

Das Wichtigste in Kürze

Allgemeines

1996 hat das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) den **kurzen Bericht einer Arbeitsgruppe** veröffentlicht, die beauftragt war, den Persönlichkeitsschutz in der Liste der von den Krankenversicherern als Pflichtleistungen zu übernehmenden Analysen zu regeln und diesbezügliche Fragen in anderen Bereichen der sozialen Krankenversicherung zu prüfen. Der Bericht schlug abschliessend unter anderem vor, eine Expertengruppe einzusetzen, welche die Problematik des Persönlichkeitsschutzes in der sozialen und privaten Kranken und Unfallversicherung untersucht.

Anfang 1998 wurde die **Expertenkommission** gemeinsam vom Eidgenössischen Departement des Inneren (zuständig für die Sozialversicherungen) und dem Eidgenössischen Justiz und Polizeidepartement (zuständig für die Privatversicherungen, wozu auch die Zusatzversicherungen zur sozialen Versicherung gehören) eingesetzt. Die von Professor Thomas Geiser von der Universität Sankt Gallen präsidierte Kommission setzte sich zusammen aus Vertretern der Sozial und der Privatversicherer, der Ärzteschaft, der Konsumenten und Patienten, des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten, der Kantone sowie der betroffenen Bundesämter. Der vorliegend zusammengefasste Kommissionsbericht nimmt die **vier Themenbereiche** wieder auf, die sich aus den Diskussionen ergeben haben: obligatorische Pflegeversicherungen, Privatversicherung, Taggeldversicherung sowie Vertrauensärzte und -ärztinnen. Die ganzen Diskussionen in der Kommission drehten sich um das anzustrebende **Gleichgewicht** zwischen dem **Schutz der Privatsphäre** einerseits und der Pflicht zur **Kostenkontrolle** der Sozialversicherer sowie der Notwendigkeit der **Risikobemessung** zwecks Prämienfestsetzung durch die Privatversicherer andererseits. Dass die soziale Versicherung und die private Zusatzversicherung meist vom selben Versicherer geregelt wird, vereinfacht die komplexe Materie nicht. Die Kommission ist zum Schluss gekommen, dass in der Gesetzgebung und in der Praxis **punktuelle Verbesserungen** erzielt werden können. Weiter hat die Kommission bei allen untersuchten Aspekten hervorgehoben, dass die **Transparenz** des Datenflusses und insbesondere die Information der betroffenen Personen äusserst wichtig ist. Die Schlussfolgerungen der Kommission sollen als **Vorschläge zuhanden der Bundesbehörden und der interessierten Kreise** verstanden werden.

Beratungen und Vorschläge der Kommission

Obligatorische Pflegeversicherungen

Zur Erfüllung der ihnen vom Krankenversicherungsgesetz (KVG) und vom Unfallversicherungsgesetz (UVG) übertragenen Aufgaben **müssen die Versicherer in der obligatorischen Kranken und Unfallversicherung Personendaten, insbesondere medizinischer Natur, kennen und bearbeiten**. So können sie insbesondere Leistungsgesuchen von Versicherten nur nachkommen, wenn Rechnungen vorliegen, die bereits medizinische Informationen über die Behandlung enthalten (Tarifpositionen, Namen der Medikamente usw.). Zudem muss der Versicherer prüfen können, ob eine Behandlung der Erkrankung entspricht und ob die Kosten mit dem Nutzen im Verhältnis stehen. Auch dazu sind Angaben medizinischer Natur erforderlich.

Aufgrund dieser Ausgangslage ist die Gewährleistung des Datenschutzes durch die Versicherer erst recht erforderlich und wichtig. Nach Ansicht der Kommission sollte die Erfüllung der Datenschutzerfordernungen **Voraussetzung für die vom Staat erteilte Bewilligung zur Durchführung der Versicherung** sein. Sie schlägt vor, eine diesbezügliche Bestimmung ausdrücklich im KVG und im UVG einzuführen. Die Versicherer müssen nicht nur sicherheitstechnische Massnahmen ergreifen, vordringlich im Bereich der Informatik, sondern auch interne Regelungen über den Zugang von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu den Versicherungsdossiers festlegen. Die Kommission erachtet eine Beschränkung der **Aufbewahrungsdauer** für medizinische Angaben als unerlässlich. Ausserdem macht sie deutlich, dass eine Trennung erforderlich ist zwischen den Diensten, die Leistungen vergüten (wozu die Identität der Versicherten benötigt wird) und den Verantwortlichen für die Erstellung von Statistiken und die Überwachung der Leistungserbringer im Allgemeinen (wozu anonymisierte Daten ausreichen).

Was den Umfang und die Genauigkeit der medizinischen Daten anbelangt, welche die Leistungserbringer den Krankenversicherern (entweder direkt oder über den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin) übermitteln müssen, stellte die Kommission fest, dass **die immer detailliertere Tarifierung der ärztlichen Verordnungen und die Fortschritte in der Informatik** eine konsequentere Kostenkontrolle ermöglichen. Es wurde jedoch auch auf mögliche Risiken für den Schutz der Privatsphäre bei der Anhäufung sensibler Gesundheitsdaten hingewiesen. Die Kostendämpfung im Gesundheitswesen und der Schutz der Privatsphäre sind zwei nicht leicht zu vereinbarende, wichtige Anliegen der Bevölkerung. Die Erörterung dieser Themen konnte dennoch eine Grundlage für die in Zukunft noch notwendigen Diskussionen schaffen.

Schliesslich erinnert die Kommission daran, dass die Versicherer **im Rahmen der obligatorischen Versicherung neue Versicherte keiner Gesundheitsbefragung unterziehen** dürfen. Fragen bezüglich der Gesundheit sind nur beim Abschluss einer Zusatzversicherung gerechtfertigt, wo der Versicherer das Risiko beurteilen können muss (z.B. bei einer Spitalversicherung für die halbprivate Abteilung). In diesem Fall sind aber die Formulare für den Abschluss von Zusatzversicherungen von jenen für den Beitritt in die Grundversicherung **klar zu trennen**. Die Kommission möchte diese Grundsätze im Gesetz verankert wissen.

Private Kranken- und Unfallversicherung

Die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Kranken und Unfallversicherung unterstehen dem Privatrecht, auch wenn sie von Krankenkassen durchgeführt werden. Anders als bei der obligatorischen Versicherung setzt der Versicherer die Prämien nach dem individuellen Risiko fest und kann bei vorhandenen Krankheiten Vorbehalte anbringen oder Antragsteller und Antragstellerinnen sogar ablehnen. Aus diesem Grunde brauchen die Versicherer **Gesundheitsangaben der Bewerber und Bewerberinnen vor dem Vertragsabschluss**. Dazu muss der Antragsteller bzw. die Antragstellerin in der Regel einen Gesundheitsfragebogen ausfüllen und den Versicherer bevollmächtigen, beim behandelnden Arzt Informationen einzuholen.

Die Meinungen der Kommission über den Inhalt des **Gesundheitsfragebogens** waren geteilt. Man konnte sich jedoch darauf einigen, im Gesetz über den Versicherungsvertrag folgendes ausdrücklich festzuhalten: die Fragen dürfen die **Persönlichkeit des Antragstellers oder der Antragstellerin nicht verletzen** und müssen dem **Grundsatz der Verhältnismässigkeit** entsprechen. Die Fragen sollen dem unmittelbaren und objektiven Interesse des Versicherers entsprechen, gewisse Angaben zur Beurteilung des Risikos in Erfahrung zu bringen.

Im Zusammenhang mit der **Ermächtigung der versicherten Person** erachtet die Kommission, dass der Versicherer von ihr nicht verlangen darf, eine zu ungenaue und allgemeine Erklärung zu unterzeichnen. Die Personen, die der Versicherte von der Schweigepflicht entbindet, insbesondere Ärzte, müssen **klar bezeichnet** werden (Formulierungen wie "alle Ärzte, Spitäler und Versicherungsgesellschaften" sollten nicht zulässig sein). Die Ermächtigung sollte nur für Auskünfte erteilt werden, die zur Bemessung des Risikos bei Vertragsabschluss erforderlich sind. Beim Eintritt des Risikos müsste bei der versicherten Person eine neue Ermächtigung eingeholt werden. Diese sollte nur zu Auskünften befugen, namentlich vom behandelnden Arzt, von welchen die versicherte Person vernünftigerweise erwarten muss, dass sie eingeholt werden können. Spezifischere Auskünfte, beispielsweise von früherbehandelnden Ärzten, dürften dem Versicherer indessen nur aufgrund einer neuen Ermächtigung erteilt werden. Die versicherte Person muss nämlich über die vom Versicherer bei Dritten eingeholten Auskünfte informiert sein.

Hat eine Person **die obligatorische Grundversicherung und die Zusatzversicherung beim gleichen Versicherer** abgeschlossen, kann es vorkommen, dass dieser bei der Zusatzversicherung auf die Daten aus der Grundversicherung zurückgreift. Da die Versichertendossiers **in der Regel von ein und derselben Person bearbeitet** werden und ein Ganzes bilden, lässt sich dies nach Ansicht der Kommission in der Praxis kaum vermeiden. Der Grund für diese unbefriedigende Situation im Persönlichkeitsschutz ist in der geltenden Gesetzgebung zu finden, wonach Einrichtungen, welche die soziale Grundversicherung durchführen, auch selbst private Zusatzversicherungen anbieten können (einzige Ausnahme bildet die SUVA). Es war nicht Sache der Kommission, diese **Haltung des Gesetzgebers** in Frage zu stellen. Sie spricht sich jedoch dafür aus, wenigstens das vom Gesetz in der Grundversicherung vorgesehene System der **Vertrauensärzte und -ärztinnen** auf die Zusatzversicherung auszudehnen. Dieses System hat den Vorteil, dass medizinische Daten dem Versicherer nur über einen Vertrauensarzt oder eine Vertrauensärztin und nicht direkt der Administration übermittelt werden können. Die Kommission weist im Übrigen darauf hin, dass ohne die Zustimmung der betroffenen Person der Austausch von Personendaten **ausgeschlossen** ist zwischen der Grundversicherung und einer **von einer anderen Einrichtung** betriebenen Zusatzversicherung (auch wenn es sich um eine von einer Krankenkasse gegründete private Versicherungsgesellschaft handelt) oder **einer weiteren Versicherungsart**, wie einer Lebens oder Haftpflichtversicherung.

Das Thema Versicherung und **Gentests** war nicht Gegenstand der Beratungen dieser Kommission, da diese Frage im Rahmen der Ausarbeitung eines Gesetzes über gentechnische Untersuchungen beim Menschen behandelt wird. Der Vorentwurf zu diesem Bundesgesetz ist im September 1998 in die Vernehmlassung geschickt worden (die entsprechende Botschaft des Bundesrates zuhanden der Räte ist in Bearbeitung). Der erwähnte Vorentwurf sieht vor, dass der Versicherer keine pränatalen oder präsymptomatischen Genuntersuchungen verlangen kann und die Ergebnisse bereits erfolgter Untersuchungen grundsätzlich auch nicht erfahren darf. In Ausnahmefällen, die vom Bundesrat genannt werden, dürfte er indessen die versicherte Person nach dem Ergebnis einer präsymptomatischen Genuntersuchung fragen. Es wird sich um Fälle handeln, bei denen **wissenschaftlich erwiesen** ist (etwa mit Hilfe von Statistiken und Wahrscheinlichkeitsrechnungen), dass **die Kenntnis der Untersuchungsergebnisse für die Prämienberechnung massgebend ist**. Dieser Vorschlag bezieht sich auf die Aufdeckung von Erbkrankheiten. Nun hat sich die Kommission mit der Frage befasst, ob für erworbene Krankheiten nicht ähnliche Garantien vorgesehen werden sollen. Der Kommissionsbericht hält dazu fest, dass, im Falle der Einführung der erwähnten Regelung im Genombereich, **alle Fragen des Versicherers der Bewilligungspflicht** zu unterstellen sind und zwar unabhängig davon, ob es sich um Erbkrankheiten oder erworbene Krankheiten handelt.

Schliesslich beantragt die Kommission, dass auch **Kenntnisse des Datenschutzes** zu den Voraussetzungen für den Eintrag in das **Register für Versicherungsagenten und -agentinnen** gehören, welches im Rahmen der Revision des Gesetzes betreffend die Aufsicht über die Versicherung vorgesehen ist.

Im Allgemeinen ist die Kommission der Auffassung, **dass Ungleichbehandlungen**, die durch Kenntnisse des Gesundheitszustandes der versicherten Person bedingt sind, mit **einer guten obligatorischen Grundversicherung am besten vermieden werden können**, da diese keine Bemessung des individuellen Risikos vornimmt.

Taggeldversicherung

In der Schweiz ist die Taggeldversicherung grundsätzlich nicht obligatorisch (ausser bei Unfällen für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen). Zwar gibt es eine soziale Taggeldversicherung, die im KVG geregelt ist, aber für "gute Risiken" besteht die Möglichkeit, eine meist vorteilhaftere Privatversicherung abzuschliessen. **Die soziale Taggeldversicherung verliert denn auch gegenüber der Privatversicherung**, die ja auch von den Sozialversicherern (mit Ausnahme der SUVA) betrieben werden darf, **immer mehr an Bedeutung**.

In der sozialen wie auch in der privaten Taggeldversicherung **benötigt der Versicherer grundsätzlich von Anfang an Informationen über den Gesundheitsstand der versicherten Person**, sei es um die Prämie festzusetzen oder um einen Vorbehalt anzubringen. In der Privatversicherung kann er gar einen Bewerber oder eine Bewerberin ablehnen. Zwar sind in der Praxis zahlreiche Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen für die Lohnersatzleistung bei einer **Kollektivversicherung des Betriebs** gedeckt, die meist weder eine medizinische Eintrittsuntersuchung noch eine Gesundheitsbefragung erfordert. Es handelt sich hier aber lediglich um eine **Praxis, die im Übrigen nicht allgemein verbreitet ist**. In allen anderen Fällen kann die Ablehnung eines Bewerbers bzw. einer Bewerberin oder das Anbringen eines Vorbehalts durch die Versicherung zur Folge haben, dass der Arbeitgeber einen Arbeitnehmenden aufgrund seines Gesundheitszustands nicht einstellt oder weiterbeschäftigt. **Ein Grossteil dieses Problem wäre gelöst, wenn die Taggeldversicherung obligatorisch wäre**, weil die Versicherer alle Bewerber und Bewerberinnen ohne vorgängige medizinische Untersuchung oder Gesundheitsbefragung versichern müssten. Es war aber nicht Sache der Kommission, die auf **politische Entscheide** beruhende Freiwilligkeit der Taggeldversicherung in Frage zu stellen. Die Kommission hat sich darauf beschränkt, eine Regelung vorzuschlagen, wonach der Arbeitgeber, der sein **Personal dazu verpflichtet, sich einer Kollektivversicherung anzuschliessen**, dafür zu sorgen hat, dass der Versicherer **weder eine medizinische Eintrittsuntersuchung noch eine Gesundheitsbefragung** durchführt. Die Kommission war sich indessen bewusst, dass eine solche Bestimmung nur relativ wirksam sein wird, solange die Versicherung nicht allgemein obligatorisch ist. Um zu verhindern, dass der Arbeitgeber diese Regelung umgeht, indem er die Arbeitnehmenden einer obligatorischen medizinischen Eintrittsuntersuchung unterzieht (die grundsätzlich nichts mit der Versicherung zu tun hat), schlägt die Kommission zusätzlich vor, eine Bestimmung im Arbeitsvertragsrecht einzuführen, wonach eine **Eintrittsuntersuchung** (oder jegliche andere medizinische Untersuchung) nur dann angeordnet werden darf, wenn **die Art der Arbeit besondere Anforderungen an die Gesundheit stellt**.

Vertrauensärzte und -ärztinnen

Von Gesetzes wegen sind die Versicherer nur in der obligatorischen **Krankenpflegeversicherung** dazu verpflichtet, Vertrauensärzte bzw. -ärztinnen zu bestellen. Einige Krankenkassen haben einen eigenen vertrauensärztlichen Dienst, andere beauftragen einen externen Arzt. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin übernimmt eine **Filterfunktion zwischen dem behandelnden Arzt oder einem anderen Leis-**

tungserbringer und der Kassenverwaltung. Die versicherte Person darf vom Leistungserbringer verlangen, Informationen nur an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin zu übermitteln. Der Kommissionsbericht gibt eine detaillierte Beschreibung von Aufgabe und Stellung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin, wie sie aus den Bestimmungen des KVG und ihrer Auslegung bei den Diskussionen in der Kommission hervorgehen. Zudem sind im Bericht einige Vorschläge zur Verbesserung der heutigen Situation enthalten.

So schlägt die Kommission unter anderem vor, das System der Vertrauensärzte und -ärztinnen auf die Zusatzversicherungen und die Taggeldversicherung auszudehnen, sofern diese von der gleichen Versicherung betrieben werden wie die obligatorische Pflegeversicherung. Wie bereits erwähnt, zielt dieser Vorschlag darauf ab, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass eine klare Trennung von Zusatz und Grundversicherung bei der Bearbeitung der Versichertendossiers in der Praxis kaum möglich ist. In diesem Zusammenhang ist die Kommission der Ansicht, dass Personen, die eine Krankenpflegezusatzversicherung oder eine Taggeldversicherung abschliessen wollen, die Möglichkeit haben sollten, den ausgefüllten **Gesundheitsfragebogen** nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zuzustellen.

Ohne die Vergütung der Vertrauensärzte und -ärztinnen, als Arbeit oder Auftragnehmer, durch die Versicherer in Frage zu stellen, unterstreicht die Kommission alle Aspekte ihrer Stellung, die ihre **Unabhängigkeit gegenüber der Kassenverwaltung** gewährleisten. Nach Ansicht der Kommission dürfen Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen im medizinischen Bereich keine Weisungen der Kassenverwaltungen entgegennehmen. Organisatorisch gesehen, können die vertrauensärztlichen Dienste also nicht der Leistungsabteilung oder etwa der Marketingabteilung untergeordnet werden. Es muss gewährleistet sein, dass sie über einen eigenen Posteingang sowie gesicherte Räumlichkeiten und Informatikmittel verfügen. Im Gesetz soll festgehalten werden, dass sie **über medizinische Fragen für den Versicherten verbindlich befinden** und dass sie auch **selbst über die Weitergabe medizinischer Daten an die Kassenverwaltung entscheiden**, welche ihnen von der versicherten Person oder vom Leistungserbringer mitgeteilt worden sind. Für Streitigkeiten zwischen einem Vertrauensarzt oder einer Vertrauensärztin und einem Versicherer bezüglich dieser Datenweitergabe schlägt die Kommission vor, dass die entsprechenden Dachorganisationen gemeinsam eine **Rekursstelle** einrichten oder das Schiedsgericht (das bereits heute in jedem Kanton besteht) als zuständig erklären.

Die Kommission erachtet eine **Ausdehnung des Systems der Vertrauensärzte und -ärztinnen auf die Unfallversicherung nicht als erforderlich.** In dieser Versicherung spielt die Kausalbeziehung eine entscheidende Rolle, denn es muss ermittelt werden, inwiefern die gesundheitliche Beeinträchtigung oder die Lebensgefährdung tatsächlich auf den Unfall zurückzuführen ist. Zudem ist bei der Bemessung der Invalidenrente auch die allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit ausschlaggebend. In diesen zwei Bereichen sind die medizinischen und die übrigen Daten so eng miteinander verbunden, dass der medizinische Dienst und die Verwaltung zusammenarbeiten müssen. Die Diskussionen in der Kommission haben gezeigt, dass man sich zumindest fragen darf, ob nicht gewisse besonders heikle Unterlagen nur dem medizinischen Dienst zugänglich sein sollten.

Tragweite der Schlussfolgerungen

Die Vorschläge im Kommissionsbericht sollen als **Denkanstösse zuhanden der Bundesbehörden und der interessierten Kreise** im Hinblick auf künftige Gesetzesrevisionen oder Verbesserungen in der Praxis verstanden werden. Der Bericht erwähnt in diesem Zusammenhang, dass der Nationalrat in der Junisession 2000, parallel zu den Arbeiten der Expertenkommission (und unabhängig davon), ein **Postulat der Kom-**

mission für Rechtsfragen gutgeheissen hat. Darin wird der Bundesrat eingeladen, einen Bericht über die Sachlage bei der Bearbeitung medizinischer Daten in allen Sozialversicherungsbereichen vorzulegen. Das Postulat (00.3178) wurde vom Bundesrat entgegengenommen. Nach Ansicht der Expertenkommission ist ihr Bericht (der sich nur auf die Kranken und Unfallversicherung bezieht) ein wichtiger Schritt in Richtung der vom Postulat geforderten, umfassenderen Untersuchung.

Bundesamt für Sozialversicherung

Den vollständigen Bericht können Sie beim Bundesamt für Bauten und Logistik (www.bbl.admin.ch) unter der Bestellnummer 318.010.7/01d bestellen.