

Forum E

Recht der Dienste und Einrichtungen, Leistungserbringungsrecht und -strukturen
– Diskussionsbeitrag Nr. 1/2015 –

23.01.2015

Sektorengrenzen überwinden – Rechtliche Möglichkeiten für Patientendatenaustausch –

*von Prof. Dr. Katja Nebe und Cindy Schimank (LL.M.),
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*

I. Thesen der Autorinnen

1. Für eine umfassende Versorgung der Leistungsberechtigten mit Leistungen nach den Büchern des Sozialgesetzbuchs (SGB) bedarf es der Kooperation und Koordination der Leistungsträger und Leistungserbringer.
2. Das Versorgungsmanagement gemäß § 11 Abs. 4 SGB V und das Entlassungsmanagement gemäß § 39 Abs. 1 S. 4 bis 6 SGB V sowie die Beratungspflicht gemäß § 7 Abs. 2 S. 2 SGB XI sind geeignet, Schnittstellenprobleme, die im gegliederten Sozialleistungssystem entstehen können, zu überwinden. Die Management- und Beratungspflichten können und sollen zu einer umfassenden Versorgung beitragen.
3. Beim Versorgungs- und Entlassungsmanagement sowie der Beratung ist der Sozialdatenschutz zu beachten. Hierfür ist die Aufklärung der Versicherten über deren erforderliche Einwilligung in die Datenübermittlung unerlässlich. Der Datenschutz darf

jedoch nicht als Vorwand genutzt werden, die berechtigten Leistungsansprüche zu verkürzen.

II. Hintergrund – Schnittstellenprobleme im gegliederten Sozialleistungssystem

Das gegliederte Sozialleistungssystem¹ ist ein komplexes Gefüge, in dem u. a. Leistungen der Krankenbehandlung, Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie Pflegeleistungen von verschiedenen Leistungsträgern gewährt und durch unterschiedliche Leistungserbringer ausgeführt werden. Für eine optimale Versorgung und die Sicherung von Behandlungserfolgen bzw. Teilhabezielen bedarf es der Kooperation und Koordination der beteiligten Akteure, so dass Schnittstellenprobleme nicht zu Lasten der Leistungsberechtigten gehen.

¹ Die Bezeichnung „gegliedertes Sozialleistungssystem“ beschreibt die Systematik, nach der die unterschiedlichen Sozialleistungen gewährt werden.

Um einen nahtlosen Übergang zwischen den Sektorengrenzen zu gewährleisten, beinhalten die Bücher des Sozialgesetzbuchs auch jenseits der bekannten Koordinationsbestimmungen in den §§ 10–14 SGB IX Regelungen, die die Leistungsträger und Leistungserbringer zur Abstimmung verpflichten. Ein Bereich, in dem es im besonderen Maße gilt, Schnittstellenprobleme zu erkennen und aufzulösen, ist der Übergang von der Krankenhausbehandlung in die nachgehende Versorgung. Im Folgenden werden daher insbesondere die Vorschriften betrachtet, die sich auf diesen Übergang beziehen. Zudem werden die Verpflichtungen der verschiedenen Akteure bei Bekanntwerden bzw. Feststellung von Pflegebedürftigkeit in den Blick genommen. Im Anschluss an eine knappe Darstellung der einzelnen Regelungen werden datenschutzrechtliche Aspekte aufgegriffen und diskutiert.

III. Sektorenübergreifende Abstimmung speziell für gesundheitsbezogene Sozialleistungen: Rechtsgrundlagen

Seit 2007 regelt **§ 11 Abs. 4 SGB V** den Anspruch der Versicherten auf ein **Versorgungsmanagement** beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Diese allgemeine Regelung fordert die Leistungserbringer auf, sich die hierfür erforderlichen Informationen zu übermitteln, gegebenenfalls mit Unterstützung der Krankenkassen. Ausdrücklich einbezogen sind die Pflegebe-rater (§ 7a SGB XI).

Speziell aufgegriffen wird die Pflicht zum Versorgungsmanagement in **§ 39 Abs. 1 S. 4 bis 6 SGB V** (Entlassungsmanagement). Diese Norm wurde 2011 eingeführt und bezieht sich speziell auf die Krankenhausbehandlung. Das Entlassungsmanagement soll sowohl die medizinische als auch die rehabilitative und pflegerische An-

schlussversorgung gewährleisten² und so vermeiden, dass Behandlungserfolge verloren gehen oder eine erneute Krankenhausbehandlung erforderlich wird. Zum Entlassungsmanagement sind die Krankenhäuser³ verpflichtet. Diese müssen den Übergang in die anschließende Versorgung organisieren. Zu denken ist u. a. an die nachgehende Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln oder Medikamenten⁴ sowie an die Planung und Beantragung anschließender Pflegeleistungen.

Das Ziel der verbesserten Versorgung durch Kooperation wird auch im SGB XI (Pflegeversicherung) aufgegriffen. So regelt **§ 7 Abs. 2 S. 2 SGB XI** eine Benachrichtigungspflicht, wonach Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Versorgungseinrichtungen sowie Sozialleistungsträger die Pflegekasse zu informieren haben, soweit Pflegebedürftigkeit festgestellt wird bzw. sich diese abzeichnet.

Zu verweisen ist zudem auf die bereichsübergreifenden Regelungen des SGB IX, hier insbesondere auf §§ 10 und 27 SGB IX. § 10 SGB IX verpflichtet die Leistungsträger zur Koordination. Ziel ist, die Leistungen verschiedener Träger im Interesse des Leistungsberechtigten so zu koordinieren, dass sie nahtlos ineinander greifen. Verantwortlich für die Kooperation ist der zuständige Reha-Träger (§ 14 SGB IX). § 27 SGB IX stellt klar, dass die Kooperationsverpflichtungen auch bei Leistungen der Krankenhausbehandlung gelten. Damit ist die Vorschrift zur Kooperation aus § 10 SGB IX auch im Rahmen der vorliegend näher betrachteten Krankenhausbehandlung zwingend zu beachten.

Die praktische Erfüllung der dargestellten Regelungen setzt voraus, dass die im Rah-

² Becker/Kingreen, Kommentar SGB V, 2014, § 39 Rn. 33.

³ Verpflichtet sind die Krankenhäuser, die im Auftrag der Gesetzlichen Krankenkassen handeln.

⁴ Zur konkreten Reichweite des Entlassungsmanagements bei Kooperation von Krankenhaus und Apotheke siehe: BSG, Urt. v. 13.03.2014, Az.: I ZR 120/13.

men der Behandlung erhobenen Gesundheitsdaten über den eigenen Versorgungsbereich hinaus übermittelt werden. Aufgrund der hohen Sensibilität gesundheitsbezogener Daten ist hierbei der Datenschutz in besonderem Maße zu beachten.

IV. Datenschutz als Paradigma und Konsequenzen fehlender Datenübermittlung

1. (Sozial)Datenschutz im Sozialrecht

Zwingende Voraussetzung dafür, dass das Versorgungs- und das Entlassungsmanagement durchgeführt sowie die Benachrichtigungspflicht erfüllt werden können, ist die Einwilligung der Versicherten in die Übermittlung ihrer Daten. Diese Voraussetzung ist in allen der drei vorgestellten Normen enthalten, die damit das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz umsetzen.⁵ Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung beinhaltet das Recht jeder Person, selbst über die Preisgabe und Verwendung ihrer Daten zu bestimmen. Eine Einschränkung ist an strenge Anforderungen geknüpft und kann nur auf Grundlage eines Gesetzes und unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit erfolgen.

Da gerade von der Sozialverwaltung zahlreiche Daten erfasst werden, die sich auf höchstpersönliche Lebensverhältnisse beziehen, ist der Schutz dieser Daten von zentraler Bedeutung.⁶ Auch das Bundessozialge-

richt betont die Sensibilität personenbezogener Gesundheitsdaten und den hohen Stellenwert datenschutzrechtlicher Belange.⁷ Dementsprechend beinhaltet das Sozialrecht, neben den allgemeinen Regelungen, die das Bundesdatenschutzgesetz vorsieht, besondere Vorgaben zum Sozialdaten-schutz. Allgemeine Vorschriften finden sich im SGB I und im SGB X.⁸ Grundsätzlich gilt, dass Daten nur nach Einwilligung der Leistungsberechtigten übermittelt werden dürfen. Abweichungen hiervon sind nur auf Grundlage der im SGB X geregelten Ausnahmen zulässig.⁹ Ergänzt werden die allgemeinen Regelungen durch spezielle Vorschriften in den einzelnen Büchern des SGB, so auch im Fall der oben vorgestellten Normen.

2. Datenschutz – aufklärungsbasierte Einwilligung – Verfahren

Die Einwilligung der Versicherten als ausdrückliche vorherige Zustimmung erfolgt im Regelfall schriftlich, nachdem die/der Versicherte zuvor über Grund und Ziel der Datenübermittlung aufgeklärt worden ist (§ 67b Abs. 2 S. 3 SGB X). Eine wirksame Aufklärung und Einwilligung setzen voraus, dass die betroffene Person einwilligungs- und damit auch einsichtsfähig ist. Das heißt, sie muss die Folgen ihrer Erklärung abschätzen können. Die Geschäftsfähigkeit, also die Fähigkeit, rechtsgeschäftlich wirksam handeln zu können (§ 104 BGB), ist hingegen nicht vorausgesetzt.

Personen, bei denen die natürliche Einsichtsfähigkeit nicht gegeben ist, können ihre Einwilligung nur durch eine Vertretungsper-

⁵ Dieses wurde durch das „Volkszählungsurteil“, einer Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts, anerkannt, BVerfG, Urt. v. 15.12.1983, Az.: BvR 209/83, 1 BvR 484/83, 1 BvR 440/83, 1 BvR 420/83, 1 BvR 362/83, 1 BvR 269/83.

⁶ Siehe hierzu Waltermann (2014), Sozialrecht, S. 268 Rn. 665; siehe auch die verschiedenen Regelungen zum Datenschutz in den Gemeinsamen Empfehlungen (GE) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), z. B.: § 8 der GE REHA-PROZESS, § 9 der GE „Einrich-

tungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX; § 9 der GE nach § 113 Abs. 2 SGB IX zur Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste durch die Rehabilitationsträger.

⁷ BSG, Urt. v. 10.12.2008 – B 6 KA 37/07.

⁸ Siehe § 35 SGB I sowie Kapitel 2 SGB X.

⁹ Z. B. Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben zwischen den Leistungsträgern nach §§ 69 I Nr. 1 SGB X, 35 I, 12 SGB I.

son, wie bspw. gesetzliche Betreuer¹⁰ oder Bevollmächtigte, erklären. Damit ergibt sich, dass die Vertretungsperson über Anlass und Reichweite der Datenübermittlung aufzuklären ist. Die Vertretungsperson muss sich bei ihrer Stellvertreterentscheidung wiederum am Willen bzw. mutmaßlichen Willen des/der Vertretenen orientieren.¹¹

Unterbleibt die auf Aufklärung basierende Einwilligung, dürfen die Daten nicht übermittelt werden. Damit wiederum fehlt die Basis für das Versorgungs- und Entlassungsmanagement bzw. die Benachrichtigung der Pflegekasse.

3. Konsequenzen unterlassener Datenübermittlung

Der Schutz personenbezogener Gesundheitsdaten ist von besonders hoher Bedeutung und darf trotz gewisser Herausforderungen in der alltäglichen Klinikpraxis nicht vernachlässigt werden. Er darf wiederum für die beteiligten Akteure nicht als Vorwand dienen, um sich den Übermittlungs- und Managementaufgaben zu entziehen. Die Nachteile, die sich aus einer unzureichenden Übermittlung und Koordination ergeben können, sind nicht zu unterschätzen. Denkbar wäre, dass bereits erzielte Behandlungserfolge nicht bzw. nicht ausreichend gesichert werden können, weil die erforderliche nachstationäre Versorgung ausbleibt. Ganz allgemein könnten Leistungsberechtigte ihnen zustehende Leistungen nicht bzw. erst verspätet erhalten. Dies wäre vor allem bei pflichtwidrig unterlassener Berichtspflicht an die Pflegekassen denkbar. So könnten ge-

mäß § 33 Abs. 1 SGB XI erforderliche Anträge, z. B. für den Anspruch auf Pflegeleistungen oder auf Pflegegeld, erst verspätet bzw. gar nicht gestellt werden. Unterbleiben erforderliche Leistungen, könnte dies wiederum die Pflegebedürftigkeit verschlimmern. Werden hilfebedürftige Personen ohne Sicherstellung ihrer Versorgung in ihr unverändertes Lebensumfeld entlassen, drohen schon nach sehr kurzer Zeit erhebliche Risiken.¹² Ein auf Einwilligung basierendes Überleitungsmanagement kann und soll diesen Gefährdungen vorbeugen.

Obwohl es also in erster Linie darum gehen muss, berechnete Leistungen zu gewähren und auf die dazu erforderlichen Verfahrensschritte hinzuwirken, sind Sanktionen im Falle der Verletzung von Verfahrenspflichten nicht unwesentlich. In der zivilrechtlichen Judikatur wurden Schadenersatzansprüche gegen die Leistungserbringer wegen unterlassener Übermittlung der Patienteninformationen je nach Einzelfall für denkbar erachtet.¹³ In der Sozialgerichtsbarkeit wurden wiederum Ansprüche im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs¹⁴ gegen

¹⁰ Für die Einwilligung in die Datenübermittlung personengebundener Gesundheitsdaten ist es notwendig, dass der Betreuer für die entsprechenden Aufgabenkreise bestellt ist (Gesundheitsvorsorge, Aufenthaltsbestimmung).

¹¹ Vertiefend zur Wahrung der Patientenautonomie siehe Beetz (2013), Stellvertretung als Instrument der Sicherung und Stärkung der Patientenautonomie: ein Beitrag zur Komplementarität von Zivil- und Sozialrecht.

¹² MDS, Grundsatzstellungnahme, Essen und Trinken im Alter, 2014, auf S. 39 eindrücklich zu den Folgen gestörter Flüssigkeitsversorgung.

¹³ So für vertragliche Haftung aus Behandlungs- oder aus Beratungsvertrag OLG Hamburg, 20.03.2007, Az.: 1 W 6/07, PatR 2008 10 mit Anm. Friedenhausen MedR 2007, 551; hingegen verneint aus deliktischer Haftung, da die in § 7 Abs. 2 S. 2 SGB IX angeordneten ärztlichen Informationspflichten als lediglich öffentlich-rechtliche Vorschrift, ohne Schutzgesetzcharakter im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB gesehen worden ist, so wiederum ausdrücklich LG Dortmund, 04.07.2007, Az.: 4 O 269/04; OLG Hamm, 13.11.2007, Az.: 3 U 207/07 und insoweit ebenfalls ablehnend OLG Hamburg, 20.3.2007, Az.: 1 W 6/07, PatR 2008, 10.

¹⁴ Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch wurde vom Bundessozialgericht entwickelt und dient dazu, einen Schaden, der Leistungsberechtigten durch eine Fehlberatung entstanden ist, zu kompensieren bzw. zu begrenzen, vgl. BSG, 04.09.2013, Az.: B 12 AL 2/12 R mit Anm. Scholz, jurisPR-SozR 6/2014 Anm. 4; siehe auch Waßer JA 2001, 137.

die Leistungsträger anerkannt,¹⁵ wobei diesen wiederum die unterbliebene Übermittlung seitens des Leistungserbringers zugeordnet worden ist.

V. Abschließende Bemerkung und Ausblick

Insgesamt sind die im vorliegenden Beitrag vorgestellten Regelungen geeignet, Schnittstellenprobleme, die sich aus der Versorgung innerhalb des gegliederten Systems ergeben, aufzulösen. Gleichzeitig werden damit hohe Anforderungen an die Akteure der medizinischen Versorgung, Rehabilitation und Pflege (insbesondere an die Krankenhäuser) gestellt. Diese tragen die Verantwortung für die bereichsübergreifende Leistungskoordination und gleichzeitig dafür, das grundgesetzlich verankerte Recht auf informationelle Selbstbestimmung zu wahren. Die Datenblätter der Einrichtungen und Dienste müssen daher regelmäßig anhand der Grundsätze der Datenvermeidung und Datensparsamkeit überprüft werden. Alle Beteiligten, Gesundheitsdienstleister wie Angehörige, Betreuungs- oder sonstige Vertretungspersonen, müssen sich ihrer Verantwortung für den Schutz der Persönlichkeitsrechte der Patienten bewusst sein.

Die im vorliegenden Beitrag aufgegriffenen Regelungen sind von zentraler Bedeutung für eine umfassende, Sektorengrenzen übergreifende Versorgung, weswegen deren Anwendung dringend erforderlich ist. Das Entlassungsmanagement aus § 39 Abs. 1 S. 4 bis 6 SGB V wird auch im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)¹⁶ vom 21.10.2014 auf-

gegriffen. Der neu vorgesehene § 39 Abs. 1a SGB V setzt an bestehenden Umsetzungsproblemen an. Krankenhäuser sollen künftig Leistungen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung verordnen dürfen; die Krankenkassen sollen stärker in den Prozess des Entlassungsmanagements einbezogen werden; hierzu wird den Versicherten ein unmittelbarer Rechtsanspruch gegen die Krankenkasse auf ergänzende Unterstützung des Entlassungsmanagements eingeräumt. Der Gesetzentwurf betont außerdem den hohen Stellenwert des Datenschutzes speziell für das Entlassungsmanagement.¹⁷ Zwar stimmt die geplante Neuregelung mit der derzeitigen und in diesem Beitrag dargelegten Rechtslage überein. Dies wiederum spricht eher gegen eine ausdrückliche Spezialregelung. In den Stellungnahmen der Verbände einiger Krankenkassen ist jedoch vom Datenschutz „als bürokratischer Hürde“ beim Entlassungsmanagement die Rede.¹⁸ Dies scheint die Notwendigkeit zu belegen, dem Datenschutz in der Praxis auch im Wege ausdrücklicher spezialgesetzlicher Regelung zur Wirksamkeit zu verhelfen.

Wegen des hohen verfassungsrechtlichen Ranges der informationellen Selbstbestimmung ist allerdings zugleich vorsichtig mit durchaus vorstellbaren Ausnahmesituationen zu verfahren, in denen die Patienten selbst nicht einwilligungsfähig und handlungswillige Vertretungspersonen nicht rechtzeitig erreichbar sind. Der für diese Fäl-

recht.de/infothek/aus-verbaenden-organisationen-institutionen/stellungnahmen/stellungnahmen-zum-entwurf-eines-gesetzes-zur-staerkung-der-versorgung-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung-gkv-vsg/

¹⁷ Ausdrücklich heißt es im vorgeschlagenen § 39 Abs. 1a SGB V in Satz 8: „Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

¹⁸ So bspw. die Stellungnahme des BKK-Dachverbandes, abrufbar unter www.reha-recht.de/infothek (vgl. Link in Fußnote 16).

¹⁵ LSG Berlin/Brandenburg, 23.09.2010, Az.: L 27 P 5/09 mit Anm. Nebe/Kurazova, DVfR Forum A-12/2012 unter www.reha-recht.de.

¹⁶ Referentenentwurf und Stellungnahmen der Verbände hierzu sind abrufbar unter www.reha-recht.de.

le vorgeschlagene Verzicht auf die datenschutzrechtliche Einwilligung¹⁹ muss sorgfältig diskutiert werden. Auch insoweit gilt zu bedenken, dass es sich hierbei nicht um eine Besonderheit am Schnittstellenbereich von stationärer und ambulanter Versorgung im Bereich des SGB V, sondern um eine grundsätzliche datenschutzrechtliche Frage im Bereich der koordinierenden Leistungsgewährung und -erbringung handelt, für deren

Regelungsort sich im Falle weiteren Kodifizierungsbedarfes das SGB IX sowie SGB X anbieten.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

¹⁹ Insoweit für eine gesetzliche Verzichtsregelung der Verband der Ersatzkassen, vdek e. V., in seiner Stellungnahme, S. 16, abrufbar unter www.reha-recht.de/infothek (vgl. Link in Fußnote 16).