

mehr voraus, dass sich dieser bis zum Entstehen des Rentenanspruchs in der Schweiz aufgehalten haben muss. Somit hat der Versicherte gemäss Art. 13 des Abkommens, in Kraft seit 1. November 1995, die Möglichkeit, trotz der Rückkehr nach Portugal während eines Jahres Beiträge zu bezahlen, wie wenn er Wohnsitz in der Schweiz hätte. Dies hat zur Folge, dass er die für den Erwerb einer ordentlichen IV-Rente erforderliche einjährige Mindestbeitragsdauer erreichen kann.

7. Die in der angefochtenen Verfügung angeordnete Verneinung der versicherungsmässigen Voraussetzungen ist deshalb aufzuheben, und die Akten sind an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diese den Anspruch des Versicherten auf eine IV-Rente im Lichte der neuen Formulierung von Art. 13 des Abkommens prüfen und erneut darüber befinden kann.

Datenschutz Protection des données

**Urteil des Verwaltungsgerichts (Verwaltungsrechtliche Abteilung) vom
28. Januar 1998 i.S. X. (VGE 20171)**

Berichtigung einer Krankengeschichte

1. Das Anlegen einer Krankengeschichte durch den Arzt ist ein Bearbeiten von besonders schützenswerten Personendaten und berührt die persönliche Freiheit des Patienten (Art. 12 und 28 KV, Art. 3, 5 und 6 DSG; E. 3).
2. Pflicht des Arztes zur Aufzeichnung der Krankengeschichte; Bestandteile und Umfang (Art. 20 GesG; E. 4 und 5b).
3. Anspruch auf Berichtigung unrichtiger und Vernichtung unnötiger Daten; Gendarstellungsrecht (Art. 18 KV, Art. 23 DSG). Lösungs- und Änderungsbegehren im vorliegenden Fall abgelehnt; Gendarstellung genügt (E. 5c).

Rectification de l'histoire de la maladie

1. Lorsqu'il établit l'histoire d'une maladie, le médecin traite des données particulièrement dignes de protection. Ce travail touche la liberté personnelle du patient (art. 12 et 28 ConstC, art. 3, 5 et 6 LPD; cons. 3).
2. Obligation du médecin de noter l'histoire de la maladie; éléments et étendue de cette obligation (art. 20 LSP; cons. 4 et 5b).
3. Droit d'exiger la rectification ou la destruction de données qui ne sont pas exactes ou pas nécessaires; droit de faire enregistrer une version contradictoire (art. 18 ConstC, art. 23 LPD). Demande de radiation et de modification rejetée en l'espèce; la version contradictoire suffit (cons. 5c).

Sachverhalt (gekürzt):

A. Am 18. Februar 1995 wurde X. Opfer eines Verkehrsunfalls (Auf-fahrkollision). Im Bezirksspital, wo er sich tags darauf ambulant behandeln liess, wurde ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert. Da die Beschwerden anhielten und weitere dazukamen, wandte sich der Hausarzt, der X. im Anschluss an die Erstbehandlung betreute, am 31. März 1995 für ein Konsilium an die Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik des Inselspitals Bern. Im Anschluss daran fand eine Untersuchung an der Psychiatrischen Universitätspoliklinik (PUK) statt. Dr. A. und Dr. B., die X. am 4. April 1995 in ihrer Sprechstunde sahen, kamen zum Schluss, dass sich die anhaltenden Beschwerden nicht eindeutig dem

Schleudertrauma zuordnen liessen. Sie überwiesen X. deshalb zu einer spezialärztlichen Abklärung an einen Neurologen. Dieser konnte dem von den Dres. A. und B. verfassten Eintrag in der Krankengeschichte entnehmen, dass X. bereits im Jahre 1984 psychiatrisch behandelt worden war. Dem Überweisungsbericht an den Neurologen ist im weiteren zu entnehmen, dass die Dres. A. und B. Facetten des früheren Verhaltens zu erkennen glaubten, die sich möglicherweise unter der aktuellen Stresssituation verstärkt hätten.

B. Am 16. Februar 1996 gelangte X. mit dem Begehren an den Direktor der PUK, dass falsche Eintragungen in der Krankengeschichte vom 4. April 1995 zu korrigieren und nicht notwendige Informationen – gemäss ausführlicher Liste – zu löschen seien. Er machte geltend, die Krankengeschichte von 1984 sei entgegen seinem ausdrücklichen Willen weitergegeben worden. Sollte dafür eine gesetzliche Grundlage fehlen, so verlange er, dass Bemerkungen über frühere psychiatrische Behandlungen unverzüglich aus den an Dritte weitergegebenen Schriftstücken entfernt bzw. korrigiert würden. Im übrigen behalte er sich vor, für Schäden aus der widerrechtlichen Bekanntgabe der alten Krankengeschichte eine Entschädigung einzufordern. Schliesslich seien die veranlassten Korrekturen den von ihm bezeichneten Dritten bekanntzugeben.

Nachdem die Direktion des Inselspitals am 10. Mai 1996 eine Datensperre für die Krankenunterlagen von X. erlassen hatte, entschied sie am 12. Juni 1996, die Eingabe vom 16. Februar 1996 werde dem Eintrag in der Krankengeschichte vom 4. April 1995 als Korrektur und Gegendarstellung beigelegt. Über die verlangte Orientierung noch zu bezeichnender Dritter werde erst entschieden, wenn die Verfügung in Rechtskraft erwachsen sei. Im übrigen würden die Begehren abgewiesen.

C. Die dagegen erhobene Beschwerde hiess die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) – soweit sie darauf eintrat – teilweise gut (Entscheid vom 4. August 1997). Sie erkannte namentlich, das Inselspital habe dem nachbehandelnden Neurologen eine bereinigte Fassung des Überweisungsberichts vom 7. April 1995 zuzustellen und X. mit einer Kopie zu bedienen. Im einzelnen ist dem Entscheid zu entnehmen, dass der dem Neurologen zugestellte Überweisungsbericht aus der Krankengeschichte zu entfernen und durch einen neuen Bericht zu ersetzen sei. Dr. A. habe diesen neuen Bericht mit dem Hinweis auszufertigen, dass der Inhalt gemäss dem Willen des Patienten unvollständig sei. Im übrigen sei

der Eintrag in der Krankengeschichte mit den Gegendarstellungen von X. zu ergänzen.

D. Gegen diesen Entscheid hat X. Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben.

Aus den Erwägungen:

3. a) Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts gewährt bereits das ungeschriebene Grundrecht der persönlichen Freiheit Schutz gegen unbefugtes Sammeln, Aufbewahren, Bearbeiten und Weitergeben besonders schützenswerter Personendaten (BGE 122 I 163 E. 6b/bb, 362 E. 5a; Walter Kälin/Urs Bolz, Handbuch des bernischen Verfassungsrechts, 1995, S. 279, je mit Hinweisen). Wie andere Grundrechte kann auch die persönliche Freiheit eingeschränkt werden, wenn eine gesetzliche Grundlage, überwiegende öffentliche oder private Interessen und das Prinzip der Verhältnismässigkeit dies zulassen (Jörg Paul Müller, Elemente einer schweizerischen Grundrechtstheorie, 1982, S. 103 ff.; vgl. auch Art. 12 und Art. 28 der Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 [KV; BSG 101.1]).

b) Krankengeschichten enthalten besonders schützenswerte Personendaten im Sinne von Art. 3 Bst. b des bernischen Datenschutzgesetzes vom 19. Februar 1986 (DSG; BSG 152.04). Solche Daten dürfen nur bearbeitet werden, wenn die allgemeinen Voraussetzungen gemäss Art. 5 DSG erfüllt sind und zusätzlich die Zulässigkeit der Bearbeitung sich aus einer gesetzlichen Grundlage klar ergibt oder die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe die Bearbeitung zwingend erfordert oder die betroffene Person ausdrücklich zugestimmt hat (Art. 6 DSG).

4. a) Nach Art. 20 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01) gehört es zu den Berufspflichten von Ärztinnen und Ärzten, über ihre Berufstätigkeit fortlaufend Aufzeichnungen zu führen, die das Wesentliche über ihre Feststellungen und Massnahmen enthalten. Nach Honsell (Heinrich Honsell [Hrsg.], Handbuch des Arztrechts, 1994, S. 196 ff.) enthält eine sorgfältige Krankengeschichte in chronologischer Ordnung mindestens drei Elemente: erstens Sachverhaltsfeststellungen der Ärztin oder des Arztes über Krankengeschichte

(Anamnese), Krankheitsverlauf, persönliches Umfeld des Patienten bzw. der Patientin sowie differenzierte Diagnose, zweitens die angeordneten Therapieformen (zeitlich und quantitativ umschriebene Medikationen, Eingriffe mit Operationsberichten, physikalische oder andere Therapieformen) und drittens Ablauf und Gegenstand der Aufklärung der Patientin oder des Patienten. Zur Krankengeschichte gehören auch Zusatzdokumente wie Ergebnisse apparativer Untersuchungen (Röntgenbilder, Laborbefunde, EKG- und EEG-Befunde, Computertomogramme usw.), Aufzeichnungen über diagnostische, therapeutische und pflegerische Tests und Massnahmen, spezielle Operationsberichte, Angaben von Drittpersonen und persönliche Notizen von Ärzteschaft und Pflegepersonal. – Die Aufzeichnungen sind nach Art. 20 Abs. 2 GesG während mindestens zehn Jahren, in öffentlichen Institutionen während mindestens 20 Jahren aufzubewahren. Das Beschaffen und Aufbewahren persönlicher Daten von Patientinnen und Patienten beruht somit auf einer klaren gesetzlichen Grundlage.

b) Dass Medizinalpersonen ihre Eindrücke, Erkenntnisse und Massnahmen zu sammeln, schriftlich festzuhalten und über längere Zeit aufzubewahren haben, ist eine Vorschrift, die vorab im Interesse von Patientinnen und Patienten erlassen worden ist. Denn gestützt auf alle verfügbaren, allenfalls auch weiter zurückliegende Informationen über den Gesundheitszustand lässt sich mit grösserer Sicherheit eine Diagnose stellen und entscheiden, ob eine – und wenn ja welche – medizinische Massnahme angezeigt ist. Auch die Prognose über Krankheitsverlauf, Heilungschancen oder Risiken einer Therapiemethode dürfte leichter fallen. Im weiteren ermöglichen die Aufzeichnungen Ärztinnen und Ärzten, ihrer Aufklärungs- und Rechenschaftspflicht gegenüber Patientinnen und Patienten umfassend nachzukommen (die vom Beschwerdeführer erwähnte Liste in BVR 1990 S. 62 E. 3 hat nicht abschliessenden Charakter). Schliesslich kann die Dokumentation von wissenschaftlichem und statistischem Interesse sein oder in einem Haftungsprozess als Beweismittel dienen. Es bestehen somit sowohl private als auch öffentliche Interessen an der vollständigen Aufzeichnung und Aufbewahrung von Krankengeschichten.

5. a) Das kantonale Recht gewährleistet ausdrücklich jeder Person das Recht, die über sie bearbeiteten Akten einzusehen und zu verlangen, dass unrichtige Daten berichtigt und ungeeignete oder unnötige Daten vernichtet werden (Art. 18 Abs. 1 KV, Art. 23 Abs. 1 DSG). Bestreitet die verantwortliche Behörde die Unrichtigkeit, so hat sie – unter Vorbehalt der Mit-

wirkungspflicht der betroffenen Person – die Richtigkeit der Personendaten zu beweisen (Art. 23 Abs. 2 DSG; vgl. auch Art. 7 DSG). Kann weder die Richtigkeit noch die Unrichtigkeit von Personendaten, insbesondere von solchen, die eine Wertung menschlichen Verhaltens enthalten, bewiesen werden, so kann die betroffene Person verlangen, dass eine angemessene Gegendarstellung aufgenommen wird (Art. 23 Abs. 3 DSG). – Personendaten müssen somit grundsätzlich richtig und, soweit es der Zweck des Bearbeitens verlangt, auch vollständig sein. Die Richtigkeit ist aber kein absoluter Begriff. Sie ist mit Blick auf den jeweiligen Bearbeitungsvorgang und -zweck zu beurteilen. Dazu kommt, dass nicht alle Daten auf ihre objektive Wahrheit hin überprüfbar sind. Namentlich Wertungen, die in Datensammlungen einfließen, können kaum auf ihre Richtigkeit bzw. Unrichtigkeit überprüft werden. Deshalb behilft man sich in diesen Fällen mit einem Gegendarstellungsrecht der betroffenen Person (vgl. Vortrag der Justizdirektion betreffend das DSG vom 13. Februar 1985, S. 18 f.).

b) Die Aufzeichnungspflicht nach Art. 20 GesG verpflichtet Ärztinnen und Ärzte nicht, anlässlich einer Konsultation ein Protokoll zu erstellen, das wortwörtlich alles Gesagte festhält. Die Medizinalpersonen haben vielmehr – wie bereits erwähnt (vgl. E. 4a) – das Wesentliche über ihre Feststellungen und Massnahmen festzuhalten. Was im einzelnen darunter fällt, hängt – von gewissen Standards abgesehen – stark vom jeweiligen Untersuchungs- oder Behandlungszweck ab. Abgesehen von objektiven Untersuchungsergebnissen und anderen objektiv feststehenden Tatsachen müssen deshalb in erster Linie die behandelnden Fachleute entscheiden, welche Informationen von Bedeutung und folglich in die Krankengeschichte aufzunehmen sind. Dabei kommen die Ärztinnen und Ärzte nicht umhin, die Angaben von Patientinnen und Patienten auf ihre medizinische Relevanz hin zu beurteilen. Welche Informationen schliesslich in welcher Form in die Krankengeschichte Eingang finden, ist deshalb Ergebnis eines wertenden Vorgangs. Festzuhalten ist oft eine Momentaufnahme, die sich chronologisch einordnen lässt und gerade dadurch später eine neue bzw. andere Bedeutung erhalten kann. Könnten Patientinnen und Patienten auf den Inhalt ihrer Krankengeschichte durch Streichungen oder Korrekturen von medizinischen Wertungen Einfluss nehmen, so wäre namentlich die Selbstkontrolle von Ärztinnen und Ärzten erheblich beeinträchtigt.

c) Der Beschwerdeführer will weite Teile des hier umstrittenen Eintrags in seiner Krankengeschichte gelöscht bzw. geändert haben. Er macht sinngemäss geltend, Dr. A. und Dr. B. seien ihm voreingenommen entge-

gengetreten. In Kenntnis seiner früheren psychischen Probleme hätten sie sich weniger für die Folgen des Verkehrsunfalls interessiert als für mögliche Zusammenhänge mit dem in der Krankengeschichte von 1984 vermerkten Verhalten. Dementsprechend sei auch der neue Eintrag in der Krankengeschichte ausgefallen: Der Sachverhalt werde darin objektiv falsch dargestellt, und ihm (dem Beschwerdeführer) würden Aussagen unterstellt, die er nie gemacht habe.

Wie oben (E. 5b) dargestellt, entspricht es nicht Sinn und Zweck des Arztberichtes, die Aussagen des Beschwerdeführers wortwörtlich bzw. so festzuhalten, wie er sie gemacht oder verstanden haben will. Aufnahme in die Krankengeschichte sollen vielmehr jene Informationen finden, die der Arzt oder die Ärztin aus medizinischer Sicht für wesentlich hält, und zwar grundsätzlich so, wie die Medizinalperson die Information empfangen hat. Soweit nicht nachweislich falsche oder eindeutig überflüssige Eintragungen erfolgen, müssen sich Patientinnen und Patienten mit dem Ergebnis der ärztlichen Auslese und Gewichtung von Informationen – unter Vorbehalt ihres Anspruchs auf Gegendarstellung – abfinden. Das gilt vorliegend insbesondere für alle Aussagen, die der Beschwerdeführer anders gemacht haben will, und damit für praktisch alle der als falsch gerügten ärztlichen Wahrnehmungen. Deren Richtigkeit liesse sich im übrigen durch Zeugenaussagen ohnehin weder bestätigen noch entkräften, da solche Aussagen über Details eines einige Zeit zurückliegenden Gesprächs notorisch unzuverlässig sind. Aufgrund der Akten ist auch die Feststellung nicht zu beanstanden, wonach der Beschwerdeführer sich selbst zugewiesen habe. Wie aus dem Bericht von Dr. C. vom 10. April 1995 an den zuweisenden Hausarzt hervorgeht, war Dr. C. der Termin vom 4. April 1995 bei Dr. B. bekannt; möglicherweise hat er ihn gar selber vermittelt. Aus dem Bericht geht ferner hervor, dass Dr. C. seinen Kollegen B. mit einer Kopie dieses Berichts bedient hat. Offiziell an die Psychiatrische Poliklinik überwiesen hat er den Beschwerdeführer aber nicht. Weitere objektiv feststellbare Fakten, die nicht als Aussagen des Beschwerdeführers und mithin aufgrund der ärztlichen Wahrnehmung festzuhalten waren, sind nicht bestritten. Es kann auch nicht gesagt werden, die Krankengeschichte enthalte eindeutig überflüssige Informationen, weil Angaben über die Situation einer Person (z.B. bevorstehende Gerichtsverhandlung, Wohnverhältnisse, finanzielle Verhältnisse), ihr Auftreten und ihre körperlichen Fähigkeiten (z.B. Tragen eines Rucksacks) ebenfalls von Bedeutung sein können für die Beurteilung von schwer fassbaren Beschwerden und Beeinträchtigungen des persönlichen Befindens und Leistungsvermögens. Das gilt auch hinsichtlich der Hinweise auf die Behandlung

im Jahre 1984, deren Entfernung aus der Krankengeschichte die Vorinstanz entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht angeordnet hat. Der Entscheid der Vorinstanz, wonach sich der Beschwerdeführer mit einer Gegendarstellung zum umstrittenen Eintrag in seiner Krankengeschichte begnügen muss, ist deshalb nicht zu beanstanden.

d) Der Beschwerdeführer verlangt weiter, dass eine verbesserte Fassung der Krankengeschichte an Dritte zu versenden sei. Da das Begehren um Berichtigung und Löschung von Teilen des hier umstrittenen Eintrags abgewiesen werden muss, gibt es diesbezüglich auch nichts an Dritte weiterzugeben. Mit einem Exemplar der Gegendarstellung des Beschwerdeführers ist Dr. D. aufgrund der Anordnungen der Vorinstanz ohnehin zu bedienen. Weitere Dritte hat der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift nicht mehr erwähnt, und er hat auch in seiner unverlangten Eingabe keine schlüssigen Hinweise für seine Behauptung geliefert, dass der Beschwerdegegner die Krankengeschichte entgegen den Darlegungen der Vorinstanz an weitere Personen weitergegeben hat.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet. Sie ist abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann.

Das Bundesgericht hat am 15. Juli 1998 die dagegen erhobene staatsrechtliche Beschwerde abgewiesen.

Dienstrecht Fonction publique

Auszug aus dem Urteil des Verwaltungsgerichts (Verwaltungsrechtliche Abteilung) vom 17. Juni 1998 i.S. F. (VGE 20397)

Beschwerde gegen die Auflösung des Anstellungsverhältnisses eines Lehrers; aufschiebende Wirkung

1. Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts zur Beurteilung der Beschwerde gegen einen Zwischenentscheid (Art. 75 Bst. a VRPG; E. 1).
2. Der Beschwerde gegen die Aufhebung des Anstellungsverhältnisses eines Lehrers kommt nach dem Gesetz über die Anstellung der Lehrkräfte (LAG) aufschiebende Wirkung zu – anders als im übrigen öffentlichen Dienstrecht, für welches das Personalgesetz gilt (Art. 25 LAG i.V.m. Art. 64 Gemeindegesetz und Art. 68 Abs. 1 VRPG; E. 2).