verwendung des ICD 10 stellt genaue Informationen über die jeweilige Erkrankung zur Verfügung. Die Krankenkassen können nun von jedem Versicherten individuelle Gesundheitsprofile erstellen. Dies führt nach Ansicht der Datenschützer zu einer Aushöhlung des Patientengeheimnisses. Die große Menge an Daten ermöglicht den Krankenkassen die Kontrolle von Patienten, Ärzten und erbrachten Leistungen. Hier sehen die Datenschützer das Vertrauensverhältnis von Patienten und Arzt verletzt.

Von Seiten des Datenschutzes wird gefordert, die Änderungen auf Verhältnismässigkeit und Erforderlichkeit zu überprüfen.⁶⁰

3.2. Ärzteverbände

Das Argument „gläserner Patient“ wird auch von den Ärzteverbänden angeführt, wobei die Ärzte insbesondere auf die Gefährdung des Patientengeheimnisses und einen Bruch der ärztlichen Schweigepflicht hinweisen.⁶¹

Nach Ansicht der Ärzte wird die Sammlung der Daten hauptsächlich zu ihrer Kontrolle durchgeführt. Dadurch entsteht bei den Krankenkassen neben dem „gläsernen Patienten“ auch noch der „gläserne Arzt.“⁶² Zudem würde das Gesetz eine versichertenbezogene Speicherung

⁶⁰ vgl. dazu www.bfd.bund.de

⁶¹ vgl. Heinemann, Klaus „Datenschützer lehnen Gesundheitsreform ab“, Rheinische Post vom 31.08.1999

⁶² vgl. o. V.: „Kassenärzte: Patienten werden nicht ausspioniert“, Neue Osnabrücker Zeitung vom 16.07.1999, S.

der vertragsärztlichen Versorgung nicht zulassen. Hingegen dürfen arztbezogene Daten erhoben und gespeichert werden.⁶³

Neben den bereits erwähnten Einwänden der Datenschützer gegen den ICD 10 befürchten die Ärzte für sich einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Außerdem sind viele Praxen noch nicht mit modernen EDV – Systemen ausgestattet, so dass die bindende Einführung des Diagnoseschlüssels für diese Ärzte eine Investition bedeutet.⁶⁴

4. Neuregelung

Als Reaktion auf die Proteste der Datenschützer sind die vorgesehenen Änderungen für den Datenschutz überarbeitet worden. Im Mittelpunkt steht, die Anonymität des Patienten zu gewährleisten.

Die Datenannahmestellen sollen nicht von den Krankenkassen gebildet werden. Sie sollen unabhängige Körperschaften des öffentlichen Rechts sein. Damit unterliegen sie der Kontrolle der Datenschutzbeauftragten. Ihre Aufgaben sind weiterhin das Sammeln der Leistungsdaten, die auf ein bestehendes Versichertenverhältnis bei einer gesetzlichen Krankenversicherung sowie auf die Zahlungspflicht der Krankenkasse überprüft werden. Die Daten werden dann nicht direkt an die Krankenkassen weitergeleitet. Der Name des Patienten wird zuerst von einem Trust – Center pseudonymisiert. Das bedeutet, der Name des Patienten wird durch Schlüssel ersetzt. Danach erhalten die Krankenkassen erst die Daten. Der Schlüssel wird den Kassen nicht mitgeteilt. Nur in Ausnahmefällen darf diese Verschlüsselung wieder rückgängig gemacht werden.⁶⁵

Der ICD 10 ist von diesen neuen Absprachen nicht betroffen. Seine Anwendung wird somit zum 01.01.2000 verbindlich.

⁶³ vgl. o. V.: „Das Sozialgesetz zielt eher auf den gläsernen Arzt als auf Patienten“, Ärzte Zeitung vom 29.09.1999, S.16

⁶⁴ vgl. Egger 1997, S. 11

⁶⁵ vgl. o. V., Gesundheitsministerin lenkt bei Patientenkartei ein“, Handelsblatt vom 27.09.1999

VI. Weitere Entwicklung und Fazit

Die Gesundheitsreform 2000 ist am 04.11.1999 im Bundestag beschlossen worden. Über das Inkrafttreten entscheidet nun der Bundesrat. Unabhängig von diesem Ergebnis wird über den Datenschutz nicht mehr diskutiert. Die im Punkt V. 4. beschriebenen Neuregelungen genügen der Regierung, um Daten für die Steuerung des Gesundheitswesens zu erhalten. Die Datenschutzbeauftragten sehen nun keine Gefährdung des Sozialdatenschutzes mehr.⁶⁶ Die Persönlichkeitsrechte des Einzelnen werden durch die Pseudonymisierung seiner Daten wirkungsvoll geschützt.⁶⁷

Handlungsbedarf gibt es allerdings noch beim ICD 10. Die Hausärzte haben angekündigt, den ICD nicht zu verwenden. Grundsätzlich sind sie bereit, für Untersuchungen der vertragsärztlichen Versorgung Diagnosen zu verschlüsseln. Der ICD 10 ist ihnen aber zu umfangreich, da er weit mehr als die 200 bedeutendsten Diagnosen der Hausärzte enthält. Außerdem werden die Persönlichkeitsrechte der Patienten verletzt.⁶⁸

Bei der Erfassung der Daten führen meiner Meinung nach die nun vorgesehenen Gesetze zu keinen Neuerungen. Weitere Daten muss der Versicherte seiner Krankenkasse nicht zur Verfügung stellen. Ebenso hat sich bei den Daten, die von den Leistungsträgern gesammelt und übermittelt werden müssen, nichts geändert.

Vielmehr wird der Umgang mit den Daten dem Hauptziel der Gesundheitsreform, einer effektiven Steuerung des Gesundheitswesens, angepasst. Zu diesem Zweck werden die Auswertungsmöglichkeiten erweitert, um eine informativere Datengrundlage zu schaffen. Dieser wird durch die Verschlüsselung der Namen nicht gefährdet. Leistungen können nun Versicherten zugeordnet werden, die durch die Verschlüsselung ihres Namens geschützt sind. Der „gläserne Patient“ entsteht meiner Auffassung nach somit nicht.

Das Ordnungsverhalten der Leistungserbringer wird dennoch genauer abgebildet. Mehrfachabrechnungen z. B. fallen nun auf, da sie dann bei dem gleichen Pseudonym auftreten würden. Bei der vorherigen Regelung wäre einfach ein neuer Fall angelegt worden. Die Kran-

⁶⁶ vgl. Fischer, Andrea 1999b

⁶⁷ vgl. www.lfd.niedersachsen.de

⁶⁸ vgl. www.hausarzt.de

kenkassen erhalten so also einen besseren Überblick als bei der getrennten Übermittlung der Daten.

Den Befürchtungen der Ärzte, es entstehe der „gläserne Arzt“ bei den Krankenkassen, kann ich nicht zustimmen. Die Krankenkassen erhalten mit der Gesundheitsreform bessere Möglichkeiten, das Verordnungsverhalten der Ärzte zu kontrollieren. Dazu verwenden sie Daten, die bereits vorhanden sind. Den Ärzten wird also nicht abverlangt, weitere Informationen zur Verfügung zu stellen. Außerdem ist der Bereich der vertragsärztlichen Versorgung der einzige, in dem lediglich fallbezogenen Daten zur Verfügung stehen. Die Kritik der Ärzteverbände ist einerseits nicht nachzuvollziehen, da in den weiteren Bereichen wie z. B. im Krankenhaus Daten der Patienten über Diagnosen oder Operationen, die genauso sensibel sind, den Kassen vollständig übermittelt werden. Andererseits ist die bisherige Vorgehensweise besonders bei den Abrechnungen missbraucht worden.

Bei der Einführung des ICD 10 muss den Ärzten mit Sicherheit eine Einführungsphase zugestanden werden, um den Umgang mit der Verschlüsselung zu erlernen und um den Praxen, die nicht über die technischen Voraussetzungen verfügen, die Anschaffung der notwendigen Systeme zu ermöglichen. Auch muss der ICD an die tägliche Verwendung angepasst werden. Damit ist schon durch die Entwicklung von facharztspezifischen Katalogen begonnen worden. Insofern kann ich die Kritik am Umfang des Kataloges nicht nachvollziehen. Auch sehe ich durch die Verschlüsselung die Persönlichkeitsrechte des Patienten nicht gefährdet, da vorher die Diagnose in Klarschrift angegeben wurde. Der Patient wird so eher noch geschützt.

Es ist zu hoffen, dass die Änderungen hinsichtlich der Daten im Gesundheitswesens zügig umgesetzt werden. Die Informationen, die dann zur Verfügung stehen, sind Grundlage für die vorgesehenen Strukturänderungen zur dringend notwendigen Sanierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Rechte des Patienten an seinen Daten dürfen dabei aber nicht verletzt werden. Die nun vorgesehenen Änderungen finden meiner Meinung nach den richtigen Ausgleich zwischen Allgemeinwohl und Interessen des Einzelnen.

Literaturverzeichnis

Altmann, Udo, 1999, **Datenbanken im Dienste von Arzt und Patient**, in: Gesundheit und Gesellschaft, 2. Jahrgang, 10/99, S 20,21

AOK – Bundesverband (Hg.),1996, **Jetzt wird nicht mehr Klartext geredet**, in SKV - Inform, 28. Jahrgang, 2-3 1996, S. 53 – 56

BDSG vom 17.12.1997

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.), 1995, **Übersicht über das Sozialrecht**, 3. Auflage, Bonn

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), 1999, **Gesundheitsreform 2000: Informationen**

Der Bundesbeauftragte für Datenschutz (Hg.), 1998, **Bundesdatenschutzgesetz -Texte und Erläuterungen-** ,Bonn

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (Hg.), 1999, **Der Bürger und seine Daten**, Bonn

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (Hg.), 1994, **Schutz der Sozialdaten**, Bonn

DEÜV vom 10.12.1998

Dietzel, Gottfried T. W., 1999, **Von Mäusen in der Medizin**, in: Gesundheit und Gesellschaft, 2. Jahrgang 9/99, S. 22 – 29

Egger, Bernhard, 1997, **Sinn und Nutzen einer Diagnoseverschlüsselung nach ICD 10** in: WIDO (Hg.), Erfahrungen der Krankenkassen im Rahmen der Erprobung des ICD – 10, Bonn, S. 11 – 16

Fischer, Andrea, 1999a, **Rede anlässlich der ersten Sitzung des Aktionsforums Telematik im Gesundheitswesen** am 19. August in 1999 in Bonn, entnommen www.bmgesundheit.de

Fischer, Andrea, 1999b, **Rede zur 2./3. Lesung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000** in Berlin, , entnommen [www.bmgesundheit](http://www.bmgesundheit.de)

Eul, Lotte 1994, **Grundlagen des Datenschutzregelungen im Zehnten Kapitel des SGB V**, in Schulin, Bertram (Hg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts Band 1 Krankenversicherungsrecht, München 1994, S. 1134 – 1139

Grundgesetz vom 26.03.1998

Heinemann, Klaus „**Datenschützer lehnen Gesundheitsreform ab**“, Rheinische Post vom 31.08.1999

o. V.: „**Das Sozialgesetz zielt eher auf den gläsernen Arzt als auf Patienten**“, Ärzte Zeitung vom 29.09.1999, S.16

o. V.: „**Gesundheitsministerin lenkt bei Patientenkartei ein**“, Handelsblatt vom 27.09.1999

o. V.: „Kassenärzte: **„Patienten werden nicht ausspioniert**“, Neue Osnabrücker Zeitung vom 16.07.1999, S. 4

Podlech, Adam, 1995, **Der Informationshaushalt der Krankenkassen: Datenschutzrechtliche Aspekte**, Baden- Baden

SGB I vom 16.12.1997

SGB V vom 19.12.1998

SGB X vom 06.08.1998

Rebscher, Herbert, 1999, **Zum Gerede über den „gläserne Patienten“**, in: VdaK (Hg.): Die Ersatzkasse 9/99, S. 911

VdaK (Hg.), 1999, **Stichwort ICD 10** in: Die Ersatzkasse 9/99, S. 913

Internetseiten

www.bfd.bund.de/aktuelles/ent19990825.html, Entschließung der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom 25.08.1999, „Gesundheitsreform 2000“, Stand: 04.10.1999

www.bmgesundheit.de/vorhaben/reform/sgb//sgb-g.htm, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), Stand: 04.10.1999

www.hausarzt-bda.de, „Beschluss der BDA-Delegiertenversammlung am 23./24. September 1999: Epidemiologie Ja - ICD 10 Nein!“ Stand: 08.11.1999

www.lfd.niedersachsen.de/dokumente/beschl/patienten/htm, „Entschließung: Patientenschutz durch Pseudonymisierung“, Stand: 08.11.1999

Erklärung zur Haus-/Diplomarbeit gemäß § 26 Abs. 6 DiplPrüfO

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus fremdem Quellen übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde Vorgelegen.

Ort, Datum

Unterschrift