



Datenschutz in der Arztpraxis

Herausgegeben vom

Landesbeauftragten für den Datenschutz Niedersachsen

Brühlstraße 9, 30169 Hannover,

Homepage: www.lfd.niedersachsen.de

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Ansprechpartner: Wilhelm Kaimeier, Nicole Karpowski

Datenschutz in der Arztpraxis

Landesbeauftragter für den Datenschutz Niedersachsen

Vorwort

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

in der Ausgabe Juni 2004 des „Niedersächsischen Ärzteblatts“ und der „Zahnärztlichen Nachrichten Niedersachsen“ haben wir die Aktion „Datenschutz in der Arztpraxis“ vorgestellt.

Träger dieser Aktion sind

- die Ärztekammer Niedersachsen, die Zahnärztekammer Niedersachsen und die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen,
- die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,
- die Landesvereinigung Gesundheit e. V.,
- der Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen (Landesverband Niedersachsen),
- das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit,
- der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen.

Ziel dieser Aktion ist es, gemeinsam mit den Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten ein möglichst hohes Datenschutzniveau in den Praxen zu erreichen.

Als ersten Baustein haben wir dem „Niedersächsischen Ärzteblatt“ und den „Zahnärztlichen Nachrichten Niedersachsen“ einen Selbst-Check beigelegt, der den Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten die Einschätzung des Datenschutzniveaus in ihrer Praxis erleichtern soll.

Im Folgenden möchten wir den Interessierten eine über den Selbst-Check hinaus gehende Arbeitshilfe zur Verfügung stellen. Sie beruht auf einer Broschüre, die im Jahre 2001 von dem Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, das gemeinsam mit der Ärztekammer und der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein eine vergleichbare Aktion durchgeführt hat, erarbeitet wurde.

Diese Arbeitshilfe gliedert sich in zwei Teile. Während der erste Teil vertiefend die juristischen Grundlagen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht darstellt, werden im zweiten Teil praxisnahe Tipps für eine datenschutzgerechte Ausgestaltung der Arztpraxis gegeben.

Für Fragen stehen Ihnen die folgenden Ansprechpartner gern zur Verfügung:

Susanne Passow	Ärztékammer Niedersachsen	0511/380-2234	Susanne.Passow@aekn.de
Ansgar Zboron	Zahnärztekammer Niedersachsen	0511/83391-303	azboron@zkn.de
Ekkehard Mittelstaedt	Psychotherapeutenkammer Niedersachsen	0511/850304-30	info@pk-nds.de
Wilhelm Kaimeier	Nieders. Landesbeauftragter für den Datenschutz	0511/120-4514	Wilhelm.Kaimeier@lfd.niedersachsen.de
Nicole Karpowski	Nieders. Landesbeauftragter für den Datenschutz	0511/120-4512	Nicole.Karpowski@lfd.niedersachsen.de

Wir wünschen unseren Leserinnen und Lesern eine anregende Lektüre!

Inhaltsverzeichnis

<u>1. TEIL: DIE ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT AUS JURISTISCHER SICHT</u>	7
I. Historische Betrachtung	7
II. § 203 StGB	7
1. Der Tatbestand	8
a) Geheimnisse	8
b) Fremdes Geheimnis	9
c) Anvertraut	9
d) Sonst bekannt geworden	9
e) Offenbart	9
f) Unbefugt	10
aa) Offenbarungsbefugnis durch Zustimmung des Verfügungsberechtigten (Einverständnis)	10
(1) Wirksamkeit des Einverständnisses	11
(a) Mitteilungen unter Ärzten	13
(b) Übersenden der Patientendaten an Privatärztliche Verrechnungsstellen (PVS)	13
(c) Übermittlung an private Versicherungen	14
(d) Übertragung des gesamten Patientenakte	15
(2) Erlöschen des Einverständnisses	15
(3) Schriftform des Einverständnisses	16
bb) Offenbarungsbefugnis wegen einer Pflicht zur Mitteilung	17
(1) § 138 Strafgesetzbuch (StGB)	17
(2) Prozessuale Zeugnispflicht geht vor	17
(3) Mitteilungspflichten nach dem InfektionsschutzG	18
(4) Sozialrechtliche Sonderregelungen	18
2. Die Rechtsfolgen	18
3. Rechtfertigungsgründe	19
a) Mutmaßliche Einwilligung	19
b) Rechtfertigender Notstand gemäß § 34 StGB	20
III. Die Anwendung des Datenschutzrechts	21
1. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung	21
2. Datenerhebung in der ärztlichen Praxis	21
3. Datenübermittlungen aus der ärztlichen Praxis	23
a) Regelungen der BOÄ Niedersachsen	23
b) Regelungen im vertragsärztlichen Bereich	23
aa) Hausarzt erhebt Daten bei anderen Ärzten	24
bb) Facharzt übermittelt Daten an Hausarzt	24
cc) Hausarzt alt übermittelt die Daten an Hausarzt neu	24
dd) Ärzte übermitteln Daten untereinander im Rahmen integrierter Versorgung	25

c)	Das Verhältnis von § 73 Abs. 1b SGB V zu § 9 Abs. 4 BOÄ	26
d)	Probleme bei der praktischen Umsetzung	26
e)	Datenübermittlung an Krankenkassen	27
	aa) Ermächtigungsgrundlage	27
	bb) Umfang der Auskunftspflicht	28
f)	Übermittlung an die kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen	28
	aa) Voraussetzungen	28
	bb) Rechtsfolgen	29
g)	Datenübermittlungen an den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)	29
	aa) Voraussetzungen	30
	bb) Rechtsfolgen	30
IV. Dokumentation und Einsicht		30
1. Allgemeine Einsichtsrechte		31
a)	Einsicht in die Originalunterlagen	32
b)	Einsichtnahme in der Arztpraxis	32
2. Besonderheiten der Einsichtnahme in psychiatrische Behandlungsunterlagen		33
V. Aufbewahrungsfristen und -Pflichten		34
VI. Die Praxis-EDV		36
VII. Der/Die Betriebliche Datenschutzbeauftragte		38
1. Voraussetzungen der Bestellung		39
2. Die Bestellung		39
3. Kündigungsschutz		40
4. Meldepflichten		40
VIII. Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften		41

<u>2. TEIL: KONSEQUENZEN FÜR DIE ARZTPRAXIS</u>	43
I. Hier wird der Patient empfangen	45
1. Der Eingangsbereich	45
a) Die „klassische“ Praxis	45
b) Die „moderne“ Variante	46
aa) Reine Bestellpraxis	46
bb) Flexible Bestellpraxis	46
cc) Praxis vergibt überhaupt keine Termine	47
2. Der Empfangstresen	48
II. Der Wartebereich der Praxis	53
III. Der Behandlungsbereich	54
IV. Praxisverwaltung	55
1. Die Patientenkartekarten/Patientenakten	55
2. Gewährleistung des Einsichtsrechts	58
3. Der Einsatz von „Hilfskräften“	59
a) Verpflichtung auf Schweigepflicht und Datengeheimnis	60
b) Technische Hilfskräfte (Systemadministratoren etc.)	60
c) Sonstige Hilfskräfte	61
V. Die Praxis-EDV	62
VI. Patientenrechte	65
1. Transparenzprinzip	65
2. Gewährleistung der Einsichtsrechte	65
3. Die Bestellung eines betrieblichen Datenschutzbeauftragten	66
VII. Datenübermittlungen	68
1. Datenübermittlung auf Grund spezieller Gesetze	68
2. Datenübermittlung auf Grund einer Schweigepflichtentbindungserklärung	69

1. Teil: Die ärztliche Schweigepflicht aus juristischer Sicht

Ausgangspunkt aller datenschutzrechtlichen Überlegungen in einer Arztpraxis ist die ärztliche Schweigepflicht.

I. Historische Betrachtung

Historischer Ursprung der ärztlichen Schweigepflicht ist der so genannte „hippokratische Eid“. Hierin heißt es: „Was immer ich sehe und höre bei der Behandlung und außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf“¹. Der Bruch der Verschwiegenheit bei „Medizinalpersonen“ wurde erstmals im Preußisch Allgemeinen Landrecht von 1794 mit Strafe bedroht². Die als „heilige Pflicht“ von Hippokrates bezeichnete ärztliche Verschwiegenheit findet sich auch heute noch in den ärztlichen Berufsordnungen (BOÄ)³ sowie als maßgeblicher Inhalt in § 203 Strafgesetzbuch (StGB).

II. § 203 StGB

Nach § 203 StGB macht sich strafbar, „wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als Arzt (...) anvertraut oder sonst bekannt geworden ist.“ Auch bei der Kommunikation zwischen Ärzten gilt die ärztliche Schweigepflicht, die grundsätzlich nicht durchbrochen werden darf.

Zunächst sollen hier die Tatbestandsmerkmale des § 203 StGB erläutert werden. Sodann werden die tatbestandsausschließenden Sachverhalte dargestellt, also Sachverhalte, bei deren Vorliegen bereits der Tatbestand des § 203 StGB ausgeschlossen ist. Alsdann folgt der Blick in die Rechtfertigungsgründe, also in Sachverhalte, bei deren Vorliegen das Offenbaren eines Patientengeheimnisses gerechtfertigt sein kann.

¹ Vgl. hierzu Schlund, Internistische Praxis 1989, 333ff, Schott, DÄBl. 1988, 1699 ff; Laufs/Uhlenbruck-Schlund, Handbuch des Arztrechts, 2. Aufl. 1999, § 69, Rn.1.

² LK-Jähne, StGB 10. Aufl. 1988, § 203 Rn. 17.

³ Vgl. statt aller § 9 Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen vom 06.12.1997.

1. Der Tatbestand

Der § 203 StGB dient zum Einen dem Schutz des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung⁴. Danach kann jeder grundsätzlich selbst entscheiden, wann und in welchen Grenzen persönliche Lebenssachverhalte von einer Person offenbart werden dürfen. In erster Linie wird aber das allgemeine Vertrauen in die Verschwiegenheit der Angehörigen bestimmter Berufe und Berufszweige als Voraussetzung dafür geschützt, dass diese ihre im Interesse der Allgemeinheit liegenden Aufgaben erfüllen können⁵: Ohne ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist eine funktionsfähige Gesundheitspflege nicht möglich.

Die Tat besteht im unbefugten Offenbaren eines fremden Geheimnisses, das dem Täter in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder sonst bekannt geworden ist.

a) Geheimnisse

Geheimnisse sind alle Tatsachen, die nur einem beschränkten Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung derjenige, den sie betreffen (sog. Geheimnisträger), ein Interesse hat oder bei eigener Kenntnis der Tatsache haben würde⁶. Der Geheimnisträger muss an der Geheimhaltung lediglich ein sachlich begründetes („verständliches“) Interesse haben⁷.

Voraussetzung ist einzig, dass das Geheimnis nur einem beschränkten Personenkreis bekannt ist. Mitwisser müssen nach Personen und Zahl nicht bestimmbar sein. Es genügt, dass es sich bei den möglichen Mitwissern um eine überschaubare Zahl handelt.

Folglich können Geheimnisse sein: Namen und Adresse des Patienten, dessen private Verhältnisse bis hin zur Adresse des Krankenhauses, in das er als Verletzter abtransportiert wird. Schon allein der Umstand, dass eine Person in Behandlung ist, fällt unter den Geheimnisschutz des § 203 StGB. Mitumfasst werden natürlich alle Krankheitsdaten und sonstigen Umstände, derentwegen ein bestimmter Patient behandelt wird.

⁴ „Volkszählungsurteil“ des Bundesverfassungsgerichts in: BVerfGE 65, 1, 41 ff.

⁵ Schönke-Schröder-Lenckner, § 203 StGB, Rn. 3 mwN.

⁶ Schönke-Schröder-Lenckner, § 203 StGB, Rn. 5.

⁷ Allgemeine Ansicht, vgl. nur Schönke-Schröder-Lenckner, § 203 StGB, Rn. 7

b) Fremdes Geheimnis

Bei dem Geheimnis handelt es sich um ein **fremdes Geheimnis**, wenn es eine andere natürliche oder juristische Person betrifft. Unerheblich ist für den Geheimnisbegriff, auf welchen Lebensbereich es sich bezieht, z.B. auf außermedizinische Tatsachen wie familiäre, private oder finanzielle Angelegenheiten.

c) Anvertraut

Anvertraut ist das Geheimnis dem Arzt, wenn es ihm in einem inneren Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufes mündlich, schriftlich oder auf sonstige Weise unter Umständen mitgeteilt worden ist, aus denen sich die Anforderung des Geheimhaltens ergibt. Es muss also in einem funktionalen Zusammenhang zur Berufsausübung⁸ stehen. Bloße Kenntnisnahme im privaten Alltag genügt nicht.

d) Sonst bekannt geworden

Sonst bekannt geworden ist das Geheimnis dem durch § 203 StGB Verpflichteten in seiner Eigenschaft als Arzt, wenn er es auf andere Weise, jedoch gleichfalls im inneren Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufes erfahren hat.

e) Offenbart

Offenbart ist das Geheimnis, wenn es in irgendeiner (zurechenbaren) Weise zu einem anderen gelangt ist. Einschlägig ist zunächst natürlich die „**aktive**“ **Bekanntgabe** des Geheimnisses. Das Merkmal der unzulässigen Offenbarung kann aber auch auf andere Weise erfüllt werden. Vielen Ärzten ist nicht klar, dass es in ihren Praxen eine Vielzahl von Stellen gibt, wo Patientengeheimnisse zwar ohne Absicht, aber dennoch vorsätzlich im Sinne des § 203 StGB offenbart werden. Dies kann der Fall sein beim nicht beabsichtigten Mithörenlassen von Ge-

⁸ Schönke-Schröder-Lenckner, § 203 StGB, Rn. 13.

sprächen, beim nachlässigen Liegenlassen von Unterlagen oder durch die Organisation der Praxis-EDV, sodass Dritte hierauf zugreifen können. Für eine Strafbarkeit ist nicht erforderlich, dass der Arzt das Offenbaren will oder die Kenntnisnahme Dritter als sicher ansieht. Vielmehr kann es ausreichen, dass er dieses für möglich erachtet und dennoch in Kauf nimmt, ohne etwas dagegen zu unternehmen. Vom Arzt, der seiner Schweigepflicht gerecht werden will, werden daher aktive Schutzmaßnahmen abverlangt, z.B. bzgl. seiner Praxisorganisation oder beim EDV-Einsatz.

Bei einem in einem Schriftstück verkörpertem Geheimnis genügt das Verschaffen des Gewahrsams mit der Möglichkeit der Kenntnisnahme durch einen anderen. Bei mündlichen Mitteilungen ist Kenntnisnahme des Geheimnisses erforderlich. Ob das Offenbaren ausdrücklich, konkludent, spontan oder als Antwort auf eine Frage erfolgt ist gänzlich unerheblich, ebenso auf welchem Weg das Geheimnis dem Anderen zugänglich gemacht wird. Das bedeutet, dass ein unbefugtes Offenbaren von Patientengeheimnissen bereits dann vorliegt, wenn einem Dritten der Zugriff nur ermöglicht wird. Es muss also nicht einmal ein konkreter Missbrauch der Daten vorliegen. Gleichgültig ist, ob die Mitteilung als „vertraulich“ gekennzeichnet ist oder vertraulich erfolgt oder ob der Empfänger der Mitteilung seinerseits der Schweigepflicht unterliegt.

f) Unbefugt

Eine Offenbarung erfolgt unbefugt, wenn sie ohne Zustimmung des Geheimnisträgers oder ohne ein Recht zur Mitteilung stattfindet.

aa) Offenbarungsbefugnis durch Zustimmung des Verfügungsberechtigten (Einverständnis)

Ein erteiltes Einverständnis, in der Regel die so genannte Schweigepflichtentbindungserklärung, schließt bereits den objektiven Tatbestand des § 203 StGB aus. Hieraus und aus den §§ 182, 183 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) folgt, dass es sich um eine „vorherige“ **Zustimmung** handeln muss. Der Patient soll selbst entscheiden, welche Geheimnisse er weitergibt, oder welche er für sich behält und in den Händen seines Arztes gut gesichert wissen will.

Diese für die Strafbarkeit des Verhaltens des Arztes maßgebliche Willenserklärung kann grundsätzlich in verschiedener Art und Weise erfolgen.

Insbesondere ist auch ein **konkludentes Einverständnis** möglich. Dies wird regelmäßig anzunehmen sein, wenn es sich um eine notwendige Offenbarung im Rahmen des üblichen Praxisablaufs handelt. Nicht einmal eines konkludenten Einverständnisses bedarf hierbei der Informationsaustausch zwischen dem Arzt und seinen Hilfskräften, etwa beim Diktat eines Befundes für den Krankenbericht. Es ist kein Offenbaren anzunehmen, weil die Daten nicht vom Arzt an einen Dritten übertragen werden. Die Hilfspersonen des Arztes werden ihm nach § 203 StGB zugerechnet; sie gehören zur verantwortlichen Stelle im Sinne des Datenschutzrechts.

An dieser Stelle ist auf die besondere Formvorschrift des § 4a BDSG hinzuweisen, die zwar nicht ohne Weiteres für die Strafbarkeit des Arztes nach § 203 StGB, zumindest aber für die datenschutzrechtliche Zulässigkeit seiner Tätigkeit nach dem Bundesdatenschutzgesetz entscheidend ist. Hiernach muss eine Einwilligung auf der freien Entscheidung des Patienten beruhen, „der auf den vorgesehenen Zweck der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sowie, soweit nach den Umständen des Einzelfalles erforderlich oder auf Verlangen, auf die Folgen der Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen ist“. Diese Einwilligungserklärung bedarf der **Schriftform** und muss sich gemäß § 4a Abs. 3 BDSG ausdrücklich auf die Gesundheitsdaten beziehen.

Auf die Schriftform kann dann verzichtet werden, wenn der Patient bei der Geheimnisoffenbarung anwesend ist, zum Beispiel wenn in seiner Gegenwart ein anderer Arzt zur Verifizierung einer Diagnose hinzugezogen wird und der Patient sich hiermit einverstanden erklärt oder zumindest nicht widerspricht.

(1) Wirksamkeit des Einverständnisses

Das Einverständnis muss wirksam erteilt sein. Voraussetzung hierfür ist grundsätzlich, also auch bei Minderjährigen, **die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten**. Maßstab ist, dass der Handelnde ein solches Maß an Verstandsreife erreicht hat, dass er die Tragweite sei-

ner Entscheidung zu übersehen vermag. Eine starre Altersgrenze lässt sich nicht ziehen⁹.

Problematisch ist, ob auch bei vorhandener Einsichtsfähigkeit Minderjähriger zusätzlich die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters erforderlich ist, da grundsätzlich beide Eltern das Kind gemeinschaftlich vertreten (§ 1629 Abs. 1 BGB). Maßgebliche Juristen¹⁰ folgern hieraus, dass auch wenn die notwendige Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen festgestellt ist, grundsätzlich die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters hinzukommen muss.

Im Hinblick auf § 1626 Abs. 2 BGB haben jedoch Eltern die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbstständigem, verantwortungsbewusstem Handeln zu berücksichtigen: Der eigene Entscheidungsspielraum der Eltern wird fortschreitend eingeschränkt. Damit wird der Entwicklung der Kinder und deren Fähigkeit, sich selbstständig zu betätigen, Rechnung getragen. Ähnlich wie bei der Einwilligung in notwendige ärztliche Behandlungen wird mit zunehmender Einsichts- und Urteilsfähigkeit dem Minderjährigen die alleinige Entscheidungsbefugnis für die Erteilung derartiger Einwilligungen übertragen. So hat beispielsweise das Landgericht München I¹¹ die Einwilligung einer 16-jährigen Frau in einen Schwangerschaftsabbruch gegen den ausdrücklichen Willen der Eltern für wirksam erklärt. Nichts anderes kann für eine Einwilligung in eine Datenübermittlung gelten: Insoweit sind das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und das Recht auf körperliche Unversehrtheit grundsätzlich vergleichbar.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Minderjährige eine Einwilligung ohne Zustimmung der Eltern (nur) wirksam abgeben kann, wenn er in der Lage ist, sich ein eigenes Urteil über den Inhalt und den Sinn der Datenweitergabe zu bilden und er verstanden hat, worum es bei der Einwilligung an sich geht.

⁹ So im Ergebnis die wohl einhellige Meinung, vgl. Simitis/Dammann/Geiger/ Mallmann/Walz, § 4 BDSG, Rn. 28, Bergmann/Möhrle/Herb, § 4 BDSG Rn. 28a, Palandt/ Heinrichs, vor § 104 BGB, Rn. 8, jeweils m.w.N.

¹⁰ Z.B. Palandt/Heinrichs, vor § 104 BGB Rn. 8.

¹¹ NJW 1980, 646.

(a) Mitteilungen unter Ärzten

Auch Mitteilungen unter Ärzten sind nur mit Einwilligung des Patienten zulässig¹²: die ärztliche Schweigepflicht gilt auch unter Berufskollegen. Eine Einschränkung sehen hier teilweise die ärztlichen Berufsordnungen¹³ vor. § 9 Abs. 4 Niedersächsische Berufsordnung und ebenso die Musterberufsordnung bestimmt, dass „wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, (...) sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit (sind), als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist“. Welche Voraussetzungen jedoch an die „Annahme“ geknüpft werden, bedarf der Erläuterung. Als Merkpunkt ist festzuhalten, dass das Übersenden einer Patientenakte ebenso wie die Weitergabe einzelner Daten an einen mit- oder weiterbehandelnden Arzt dann eine unzulässige Schweigepflichtverletzung im Sinne des § 203 StGB ist, wenn der Patient, obwohl dies möglich gewesen wäre, in die Einbeziehung des anderen Arztes nicht eingeweiht worden ist, oder wenn er ausdrücklich einer solchen Einbeziehung widersprochen hat. Wenn ein Patient bei dem mit- oder weiterbehandelnden Arzt erscheint, um sich untersuchen oder behandeln zu lassen, so ist dieses Verhalten als konkludentes Einverständnis in die Übermittlung der Patientendaten zu werten.

(b) Übersenden der Patientendaten an Privatärztliche Verrechnungsstellen (PVS)

Eine gesetzliche Grundlage, die es erlauben würde, allgemein personenbezogene Daten oder gar die Behandlungs- und Untersuchungsdaten an die Privatärztlichen Verrechnungsstellen zu übertragen, gibt es nicht. Hierin liegt eine strafbare Geheimnispflichtverletzung, sofern nicht der Patient in die Datenübertragung eingewilligt hat.

Eine stillschweigende Einwilligung genügt hier nicht den Anforderungen, und zwar auch dann nicht, wenn der Patient schon öfters in der Praxis gewesen ist und von der Abrechnung über die Privatärztlichen Verrechnungsstellen weiß, oder er entsprechende Rechnungen immer klaglos beglichen hat. Entgegen früher herrschender Ansicht hat der Bundesgerichtshof (BGH) in seiner Entscheidung vom 10.7.1991¹⁴ festgestellt, dass auch wenn die Existenz berufsständischer

¹² Allgemeine Ansicht, vgl. Schönke-Schröder-Lenckner, § 203 StGB Rn. 27

¹³ Vgl. zum Beispiel die ärztliche Berufsordnung Niedersachsen, dort § 9 Abs. 4.

¹⁴ NJW 1991, 2955 ff

Vereinigungen allgemein bekannt sei, dies nicht bedeute, dass der Patient ohne weiteres damit rechnen müsse, dass sein Arzt eine solche Stelle einschaltet. Noch weniger gelte dies für gewerbliche Verrechnungsstellen¹⁵. Die externe Abrechnung sei nicht allgemein üblich und entspreche nicht der Verkehrssitte¹⁶.

In der Folgezeit waren dann viele Praxen dazu übergegangen, im Wartezimmer Schilder aufzuhängen, auf denen sich der Hinweis auf die Abrechnung der ärztlichen Honorarforderungen durch die privatärztliche Verrechnungsstelle findet. Auch dies reicht jedoch nicht: In Fortführung seiner bisherigen Rechtsprechung entschied der BGH, dass die Weitergabe von Patientendaten auch in diesem Fall von der ausdrücklichen Zustimmung abhängen, und zwar auch dann, wenn es sich um die Weitergabe der Daten an eine berufsständische Vereinigung handele, die für sich genommen selbst der Schweigepflicht unterliegt¹⁷: Der Patient hat sich nicht um den Verbleib seiner Daten zu kümmern, sondern ist über den Verbleib aufzuklären. Aus einem fehlenden Widerspruch könne aus den gleichen Gründen auf eine Einwilligung gerade nicht geschlossen werden¹⁸.

Diese Rechtsprechung ist heute als gefestigt anzusehen. Gleichwohl sind immer wieder Verstöße festzustellen und Patienten bekommen immer wieder ungefragt Rechnungen Privatärztlicher Verrechnungsstellen¹⁹.

(c) Übermittlung an private Versicherungen

Auch für die Fälle, in denen private Versicherungen Auskünfte bei Ärzten einzuholen versuchen, gibt es keine speziellen Übermittlungsvorschriften. Grundsätzlich ist seitens desjenigen, der anfragt, eine **schriftliche Erklärung** über die Entbindung von der Schweigepflicht **vorzulegen**. Erst wenn diese vorliegt, darf die Auskunft erteilt werden. Zu beachten ist, dass auch hier nicht mehr Auskunft gegeben werden darf, als tatsächlich verlangt wird. Der Inhalt der Schweigepflichtentbindungserklärung ist strikt zu beachten. Eine Lebensversicherung darf sich beispielsweise nicht umfassend über den Gesundheitszustand des Versicherten informieren, sofern die Erklärung dies

¹⁵ BGH NJW 1991, 2955, 2956.

¹⁶ BGH NJW 1991, 2955 (2957).

¹⁷ BGH NJW 1993, 2371, 2372.

¹⁸ OLG Düsseldorf NJW 1994, 2421, 2421.

¹⁹ Zum Beispiel 23. Tätigkeitsbericht des ULD Schleswig-Holstein, S. 65.

nicht hergibt.

(d) Übertragung des gesamten Patientenkartei

Die Patientenkartei hat einen enormen wirtschaftlichen Wert und spielt bei dem Verkauf von Arztpraxen eine erhebliche Rolle. Auch im Rahmen des Praxisverkaufs darf die gesamte Patientenkartei nicht ohne das schriftlich erteilte **Einverständnis aller Patienten** übertragen werden. Ohne die entsprechende Aufklärung und Einwilligung der Patienten verstößt die Übertragung auf den Rechtsnachfolger gegen ihr informationelles Selbstbestimmungsrecht und die ärztliche Schweigepflicht²⁰. Dies gilt übrigens für andere „Geheimnisträger“ ebenso: Auch Rechtsanwälte haben ihre Mandanten vor der Kanzleiübertragung zu befragen²¹.

Im Hinblick darauf, dass dies bei großen Praxen zu erheblichen Organisationsschwierigkeiten führen kann, weil zum Beispiel frühere Patienten den Wohnort gewechselt haben oder verstorben sind, sieht § 10 Abs. 4 BOÄ Niedersachsen vor, dass die **Patientenkartei auch in „gehörige Obhut“** gegeben werden kann. Nach dem zitierten Urteil des BGH ist dafür erforderlich, dass der die Praxis veräußernde Arzt entweder die Patientenkartei einzeln in verschlossenen Umschlägen oder die Gesamtkartei in einem verschlossenen Aktenschrank übergibt und den Schlüssel einer in der Praxis weiterarbeitenden Arzthelferin anvertraut. Diese darf nur dann Zugriff auf die Daten nehmen, wenn sich der Patient zur erneuten Behandlung in die Praxis des nunmehrigen Nachfolgers begibt.

(2) Erlöschen des Einverständnisses

Das Problem beispielsweise der gegenüber Versicherungen erteilten Einwilligungserklärungen besteht zumeist darin, dass der Versicherungsnehmer sie zusammen mit dem Versicherungsantrag unterzeichnet und sich nach einer bestimmten Zeit hieran entweder überhaupt nicht mehr erinnern kann oder gar keinen Gedanken mehr darauf verwendet, dass auf Grund dieser Erklärung seine Versicherung Auskünfte auch noch 10 Jahre später einholen kann.

²⁰ BGH vom 11.12.1991, VIII ZR 4/91, S. 11/12.

²¹ BGH NJW 1996, 1305 ff.

Dem Rechtsgedanken der §§ 167 Abs. 1, 168 und § 170 BGB ist zu entnehmen, dass und wie diese einseitigen Erklärungen widerruflich sind. § 4a BDSG setzt **die Widerruflichkeit** der Erklärung voraus. Ähnlich wie der Widerruf der Vollmacht dazu führt, dass die Vertretungsbefugnis entfällt, kann auch eine Schweigepflichtentbindungserklärung, die die eine Stelle, zum Beispiel die Versicherung, ermächtigt, Auskünfte bei dem Arzt einzuholen, widerrufen werden. Zweckmäßigerweise erfolgt der Widerruf nicht nur gegenüber dieser Stelle, sondern auch gegenüber dem behandelnden Arzt, da auch eine gegenüber einem Dritten geltende Rechtsscheinsvollmacht so lange in Kraft bleibt, bis dem Dritten gegenüber das Erlöschen angezeigt wird. Liegt die Einwilligungserklärung schon lange zurück (z.B. 5 Jahre und länger), so sollte sich der Arzt im Zweifel durch Nachfrage beim Patienten vergewissern.

(3) Schriftform des Einverständnisses

Während das Einverständnis in die Geheimnisoffenbarung gemäß § 203 StGB nicht unbedingt schriftlich zu erteilen ist (s.o.), enthält das Datenschutzrecht für Einwilligungen ein Schriftformerfordernis (§ 4a Abs. 1 S. 3 BDSG). Diese Vorschrift konkretisiert insbesondere im Bereich der Datenübertragung die strafrechtlichen Einwilligungsnormen.

Nach dem Oberlandesgericht (OLG) Karlsruhe²² sind neben den Voraussetzungen des § 4a BDSG folgende **Anforderungen** an eine wirksame Schweigepflichtentbindungserklärung zu stellen:

- Der Einwilligende muss eine im Wesentlichen zutreffende Vorstellung davon haben, worin er einwilligt.
- Er muss die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung überblicken.
- Er muss wissen, aus welchem Anlass und mit welcher Zielsetzung er welche Personen von ihrer Schweigepflicht entbindet (und so in die Preisgabe seiner Daten einwilligt).
- Er muss darüber hinaus über die Art und den Umfang der Einschaltung Dritter unterrichtet werden²³.

²² NJW 1998, 831, 832.

²³ Vgl. dazu BGH NJW 1992, 2348, 2350.

Die Unterzeichnung einer Erklärung mit dem Inhalt, dass der Arzt zum Beispiel die Privatärztliche Verrechnungsstelle mit der Abwicklung der Patientenabrechnungen beauftragt habe, sich die Übertragung im aufgezeigten Rahmen bewege und die Rechnungen nur abgewickelt würden, genügt jedenfalls nicht²⁴. Hintergrund ist, dass auf Grund einer solchen Formulierung nicht zweifelsfrei zu erkennen ist, dass die Forderungen zum Zwecke der Einziehung (und damit auch zur klageweisen Geltendmachung) abgetreten worden werden. Der Begriff der „Abwicklung“ hat darüber hinaus keinen eindeutigen Inhalt, sondern bedeutet lediglich, dass der Arzt von der zeitraubenden und lästigen Arbeit der Rechnungsstellung entlastet werden soll.

bb) Offenbarungsbefugnis wegen einer Pflicht zur Mitteilung

Nun kann es auch sein, dass der Arzt verpflichtet ist, ein Patientengeheimnis zu offenbaren. Besteht eine Pflicht zur Mitteilung, ist die Offenbarung nicht strafbar. Solche Pflichten finden sich in verschiedenen Gesetzen, z.B. in:

(1) § 138 Strafgesetzbuch (StGB)

Die Nichtanzeige geplanter Straftaten, die im (abschließenden) Katalog des § 138 Abs. 1 StGB genannt sind, würde zu einer Bestrafung des Arztes führen, wenn er zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg der Tat noch abgewendet werden kann, den Plan nicht bei einer Behörde oder bei dem Bedrohten meldet. Aus § 139 Abs. 3 S. 2 StGB folgt, dass der Arzt nur Mord, Totschlag, Völkermord, erpresserischen Menschenraub, Geiselnahme, Angriff auf den Luftverkehr durch eine terroristische Vereinigung (Straftaten gemäß §§ 211, 212, 220a Abs. 1 Nr. 1, 239a Abs. 1, 239b Abs. 1, 316c Abs. 1 oder 129a StGB) anzuzeigen verpflichtet ist.

(2) Prozessuale Zeugnispflicht

Aus § 383 Abs. 1 Nr. 6 Zivilprozessordnung (ZPO) und aus § 53 Abs. 1 Nr. 3 Strafprozessordnung (StPO) folgt, dass dem Arzt grundsätzlich keine Pflicht obliegt, vor Gericht Zeugnis abzulegen. Ihm steht ein Zeugnisverweigerungsrecht zu. Etwas anderes gilt, wenn der Arzt von seinem Patienten von der Schweigepflicht entbunden worden ist. Dann nämlich ist der Arzt **verpflichtet**, die

²⁴ BGH NJW 1992, 2348, 2350.

geforderten Auskünfte zu erteilen. In diesem Fall darf er das Zeugnis nicht verweigern.

(3) Mitteilungspflichten nach dem InfektionsschutzG

Nach dem Infektionsschutzgesetz gibt es einige namentlich und einige anonym zu meldende übertragbare Krankheiten, die dem Schutz der Allgemeinheit vor der Krankheit dienen. Hier ist bei den einzelnen Mitteilungspflichten genau zu differenzieren und gegebenenfalls ein Blick ins Gesetz zu werfen.

(4) Sozialrechtliche Sonderregelungen

Die Sozialgesetzbücher (SGB) beinhalten Sonderregelungen für die Leistungsträger und Leistungserbringer der gesetzlichen Versicherungen. Da es sich um besondere Datenschutzvorschriften handelt, sollen diese unten bei den speziellen Datenschutzrechten behandelt werden.

2. Die Rechtsfolgen

Von der Strafbarkeit der Schweigepflichtverletzung einmal abgesehen hat ein Verstoß gegen § 203 StGB auch zivilrechtliche Auswirkungen. § 203 StGB ist ein so genanntes Verbotsgesetz im Sinne von § 134 BGB. Das bedeutet, dass bereits der Verstoß gegen den objektiven Tatbestand des § 203 Abs. 1 StGB die Nichtigkeit, also die anfängliche Unwirksamkeit des Vertrages gemäß § 134 BGB zur Folge hat. Im Hinblick auf die Datenübertragung zum Zwecke der Abrechnung folgt hieraus, dass nicht nur der Vertrag über die Abrechnung unwirksam ist, sondern auch die Übergabe der Patientendaten als Erfüllungsgeschäft²⁵. Für die **privatärztliche Abrechnung** über entsprechende Verrechnungsstellen bedeutet dies zum Beispiel, dass die unter Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht erworbene Forderung unwirksam ist und folglich seitens der Verrechnungsstellen gegenüber dem Privatpatienten gerichtlich nicht mehr durchgesetzt werden kann. Das wiederum hat zur Folge, dass die Rechnung gegenüber der Privatärztlichen Verrechnungsstelle unter Umständen nicht bezahlt werden muss²⁶. Etwas anderes gilt, wenn dieselbe Forderung direkt von dem Arzt geltend gemacht wird.

²⁵ BGH NJW 1996, 773, 774.

Die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht kann auch Auswirkungen auf die Verjährung haben, z.B. wenn die Privatärztliche Verrechnungsstelle eine Forderung gegenüber dem Patienten geltend macht, ohne wegen § 134 BGB Forderungsinhaberin zu sein: die Verjährung wird nur unterbrochen, wenn die Forderung von dem „richtigen“ Forderungsinhaber geltend gemacht wird.

Ähnlich sieht die Rechtsfolge bei der Übertragung der gesamten Praxis aus: Unter Umständen ist nicht nur die Übertragung der Patientenakte, sondern der gesamte **Praxisübergabevertrag** nichtig und damit von Anfang an unwirksam²⁷.

Datenschutzrechtlich führt die fehlende Einwilligung in die Datenübermittlung zur Unzulässigkeit der Datenerhebung und der **weiteren Nutzung** z.B. durch Übermittlung. Die gespeicherten Daten sind gemäß § 35 Abs. 2 Nr. 1 BDSG unverzüglich zu löschen.

3. Rechtfertigungsgründe

Ein Arzt, der unzulässig ein Patientengeheimnis offenbart, macht sich nicht strafbar, wenn so genannte Rechtfertigungsgründe vorliegen. Rechtfertigungsgründe schließen den Tatbestand der Offenbarung grundsätzlich nicht aus, können aber eine an sich strafbare Handlung rechtfertigen.

a) Mutmaßliche Einwilligung

Die mutmaßliche Einwilligung ist ein solcher Rechtfertigungsgrund. Sie hat vor allem nach dem **Tod des Patienten** erhebliche Bedeutung. So zum Beispiel möchten die Angehörigen eines Verstorbenen wissen, ob eine ansteckende Erkrankung vorgelegen hat. Oder die Lebensversicherung möchte wissen, ob der bei ihr versicherte verstorbene Patient einem Suizidversuch zum Opfer gefallen ist, da dies zum Leistungsausschluss führen kann. In diesen Fällen kann von dem mutmaßlichen Einverständnis des Patienten ausgegangen werden, da anzunehmen ist, dass der Verstorbene seine Angehörigen vor einer ansteckenden Erkrankung bewahren möchte bzw. die Auszahlung der Lebensversicherung zum Vorteil seiner Angehörigen

²⁶ OLG Karlsruhe NJW 1998, 831, 832.

²⁷ BGH vom 11.12.1991, VIII ZR 4/91, S. 11/12.

nicht verhindern möchte. Etwas anderes ist anzunehmen, wenn der gegenteilige Wille entweder dem Arzt bekannt, sonst dokumentiert oder aus anderen Umständen heraus anzunehmen ist.

Die mutmaßliche Einwilligung hat auch dort Bedeutung, wo der Patient vorübergehend „nicht erreicht“ werden kann, sei es, dass er nach einem Unfall so erhebliche Verletzungen davon getragen hat, dass er nicht ansprechbar ist, oder dass er **vorübergehend bewusstlos** ist. In solchen Fällen können die Angehörigen unterrichtet werden. Entscheidend ist jedoch, dass der Arzt feststellt, dass die Offenbarung im mutmaßlichen Interesse des Patienten liegt und ein entgegenstehender Wille nicht bekannt oder anzunehmen ist.

b) Rechtfertigender Notstand gemäß § 34 StGB

Der rechtfertigende Notstand ist ebenfalls ein anerkannter Rechtfertigungsgrund zum Schutzbedrohter, vom Recht anerkannter Interessen. Der Anwendungsbereich ist sehr eng und vom Gesetzgeber auf die in § 34 StGB genannten Rechtsgüter beschränkt. Danach ist durch einen rechtfertigenden Notstand eine Geheimnisoffenbarung nur zur Abwendung ernstlicher **Gefahren für Leib oder Leben oder ähnlich gewichtiger Rechtsgüter** gerechtfertigt.

Ein Beispiel ist der alkoholisierte Berufskraftfahrer, der sich in ärztliche Behandlung begibt und mit den Worten verabschiedet, er werde sich jetzt in seinen Truck setzen und seine Fahrt fortsetzen. In einem solchen Fall, in dem Personen, ohne dass diese genau bestimmt werden müssten, durch die Trunkenheit des Fahrers akute Gefahr droht, kann der Arzt, ohne eine Bestrafung fürchten zu müssen, die geeigneten Maßnahmen einleiten. Generell gilt, dass er zunächst von sich aus versuchen muss, den Betrunkenen von der weiteren Fahrt abzuhalten. Verspricht dies oder bringt dies aber nicht den nötigen Erfolg, kann auch die Meldung bei der Polizei gerechtfertigt sein.

Auf § 34 StGB können bspw. auch Mitteilungen über aus Geisteskrankheiten sich ergebenden Gefahren mit dem Ziel der Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern (nach dem Psychisch-Krankengesetz - PsychKG) gestützt werden.

III. Die Anwendung des Datenschutzrechts

1. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung

Seit dem Volkszählungsurteil des BVerfG²⁸ ist geklärt, dass der Einzelne das Recht hat, grundsätzlich selbst zu entscheiden, wann und innerhalb welcher Grenzen er persönliche Lebenssachverhalte offenbaren will und welche persönlichen Daten weitergegeben und verwendet werden. Auch bei Krankheitsdiagnosen handelt es sich um höchstpersönliche und sensible Daten des Erkrankten²⁹, die dem Recht auf „informationelle Selbstbestimmung“ unterliegen, das Teil des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG ist. Für eine zulässige und damit rechtmäßige Datenerhebung ist eine klare Ermächtigungsgrundlage erforderlich, aus der sich die Voraussetzungen und der Umfang der Datenerhebung für jeden einzelnen Bürger deutlich ergeben. Die geforderten Angaben müssen für den mit der Speicherung verbundenen Zweck geeignet und erforderlich sein³⁰. Die Daten dürfen nicht zweckentfremdet werden und sind nach einer näher zu bestimmenden Zeit zu löschen.

2. Datenerhebung in der ärztlichen Praxis

Für die Datenerhebung in der ärztlichen Praxis sind die berufsständischen Bestimmungen zur Aufklärungs-, Schweige- und Informationspflicht sowie der 3. Abschnitt des Bundesdatenschutzgesetzes maßgebend. Diese Vorschriften sind mit dem zuvor genannten § 203 StGB eng verzahnt.

Nicht nur die jeweilige Behandlung³¹ bedarf der ausdrücklichen **Einwilligung** des Patienten, sondern grundsätzlich auch die Datenerhebung. Ziel ist es, den Einzelnen davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten in seinem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird (§ 1 Abs. 1 BDSG). **Personenbezogene Daten** sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen

²⁸ BVerfG NJW 1984, 419 ff.

²⁹ Vgl. zuletzt BVerfG NJW 2001, 883 (884).

³⁰ BVerfG NJW 1984, 419 (422).

³¹ Eine ohne Einwilligung des Patienten (§ 228 StGB) vorgenommene Behandlung würde eine rechtswidrige Körperverletzung gemäß § 223 StGB darstellen, gegebenenfalls sogar eine gefährliche Körperverletzung gemäß § 224 StGB!

Person (§ 3 Abs. 1 BDSG). Diese natürliche Person wird vom Gesetz als „Betroffener“ bezeichnet und soll im Folgenden mit dem Begriff „Patient“ gleichgesetzt werden.

Arztpraxen sind nichtöffentliche Stellen im Sinne des § 2 Abs. 4 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), für die die §§ 27 ff BDSG sowie die Sondernorm des § 39 BDSG gelten. Ferner finden die allgemeinen Vorschriften der §§ 1 bis 11 BDSG Anwendung. Spezielle Regelungen finden sich im Sozialgesetzbuch (SGB), insbesondere im SGB V zur gesetzlichen Krankenversicherung.

In der Arztpraxis werden die Patientendaten regelmäßig in papierener Form auf Karteikarten zusammengestellt. Dieses erfüllt bereits den Tatbestand der Datenspeicherung. Die elektronische Patientenkartei unterscheidet sich insofern rechtlich nicht.

Das Karteikartensystem in der Arztpraxis erfüllt einen doppelten Zweck: Zum Einen dient die Karteikarte der ärztlichen Dokumentation und ist somit Teil der von den ärztlichen Berufsordnungen geforderten **Dokumentationspflicht** (Aufbewahrungs- und Sicherungspflicht: 10 Jahre, § 10 Abs. 3 BOÄ Niedersachsen). Zum Anderen dienen die Ausführungen auf den Karteikarten aber auch der **Abrechnung** mit den Krankenkassen bzw. mit den Privatpatienten direkt. Das Anlegen der Karteikarten über einen Patienten bedarf aus diesen Gründen keiner besonderen Einwilligung des Patienten. Das Speichern der Daten ist für die Erfüllung der eigenen Geschäftszwecke erforderlich und bewegt sich im Rahmen der Zweckbestimmung des Vertragsverhältnisses mit dem Patienten (§ 28 Abs. 1 BDSG). Schon hieraus folgt, dass die Daten vor dem Zugriff unbefugter Dritter sicher zu verwahren sind. Hätten Unbefugte Zugriff, würde sich diese Datenverarbeitung nicht mehr im Rahmen des Vertragsverhältnisses bewegen.

§ 5 BDSG beschreibt die Schweigepflicht bei der Datenverarbeitung durch hiermit beschäftigte Personen als **Datengeheimnis**: Hiernach ist es den bei der Datenverarbeitung beschäftigten Personen untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen. Diese Personen sind bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit auf das Datengeheimnis zu verpflichten. Das Datengeheimnis besteht auch nach der Beendigung ihrer Tätigkeit fort.

3. Datenübermittlungen aus der ärztlichen Praxis

Datenübermittlungen aus der ärztlichen Praxis an andere Stellen erfolgen aus unterschiedlichen Gründen und auf vielfältige Weise: Da gibt es den Laborarzt, der Laborbefunde an andere Ärzte „durchtelefoniert“; Daten werden an Privatärztliche Verrechnungsstellen zum Zwecke der Abrechnung übertragen; Ärzte informieren sich gegenseitig zum Zweck der Abstimmung der Behandlung, so insbesondere Hausärzte und Fachärzte, Krankenhäuser werden informiert oder Ärzte rufen Apotheker an, um mit ihnen Medikationen eines Patienten zu besprechen. Jede dieser Datenübermittlungen bedarf einer Legitimation. Dies kann eine **gesetzliche Ermächtigungsgrundlage** sein oder die **Einwilligungserklärung** des Patienten.

Im Bereich der Sozialgesetzbücher ist jedoch zu beachten, dass § 67d Abs. 1 SGB X eine Einwilligung ohne eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage im Sozialgesetzbuch **nicht** ermöglicht: Die „Datenflussregelungen“ der Sozialgesetzbücher haben im vertragsärztlichen Bereich insoweit abschließenden Charakter.

a) Regelungen der BOÄ Niedersachsen

Die BOÄ Niedersachsen regelt in § 9 die ärztliche Schweigepflicht, das „Patientengeheimnis“. Die Regelung sieht in Abs. 4 vor, dass wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, sie von der Schweigepflicht insoweit befreit sind, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Im Rahmen einer solchen **Vor- und Nachbehandlung** des Patienten wird das Vorliegen dessen mutmaßlichen Einverständnisses in die Datenübermittlung regelmäßig anzunehmen sein, wenn sich der Patient tatsächlich in die Weiterbehandlung begibt.

b) Regelungen im vertragsärztlichen Bereich

Im Gegensatz dazu sieht das 5. Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für den vertragsärztlichen Bereich eine etwas strengere Verfahrensweise vor.

aa) Hausarzt erhebt Daten bei anderen Ärzten

Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten bei anderen behandelnden Ärzten die seinen Patienten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben (§ 73 Abs. 1b S. 1 SGB V). Wichtig ist, dass die Datenweitergabe nur mit **schriftlicher Einwilligung** des Patienten, die freiwillig ist und jederzeit widerrufen werden kann, zulässig ist.

bb) Facharzt übermittelt Daten an Hausarzt

Bei einer Überweisung von einem Hausarzt zu einem Facharzt wird es nach Abschluss der fachärztlichen Behandlung regelmäßig zu einer Rücküberweisung zum Hausarzt kommen. In diesem Fall ist der Facharzt verpflichtet, die Behandlungs- und Befunddaten zum Zwecke der bei dem Hausarzt weiterzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln (§ 73 Abs. 1b S. 2 SGB V). Auch hierfür wird das Vorliegen einer **schriftlichen Einwilligung** des Patienten verlangt. Andersherum ist der Datenfluss für die jeweiligen Leistungszwecke nach der 2. Alt. dieser Vorschrift ebenfalls möglich, sodass der Hausarzt die Patientendaten an den Facharzt übermitteln darf.

cc) Hausarzt alt übermittelt die Daten an Hausarzt neu

Für den Fall der Übermittlung von Patientendaten an den weiterbehandelnden Hausarzt im Falle eines Hausarztwechsels bestimmt § 73 Abs. 1b S. 5 SGB V, dass der bisherige Hausarzt verpflichtet ist, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen **mit Einverständnis des Patienten** vollständig zu übermitteln. Der neue Hausarzt darf die in diesen Unterlagen enthaltenen personenbezogenen Daten erheben (2. Halbsatz). Gemäß § 4a Abs. 3 BDSG wäre an sich hier eine schriftliche Einwilligung nötig. Da jedoch die Regelung explizit das Einverständnis, in welcher Form auch immer, des Patienten ausreichend sein lässt, wird das BDSG als gegenüber der besonderen Datenübermittlungsbefugnis innerhalb des SGB V subsidiäre Gesetz zurücktreten müssen. Regelmäßig wird der alte Hausarzt in diesen Fällen der Datenübermittlung eine Kopie seiner Daten anfertigen, da eine Herausgabe des Originaldatenbestandes der eigenen Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht nach den ärztlichen Berufsordnungen widersprechen würde.

dd) Ärzte übermitteln Daten untereinander im Rahmen integrierter Versorgung

In den §§ 140 a ff SGB V sind Verträge zu integrierten Versorgungsformen, also z.B. Praxisnetzen, vorgesehen. Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig (§ 140 a Abs. 2 S. 1 SGB V). Nach § 140 b Abs. 3 S. 3 SGB V müssen die Vertragspartner eine ausreichende Dokumentation sicherstellen, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich ist. Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140 b Abs. 3 SGB V die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine **Einwilligung** erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 StGB zur Geheimhaltung verpflichtet ist (§ 140 a Abs. 2 S. 2 SGB V).

Die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder haben in ersten Diskussionen zu Praxisnetzvorhaben grundsätzlich Zweifel geäußert, ob die Voraussetzungen überhaupt kumulativ eingehalten werden können. Bedenken bestehen insbesondere gegen eine zentrale Datenerhebung bei anderen als den Hausärzten. Hintergrund ist zum Einen, dass im Hausarztmodell eine zentrale Datenhaltung in § 73 Abs. 1b SGB V eben beim Hausarzt vorgesehen ist. Die Vorteile der **Netzlösung** außerhalb dieser Variante sind im Hinblick auf einen unter Umständen fehlenden Beschlagnahmeschutz nach dem Strafprozessrecht und das fehlende Zeugnisverweigerungsrecht jedenfalls nicht unmittelbar ersichtlich. Darüber hinaus wäre eine Einzeleinwilligung eines Patienten in die konkrete Datenspeicherung in der gemeinsamen Dokumentation erforderlich. Damit zu verbinden wäre auch eine Entscheidung über die Zugriffsberechtigung. Es müsste sichergestellt sein, dass besonders vertrauliche Informationen beispielsweise aus der psychiatrischen Behandlung dem Praxisnetz nicht zur Verfügung stehen. Darüber hinaus muss festgestellt werden können, wer für welche Daten verantwortlich ist. Diese müssen unverfälscht sein. Nach Abschluss der Behandlung dürften die Patientendaten nicht einem beliebigen Zugriff zur Verfügung stehen. Die Einwilligung in die Datennutzung dürfte und kann auch nicht pauschal erteilt werden. Sie muss gemäß § 4a Abs. 1 BDSG freiwillig, zweckgebunden und jederzeit widerruflich sein. Es muss sichergestellt werden, dass der Patient selbst jederzeit in seine gesamten Unterlagen Einsicht nehmen kann. Die Daten müssen verschlüsselt gespeichert werden; die Verschlüsselung hat umso besser zu erfolgen, je weiter die Daten ärztliche Bereiche verlassen und

je mehr Zugriffsmöglichkeiten es gibt. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

c) Das Verhältnis von § 73 Abs. 1b SGB V zu § 9 Abs. 4 BOÄ

Über das Verhältnis dieser beiden doch sehr unterschiedlichen Regelungen gibt es eine Diskussion mit teilweise sehr **unterschiedlichen Ansätzen**. Diese reichen von dem Vorschlag, den § 73 Abs. 1b SGB V nur im Hausarztmodell und nur bei einer angestrebten zentralen Dokumentation anzuwenden, bis dazu, den § 73 Abs. 1b SGB V als abschließende Sonderregelung allen anderen Normen vorzuziehen.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz hat sich zur Klärung dieser Auslegungsprobleme unmittelbar an das Bundesgesundheitsministerium gewandt und von dort zur Antwort bekommen, dass die Regelungen über die schriftliche Einwilligung des Patienten in die Datenübermittlung nach § 73 Abs. 1b SGB V die Dokumentationsbefugnis des vom Patienten gewählten Hausarztes bei Behandlung **durch andere Leistungserbringer stärken** soll. Die Regelung gilt daher nur, wenn der Hausarzt die Behandlung eines Patienten an einen anderen Arzt abgibt, die Diagnose also selbst nicht mehr stellt oder aber die Diagnose stellt und den Patienten nicht weiterbehandeln kann. Die Regelung soll aber nicht den Fall der eigenen Behandlung des Patienten durch den Hausarzt betreffen, der zum Beispiel zum Zwecke der Behandlung und Diagnose durch den Hausarzt einen anderen Leistungserbringer als Dienstleister einschaltet, zum Beispiel einen Radiologen oder ein Labor. In diesen Fällen gilt die ärztliche Berufsordnung: Bei der **Mit- und Folgebehandlung** ist im Rahmen der Erforderlichkeit von der **Mutmaßlichkeit der Einwilligung** auszugehen.

d) Probleme bei der praktischen Umsetzung

Es ist im Praxisalltag oft schwierig, für den einzelnen Fall festzustellen, ob denn nun das Schriftformerfordernis gegeben ist oder nicht. Anzuregen wäre eine Art „Generalvollmacht“, also eine schriftliche Einwilligungserklärung bei dem erstmaligen Erheben, Verarbeiten oder Nutzen von Daten einzuführen, sodass alle relevanten Fälle der **Datenweitergabe an mitbehandelnde Ärzte** mitumfasst werden. Voraussetzung ist aber, dass dem Patienten zumindest mündlich vor der Datenweitergabe mitgeteilt wird, welche Ärzte eingeschaltet werden sollen und dass dies in der

Patientenakte dokumentiert wird.

e) Datenübermittlung an Krankenkassen

Es kommt relativ häufig vor, dass Krankenkassen sich an niedergelassene Ärzte wenden, um Auskünfte über einzelne Patienten zu erhalten. Die Hintergründe sind so vielschichtig wie die Patienten selbst. In den Sozialgesetzbüchern ist genau geregelt, welche Informationen Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger über die bei ihnen Versicherten erhalten dürfen. Damit einzelne Patientendaten grundsätzlich nicht an die Krankenkassen gelangen, ist zum Zwecke der Abrechnung zwischen Ärzten und Patienten auf der einen und den Krankenkassen auf der anderen Seite die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung geschaltet.

Es sind aber besondere Fälle denkbar, in denen die Krankenkasse ärztliche Informationen über ihren Versicherten benötigt. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn ein Patient bei seiner Krankenkasse die Bewilligung einer Haushaltshilfe beantragt.

aa) Ermächtigungsgrundlage

Nach § 100 Abs. 1 SGB X ist der Arzt verpflichtet, der Krankenkasse oder sonstigen Leistungsträgern im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die **Durchführung von deren Aufgaben** nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich und entweder gesetzlich zugelassen ist oder der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat.

Der Begriff der Durchführung von Aufgaben ist vielschichtig. So kann zum Beispiel im Rahmen der Gewährung von Krankengeld nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V die Leistungspflicht überprüft werden ebenso wie die Notwendigkeit der Gestellung einer Haushaltshilfe. Erforderlich ist die Datenerhebung dem Rechtsgedanken des § 67a SGB X nach immer dann, wenn anders die konkrete und unmittelbar anstehende Aufgabe der Prüfung der Leistungspflicht nicht oder nicht sachgerecht erfüllt werden kann³².

³² KK-Scholz, § 67a SGB X Rn. 13.

bb) Umfang der Auskunftspflicht

Die Auskunft ist nicht vom Arzt aus eigenem Antrieb, sondern nur auf Grund des ausdrücklichen Auskunftsverlangens eines Sozialleistungsträgers zu erteilen. Sie muss sich also auf einen konkret benannten Einzelfall beziehen und deutlich machen, zu welchem Zweck die Auskunft benötigt wird³³. Nur auf Grund eines konkretisierten Auskunftsverlangens ist der Arzt auch in der Lage, den **notwendigen Inhalt und Umfang der Auskunft** festzustellen. Ein entsprechender Fragebogen der Krankenkasse darf also nur dazu dienen, festzustellen, ob die konkrete Leistungspflicht der Krankenkasse (noch) besteht. Zu übermitteln sind mithin nur diejenigen Sozialdaten, die die Krankenkasse zu dieser Feststellung benötigt.

f) Übermittlung an die kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen

Zu den Aufgaben der kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (K(Z)Ven) gehört es, Abrechnungen durch so genannte „Plausibilitätskontrollen“ einzelner Ärzte auf Rechtmäßigkeit zu überprüfen (§ 106a SGB V). Eine Abrechnung ist rechtmäßig, wenn sie sachlich und rechnerisch richtig ist. Zweck der Norm ist es, Abrechnungsmanipulationen zu verhindern³⁴. Die K(Z)Ven haben Abrechnungsfehler jeder Art durch Überprüfung der Schlüssigkeit der vertragsärztlichen Abrechnung aufzuspüren³⁵.

aa) Voraussetzungen

Gegenstand der sachlich-rechnerischen Überprüfung ist mithin die Anwendung und Auslegung der Gebührenregelungen. Die K(Z)Ven dürfen die Abrechnung des (Zahn-)Arztes überprüfen, wenn zu einem auffälligen, **„unplausiblen“ Abrechnungsverhalten** besondere Umstände hinzukommen, die eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung nahe legen³⁶. Diese Voraussetzungen sind regelmäßig dann gegeben, wenn eine Änderung der Gebührennummer auf Grund grundlegender Änderung der Gebührenordnung erfolgte oder Leistungen neu aufgenommen wurden. Sie können sich aber auch aus der Erstellung von Tagesprofilen ergeben. Ergibt die Prüfung eine Unrichtigkeit, so können als Ergebnis der Prüfung Honorarkürzungen vorgenommen werden.

³³ KK-Scholz, § 67a SGB X Rn. 4.

³⁴ SG Hamburg, MedR 1998, 187 (189) unter Hinweis auf das Gesetzgebungsverfahren m.w.N.

³⁵ SG Hamburg a.a.O.

³⁶ SG Hamburg a.a.O.

bb) Rechtsfolgen

Gemäß § 295 Abs. 1a SGB V haben die Vertragsärzte den K(Z)Ven zur Erfüllung ihrer Aufgaben und auf deren Verlangen die **für die Prüfung erforderlichen Befunde** vorzulegen.

Zum früheren § 368 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung, der eine ähnliche Verpflichtung vorsah, hatte das Bundessozialgericht bereits 1982 entschieden, dass das Fehlen einer Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten in diese Datenübermittlung nicht zu einer Kollision mit der sozialversicherungsrechtlichen Informationspflicht führt³⁷: Der Gesetzgeber habe vielmehr das Problem erkannt und eine Interessenabwägung zu Gunsten der Erfordernisse der K(Z)Ven vorgenommen, die letztlich dem **Interesse der Versichertengemeinschaft** diene. Die gesetzliche Offenbarungsbefugnis erstrecke sich insbesondere auch auf die Herausgabe von Befunden.

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Einzelnen erfordert jedoch die strikte Anwendung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes, der den Umfang der Offenbarungsbefugnis beschränkt: Die Offenbarung ist nur in dem Umfang zulässig, soweit sie zur Überprüfung der Abrechnung auch erforderlich ist. Vorzulegen und zu offenbaren sind mithin **nur die prüfungsrelevanten Befunde**, die die K(Z)Ven ausdrücklich verlangt haben³⁸. Angaben aus nicht geprüften Quartalen oder gelegentlich der Behandlung gemachte Feststellungen sind für die Abrechnung nicht prüfungsrelevant, sodass die Unterlagen hierüber auch nicht vorgelegt werden dürfen.

g) Datenübermittlungen an den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

Der MDK als „Nachfolger“ des Vertrauensärztlichen Dienstes hat gemäß § 275 SGB V die Aufgabe, in den in Abs. 1 bis 4 genannten Fällen gutachterlich und beratend tätig zu werden.

³⁷ BSG 6 Rka 10/82, S.15.

³⁸ SG München vom 22.9.1988, S 33 Ka 381/88 Z, BSG vom 20.3.1996, 6 Bka 1/96 jeweils m.w.N.

aa) Voraussetzungen

Der MDK wird nicht selbstständig tätig, sondern ausschließlich **auf Veranlassung der Krankenkassen**. In den in den Abs. 1-2 genannten Fällen ist die Einschaltung des MDK obligatorisch, in den in Abs. 3-4 genannten Fällen können bzw. sollen die Krankenkassen oder ihre Verbände ihn hinzuziehen. Der MDK erstellt regelmäßig eine gutachterliche Stellungnahme zu der von der Krankenkasse im Einzelfall vorgegebenen Frage.

bb) Rechtsfolgen

Ist der Gesundheitszustand eines Versicherten, Art und Umfang der Behandlungsbedürftigkeit oder die Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit bestimmter Leistungen zu beurteilen, so erhebt der MDK **die erforderlichen Befunde**, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachterlichen Stellungnahmen nach § 275 SGB V erforderlich ist. Die Ärzte haben hier gemäß § 276 Abs. 2 SGB V auf Anforderung des MDK die Sozialdaten unmittelbar an den MDK zu übermitteln. Maßgebend ist auch hier, dass nur solche Befunde übermittelt werden, die für die gutachterliche Stellungnahme erforderlich sind. Hinsichtlich des Umfangs gilt das oben im Bereich der Datenübermittlung an die K(Z)Ven Gesagte entsprechend.

IV. Dokumentation und Einsicht

Die ärztlichen Berufsordnungen sehen eine Dokumentationspflicht der Ärzte vor, in Niedersachsen ist § 10 BOÄ maßgebend. Die Dokumentation geschieht herkömmlicherweise auf Karteikarten und dient dem Arzt nicht nur als Gedächtnisstütze, sondern auch als Nachweis darüber, welche Tätigkeiten er ausgeführt hat. Dem Patienten dient sie darüber hinaus zur Information.

Die Karteikarten sind Urkunden und dienen in einem eventuellen Kunstfehlerprozess als **Beweismittel**. Die Dokumentation hat alle objektiven Sachverhalte zu beinhalten, wie zum Beispiel therapeutische Maßnahmen, Rezeptverschreibungen, Laborwerte, Feststellungen zur Krankengeschichte, Diagnosen wie Verdachtsdiagnosen. Nicht dokumentationspflichtig und regelmäßig auch nicht dokumentationswürdig sind subjektive Bewertungen, also persönliche

Beurteilungen, die den Arzt an Eigenschaften oder Bemerkungen des Patienten erinnern sollen. Doch auch solche Angaben können sich in der Patientenakte befinden.

1. Allgemeine Einsichtsrechte

Das Einsichtsrecht des Patienten in seine Krankenunterlagen ist – auch wenn es zunächst eine andere Rechtsprechung gab³⁹ - inzwischen schon lange anerkannt. Die Pflicht zur Einsichtsgewährung auf Antrag des Patienten wird als dessen **Nebenrecht zum Behandlungsvertrag** angesehen. Dieser Anspruch ist aber auch begründet aus dem Recht auf Selbstbestimmung und auf personale Würde⁴⁰ gemäß Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 GG. Ärztliche Krankenunterlagen mit ihren Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen betreffen den Patienten unmittelbar in seiner Privatsphäre. Außerdem sieht das **Standesrecht** in den ärztlichen Berufsordnungen vor, dass dem Patienten auf Verlangen Einsicht zu gewähren ist. In Niedersachsen ist § 10 Abs. 2 BOÄ maßgebend.

Zudem hat ein Betroffener gemäß § 34 BDSG **Anspruch auf Auskunft** über die zu seiner Person gespeicherten Daten, die Empfänger, an die die Daten weitergegeben worden sind sowie den Zweck der Speicherung. Der Anspruch ist generell unentgeltlich (§ 34 Abs. 5 S. 1 BDSG).

Die Patientenkartekarte muss also nicht nur für den Arzt, sondern auch für den jeweiligen Patienten zugänglich sein. Der Patient hat grundsätzlich auch außerhalb eines Rechtsstreites ein uneingeschränktes Einsichtsrecht gegenüber Arzt und Krankenhaus in die ihn betreffenden Krankenunterlagen, soweit sie Aufzeichnungen über **objektive physische** Befunde und Berichte über Behandlungsunterlagen wie Medikation und Operationen betreffen⁴¹. Das Einsichtsrecht kann sich in Einzelfällen aber auch auf den sensiblen Bereich nicht objektiver Befunde erstrecken⁴²: Dieses Einsichtsrecht in subjektive Daten wie Aufzeichnungen und Anmerkungen des Arztes bedarf auf Grund schützenswerter Interessen des Arztes, des Patienten oder Dritter einer Abwägung. Liegt die Einwilligung desjenigen, dessen Interessen betroffen sind, vor, so ist die Einsicht zu erteilen.

³⁹ BGHZ 106, 146 (151).

⁴⁰ BVerfG NJW 1999, 1777, 1777.

⁴¹ Seit BGH NJW 1983, 328 f. ständige Rechtsprechung.

⁴² BGHZ 106, 146, 151.

Da subjektive Bewertungen grundsätzlich nicht dokumentationspflichtig sind und insofern auch nicht in jedem Fall ein Einsichtsanspruch besteht, sollte jeweils im Einzelfall geprüft werden, ob auf solche Anmerkungen in der Akte verzichtet werden kann.

a) Einsicht in die Originalunterlagen

Der Patient kann vom Arzt verlangen, Einsicht in die Originalunterlagen zu nehmen. Der Arzt hat die Einsichtnahme durch den Patienten zu dulden. Aus Gründen der Selbstgefährdung des Patienten kann der Arzt die Einsichtnahme einschränken. Aus dem Einsichtsrecht des Patienten wird dessen Befugnis hergeleitet, Abschriften und entsprechend dem heutigen Stand der Technik Fotokopien der Unterlagen zu fertigen⁴³. Der Arzt hingegen ist nicht berechtigt, die Einsichtnahme in die Originalakte durch die Vorlage von Kopien abzuwenden, da anderenfalls das Kontrollelement des § 810 BGB (Urkundeneinsicht im Fall eines rechtlichen Interesses) unterlaufen würde. Es kann aber vereinbart werden, dass der Arzt nur Fotokopien aushändigt. § 10 Abs. 2 S. 2 BOÄ Niedersachsen sieht vor, dass dem Patienten auf dessen Verlangen Kopien gegen Erstattung der Kosten herauszugeben sind.

b) Einsichtnahme in der Arztpraxis

Die Vorlage der Akte hat an dem Ort zu erfolgen, wo sie sich befindet, mithin regelmäßig beim Arzt (entsprechend § 811 BGB). Ein Anspruch auf Zusendung von Kopien oder gar auf **Zusendung der Originalunterlagen** besteht grundsätzlich nicht⁴⁴. Im Einzelfall kann jedoch etwas anderes gelten⁴⁵. In einem entschiedenen Fall befand das OLG München, dass das behandelnde Krankenhaus die Original-Röntgenakten herauszugeben habe und begründete dies zum Einen damit, dass die Behandlung abgeschlossen sei und die Aufnahmen zumindest zurzeit nicht benötigt würden, zum Anderen damit, dass es sich um 82 Röntgenaufnahmen handelte, die eine nicht unerhebliche Zeit zur Einsichtnahme in Anspruch nehmen würden. Dem Kläger wurde daher das Recht eingeräumt, die Vorlage der Röntgenaufnahmen zur Einsichtnahme bei seinem Rechtsanwalt zu verlangen.

⁴³ Gehrlein, NJW 2001, 2773, 2773.

⁴⁴ Vgl. zuletzt LG Dortmund NJW 2001, 2806, 2806; auch OLG München NJW 2001, 2806, 2806.

⁴⁵ OLG München NJW 2001, 2806, 2807.

Wenn sich in den begehrten Unterlagen noch Hinweise auf Berichte und Auskünfte über Dritte befinden, gilt diesen Dritten gegenüber allerdings ebenfalls die ärztliche Schweigepflicht. Diese **Drittbetroffenen** sind um eine schriftliche Einwilligung in die Einsichtnahme und damit um ihre Schweigepflichtentbindungserklärung zu ersuchen, soweit die Angaben für den Einsichtsbegehrenden ein „Geheimnis“ sind. Wird die Schweigepflichtentbindung nicht erklärt, so müssen diese Unterlagen aus der Krankenakte bei der Einsichtnahme entfernt werden oder aber bei der Fertigung der Kopien ausgelassen werden.

2. Besonderheiten der Einsichtnahme in psychiatrische Behandlungsunterlagen

Besonderheiten gelten in Bezug auf psychiatrische Behandlungsunterlagen. Dort kommt der Entscheidung des Arztes, ob eine Aushändigung der Krankenunterlagen an den Patienten medizinisch verantwortbar ist, besonderes Gewicht zu⁴⁶. Allerdings darf der Arzt auch nach einer psychiatrischen Behandlung die Herausgabe der Krankenunterlagen nicht pauschal unter **Hinweis auf ärztliche Bedenken** verweigern. Er hat die entgegenstehenden therapeutischen Gründe vielmehr nach Art und Richtung näher zu kennzeichnen, allerdings ohne die Verpflichtung, dabei ins Detail zu gehen⁴⁷.

Im Hinblick auf die schon dargestellte Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes wurden **Kriterien** herausgearbeitet, wie auch im psychiatrischen Bereich, in dem den subjektiven Berichten erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen ist, das Einsichtsrecht gestaltet werden kann, ohne leer zu laufen: Danach ist stets eine Abwägung im Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu treffen, und zwar auch hinsichtlich der nicht objektivierten Befunde einer psychiatrischen Behandlung: Der Arzt hat sich bei seiner Entscheidung, ob er die Einsichtnahme auch in die subjektiven Aufzeichnungen gewährt, einerseits an den aus dem Persönlichkeitsrecht abgeleiteten Anspruch des Patienten auf Wissen um die Diagnose und die Behandlung, andererseits aber auch an medizinisch begründeten Patientenschutzinteressen zu orientieren. Solche Schutzinteressen sind insbesondere gegeben, wenn infolge der Einsicht in die gesamte

⁴⁶ BVerfG NJW 1999, 1777, 1777 m.w.N.

⁴⁷ BVerfG NJW 1999, 1777, 1777 m.w.N.

Behandlungsakte eine Selbstgefährdung des Patienten droht. Darüber hinaus hat der Arzt bei seiner Entscheidung Interessen Dritter zu berücksichtigen, die in die Behandlung einbezogen worden sind. Er kann aber auch eigene Interessen an der Erhaltung der therapeutischen Handlungsfähigkeit mit berücksichtigen. Bei noch nicht abgeschlossener Behandlung kann eine Verweigerung eher begründet werden als in den Fällen, in denen die Behandlung bereits seit Jahren beendet oder abgebrochen ist. Ist eine Einsichtnahme aus medizinischen Gründen nur in Anwesenheit des behandelnden oder eines anderen Arztes vertretbar, so muss vor einer Verweigerung von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden.

Sollte der Arzt aus Gründen des Patientenschutzes oder des eigenen Schutzes die Einsicht verweigern wollen, sollte er prüfen, ob er sich mit dem Patienten auf eine Gewährung der Einsicht an eine neutrale **Person, die das Vertrauen des Patienten genießt**, einigen kann. Notfalls können einzelne Teile der Behandlungsdokumentation vor der Einsichtnahme des Patienten in den verbleibenden Teil entfernt werden.

V. Aufbewahrungsfristen und -pflichten

Die Aufbewahrungsfristen folgen ebenfalls aus den ärztlichen Berufsordnungen. So sieht § 10 Abs. 3 BOÄ Niedersachsen vor, dass ärztliche Aufzeichnungen für die Dauer von **10 Jahren** nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren sind, sofern nicht nach anderen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist vorgesehen ist. Für Patientenakten im Krankenhaus lautet die Empfehlung der Ärztekammer zum Beispiel, die Krankenunterlagen **30 Jahre** aufzubewahren, Letzteres wohl auch im Hinblick auf den Ablauf der längsten Verjährungsfrist im Schadensersatzrecht nach 30 Jahren (§ 197 Abs. 1 BGB).

Nicht ganz eindeutig ist, was unter dem Begriff des „**Behandlungsabschlusses**“ zu verstehen ist. Gemeint sein kann damit der Abschluss einer konkreten Behandlung. Dies hätte zur Folge, dass aus einer Patientenakte einzelne Behandlungsabschnitte nach dem Ablauf der Dokumentationspflicht gelöscht werden können. Ist ein Patient seit 30 Jahren bei demselben Zahnarzt in Behandlung, so könnten die Angaben, die länger als 10 Jahre zurückliegen, aus der Patientenakte herausgelöscht werden. Bei einer weiten Auslegung des Begriffs des Behandlungsabschlusses könnte die

Dokumentation vernichtet werden, wenn ein Patient sich über 10 Jahre hinaus von dem einen Arzt nicht (mehr) hat behandeln lassen. Erst nach Ablauf dieser Frist würden dann alle Daten vernichtet werden. Diese zweitgenannte Auslegung hat den Vorzug, dass im Hinblick auf künftige Behandlungen u.U. länger als 10 Jahre zurück liegende Informationen benötigt werden und diese dann auch verfügbar sind. Es sind Fälle denkbar, in denen Aufzeichnungen aus dem Kindesalter gebraucht werden, um ein Problem im Erwachsenenalter erfolgreich zu lösen. Und solange sich der Patient immer wieder in die Behandlung desselben Arztes begibt, rechnet er auch damit, dass seine Daten kontinuierlich vorhanden sind.

Ist eine **akute Erkrankung** erkennbar geheilt, sodass eine Aufbewahrung der Unterlagen über die 10 Jahre hinaus aus medizinischen Gründen keinen Sinn macht, so ist aber auch nichts dagegen einzuwenden, dass dieser Teil der Patientenakte schon nach 10 Jahren vernichtet wird, obwohl der Patient sich bei dem Arzt weiterhin in Behandlung befindet.

Dass die Dokumentations**p**flicht endet, bedeutet nicht, dass die Möglichkeit bzw. das **Recht des Arztes zur Aufbewahrung** der Akten endet. § 35 Abs. 2 Nr. 3 BDSG sieht vor, dass Daten, die für eigene Zwecke verarbeitet wurden, zu löschen sind, sobald ihre Kenntnis für die Erfüllung des Zweckes der Speicherung nicht mehr erforderlich sind. Das Ende der Dokumentationspflicht in § 10 Abs. 3 BOÄ indiziert üblicherweise die Erfüllung des Zweckes, sodass der Patient die Löschung verlangen kann. Es sind jedoch auch Fälle denkbar, in denen es **aus medizinischen Gründen** sinnvoll ist, die Akten länger aufzubewahren, z.B. im Falle von Erbkrankheiten. Dann können die Patientenakten länger aufbewahrt werden, weil die Zweckerfüllung entgegen § 35 Abs. 2 Nr. 3 BDSG und entgegen der ärztlichen Berufsordnung gerade nicht eingetreten ist.

Die Akten sind sicher und in „**gehöriger Obhut**“ aufzubewahren. Der Einzelne ist davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten in seinem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird; die ärztliche Schweigepflicht (s.o.) verpflichtet zur Geheimhaltung der Patientendaten.

Stehen Akten zur Vernichtung an, so sind sie unlesbar zu machen. Elektronische Daten sind sicher zu löschen. Elektronische Datenträger sind entweder zu vernichten oder durch geeignete

Programme⁴⁸ zu löschen. Für das Vernichten kleinerer Datenträger (CDs, Disketten etc.) werden im Handel spezielle Maschinen angeboten, die wie ein Papierschredder funktionieren. Darüber hinaus ist es möglich, die zu vernichtenden Datenträger gemeinsam mit den papiernen Akten an spezielle Vernichtungsunternehmen zu übergeben.

VI. Die Praxis-EDV

Mehr und mehr werden die papierenen Karteikarten durch Bits und Bytes ersetzt. Mit der Einführung der Krankenversichertenkarte und dem dadurch erleichterten elektronischen Datenaustausch zwischen Ärzten und kassenärztlichen Versorgungssystemen erhielt die **Informationstechnik** den entscheidenden Rückenwind für den Einzug in die Arztpraxen. Die ärztliche Schweigepflicht stellt hohe Anforderungen an die Ausgestaltung der eingesetzten Technik. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung erfordert im Hinblick auf die Sensibilität der Daten eine ganz besonders konsequente Umsetzung.

Im Laufe der Zeit haben sich Kriterien⁴⁹ herausgebildet, denen beim EDV-Einsatz im medizinischen System höchste Bedeutung zukommt. Gleichwohl gibt es in den Rechtsvorschriften **nur sehr allgemeine Rahmenbedingungen**: § 10 Abs. 5 BOÄ Niedersachsen z.B. verlangt, dass „Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen bedürfen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.“ Folgende Kriterien müssen vorliegen:

- Die Daten, die der Schweigepflicht unterliegen, sind vor unbefugter Preisgabe zu schützen (Gebot der **Diskretion**).
- Die Daten sind unverseht zu halten, da ihre Verletzung zu schädlichen Folgen beim Patienten führen kann (Gebot der **Integrität**).
- Es ist sicherzustellen, dass die Daten tatsächlich von der Stelle stammen, der das Vertrauen entgegengebracht wird (Gebot der **Authentizität**).

⁴⁸ z.B. Werkzeug VS-Clean des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI)
www.bsi.de/produkte/vs-clean -

Die Daten müssen zeitgerecht für eine Nutzung **zur Verfügung** stehen und **revisionsfähig** sein. Es muss jederzeit feststellbar sein, wer wann welche Daten verarbeitet hat. Ganz allgemein gilt das **Transparenzprinzip**. Die Verfahrensweise bei der Verarbeitung personenbezogener Daten muss vollständig, aktuell und in einer Weise dokumentiert sein, sodass sie in zumutbarer Zeit nachvollzogen werden kann.

Wird die ärztliche Dokumentation auf papierenen Karteikarten geführt, so bestehen bzgl. Der Nachprüfbarkeit der ärztlichen Aufzeichnung keine gravierenden Probleme: Schriftliche Original-Urkunden haben einen hohen Beweiswert, weil spätere **Änderungen und Ergänzungen** relativ leicht **erkennbar** sind. Bei elektronischen Datenträgern ist das anders: Hinzufügen, korrigieren, löschen – ohne besondere Vorkehrung ist nahezu jede Veränderung an einer Datei möglich, ohne dass dies nachvollzogen werden kann.

Beim Einsatz von Praxis-EDV muss unterschieden werden, ob diese nur als Hilfsmittel genutzt wird, oder ob über diese der **ärztlichen Dokumentationspflicht** nachgekommen werden soll. Werden sämtliche dokumentationspflichtigen Daten ausgedruckt und zur konventionellen Patientenakte gegeben, so besteht ein geringerer elektronischer Sicherungsaufwand, als wenn die Behandlungsdaten ausschließlich elektronisch verfügbar gehalten werden.

Die sich auf einem Praxisrechner befindlichen Daten müssen regelmäßig gesichert werden, zum Beispiel durch eine tägliche Sicherungskopie auf Diskette oder Band. Diese Disketten oder Bänder sind sicher, am besten in einem Tresor zu verwahren. Außer dieser Datensicherung, für die eine technische Schnittstelle nötig ist, muss allerdings verhindert werden, dass Patientendaten unbefugt auf einen Datenträger wie zum Beispiel eine Diskette gezogen werden. Daher sollten in den Programmen **Schnittstellen generell gesperrt** werden.

Wird die Praxis-EDV zu Dokumentationszwecken genutzt, so muss die elektronische Praxissoftware einen **Schutz vor nachträglicher Veränderung** enthalten. Daten dürfen nicht unerkannt hinzugefügt, korrigiert oder gelöscht werden können. Die Hersteller von Praxissoftware haben mittlerweile Archivierungsprogramme entwickelt, die dafür sorgen, dass die archivierten

⁴⁹ Nachzulesen bei Garstka, ZaeFQ 1999, 781 (782).

Daten nur noch gelesen, aber nicht mehr verändert werden können. Solche Programme genügen jedoch nur dann der ärztlichen Dokumentationspflicht, wenn die Daten auch noch 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung lesbar sind und auch das Überschreiben einmal erfasster Daten ausgeschlossen ist. Außerdem müssen die Daten reaktiviert werden können, wenn der Fristlauf durch eine erneute Behandlung unterbrochen wird.

Patientendaten sollten nur **verschlüsselt** auf der Festplatte abgelegt werden und erst bei einem **berechtigten** Zugriff (automatisch) entschlüsselt werden können, damit z.B. ein Diebstahl des ganzen Computers (also der Hardware) oder ein unbefugtes Eindringen in das Computersystem nicht auch noch zu einer Offenbarung der Patientendaten führt.

In vielen Arztpraxen sind keine ausreichenden EDV-Kenntnisse vorhanden, die es ermöglichen, dass sämtliche **Wartungsarbeiten** selbst erledigt werden. Auch bei kleineren Unregelmäßigkeiten oder Fehlern muss oft auf **externe Techniker** zurückgegriffen werden. Wenn bei den Wartungsarbeiten ein Zugriff auf das System erforderlich wird, ist es oft nicht auszuschließen, dass die Techniker auch Zugriff auf die Patientendaten nehmen oder dass sie sich diesen Zugriff problemlos verschaffen können. Dies würde einen Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht darstellen, weil damit berufliche Geheimnisse „offenbart“ würden. Dies lässt sich durch technisch-organisatorische Maßnahmen vermeiden, z.B. durch ein Mitverfolgen der Wartungstätigkeit durch einen Mitarbeiter der Arztpraxis oder dadurch, dass die Patientendaten in verschlüsselter Form gespeichert sind und dem Wartungspersonal keine Entschlüsselungsmöglichkeit zur Verfügung steht.

VII. Der/die betriebliche Datenschutzbeauftragte

Gemäß § 4f Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) haben nichtöffentliche Stellen, die personenbezogene Daten automatisiert erheben, verarbeiten oder nutzen, unter bestimmten Voraussetzungen die Pflicht, einen betrieblichen Datenschutzbeauftragten zu bestellen. Dieser muss gemäß § 4g BDSG auf die Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes und anderer Vorschriften über den Datenschutz hinwirken. Ärztliche Praxen sind nichtöffentliche Stellen im Sinne des BDSG.

Das bedeutet, dass jede ärztliche Praxis, die Patientendaten automatisiert, sprich per Computer verarbeitet, einen Datenschutzbeauftragten bestellen muss, sofern die Voraussetzungen des § 4f BDSG vorliegen.

1. Voraussetzungen der Bestellung

§ 4f Abs. 1 BDSG regelt die Voraussetzungen zur Bestellung eines betrieblichen Datenschutzbeauftragten. Folgende Alternativen des § 4f Abs. 1 BDSG, die zu einer Bestellung verpflichten, kommen in der ärztlichen Praxis in Betracht:

- **Mindestens 5 Arbeitnehmer** sind ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt (§ 4f Abs. 1 S. 4 BDSG), oder
- **mindestens 20 Arbeitnehmer** verarbeiten auf andere Art und Weise personenbezogene Daten (§ 4f Abs. 1 S. 3 BDSG).

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte ist spätestens innerhalb eines Monats nach Aufnahme der personenbezogenen Datenverarbeitung schriftlich zu bestellen (§ 4 f Abs. 1 S. 1, 2 BDSG). Gemäß § 4f Abs. 2 BDSG darf zum Beauftragten für den Datenschutz nur bestellt werden, wer die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderliche **Fachkunde und Zuverlässigkeit** besitzt.

2. Die Bestellung

Zur Aufgabenerfüllung sind dem betrieblichen Datenschutzbeauftragten gemäß § 4f Abs. 5 BDSG von der Arztpraxis u.a. Geräte und Mittel und auch ausreichend Zeit zur Verfügung zu stellen. Er untersteht direkt der Praxisleitung gemäß § 4f Abs. 3 S. 1, 2 BDSG und ist bei Anwendung seiner Fachkunde auf dem Gebiet des Datenschutzes **nicht an Weisungen gebunden**. Er hat zugleich eine funktionsbezogene Beratungspflicht. Er darf wegen der Erfüllung seiner Aufgaben nicht benachteiligt werden, § 4f Abs. 3 S. 3 BDSG.

Die ärztliche Praxis hat auch die Möglichkeit, statt des betrieblichen Datenschutzbeauftragten einen **externen Datenschutzbeauftragten** zum betrieblichen Datenschutzbeauftragten zu bestellen: So können sich z.B. mehrere Arztpraxen auch einen betrieblichen Datenschutzbeauftragten teilen. Dabei ist aber darauf zu achten, dass diesem nicht unbefugt Patientengeheimnisse offenbart werden.

Die Aufgaben des betrieblichen Datenschutzbeauftragten sind explizit in § 4g BDSG aufgeführt. Diese Vorschrift beschreibt das Aufgabenfeld des betrieblichen Datenschutzbeauftragten jedoch nicht abschließend. Darüber hinaus hat er eine weit reichende Beratungsfunktion: Patienten können sich in Fragen des Datenschutzes jederzeit an ihn wenden (§ 4f Abs. 5 S. 2 BDSG).

3. Kündigungsschutz

Der interne betriebliche Datenschutzbeauftragte genießt einen besonderen Kündigungsschutz: Gemäß § 4f Abs. 3 S. 4 BDSG kann die Bestellung in entsprechender Anwendung des § 626 BGB, d.h. in entsprechender Anwendung der Vorschriften über die fristlose Kündigung, widerrufen werden. Für den Widerruf ist mithin Voraussetzung, dass **ein wichtiger Grund** vorliegt, der es der Praxisleitung unzumutbar macht, die Bestellung zum betrieblichen Datenschutzbeauftragten aufrecht zu erhalten, also etwa ein Verstoß gegen die Verpflichtung zur Verschwiegenheit, Untätigkeit etc. Wie auch bei allen fristlosen Kündigungen ist im Falle des Widerrufs eine Einzelfallprüfung erforderlich. Darüber hinaus muss der Widerruf binnen 2 Wochen nach Kenntnis des Widerrufsberechtigten von den maßgeblichen Tatsachen schriftlich erfolgen. Darüber hinaus ist ein Widerruf auch auf Verlangen der Aufsichtsbehörde denkbar (vgl. § 38 Abs. 5 S. 3 BDSG). § 4f Abs. 3 S. 4 BDSG ist eine Schutzvorschrift und hat auch Auswirkungen auf das zu Grunde liegende Arbeitsverhältnis: Eine ordentliche Kündigung ist ausgeschlossen, wenn die Gründe in sachlichem Zusammenhang mit der Amtsführung des betrieblichen Datenschutzbeauftragten stehen (Schikaneverbot, § 4f Abs. 3 S. 3 BDSG).

4. Meldepflichten

Mit der Pflicht zur Bestellung des betrieblichen Datenschutzbeauftragten korrespondiert eine Meldepflicht automatisierter Datenverarbeitungsanlagen: Grundsätzlich sind Verfahren automatisierter Verarbeitungen vor ihrer Inbetriebnahme von den nichtöffentlichen Stellen der

zuständigen Aufsichtsbehörde nach Maßgabe des § 4e BDSG zu melden. Die **Meldepflicht entfällt** gemäß § 4d Abs. 2, 3 BDSG nur, wenn entweder die Praxis einen betrieblichen Datenschutzbeauftragten bestellt hat oder die Praxis personenbezogene Daten für eigene Zwecke erhebt, verarbeitet oder nutzt und hiermit maximal 4 Arbeitnehmer beschäftigt und entweder die Einwilligung des Patienten in die Datenverarbeitung oder die Erhebung der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder eines vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses mit dem Patienten dient (§ 4d Abs. 3 BDSG). Das bedeutet: Sind mehr als 4 Arbeitnehmer mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten ständig beschäftigt, so muss ein betrieblicher Datenschutzbeauftragter bestellt werden. Ist dies geschehen, so entfällt die Meldepflicht, da in der Arztpraxis die Datenverarbeitung stets zum Zwecke der Durchführung eines Behandlungsvertrages erfolgt.

Zuständige **Aufsichtsbehörde** ist in Niedersachsen übrigens der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen (LfD, Brühlstraße 9, 30169 Hannover).

VIII. Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften

Gemeinschaftspraxen sind Berufsausübungsgemeinschaften im Sinne des Abschnittes D der Berufsordnung für Ärzte in Niedersachsen. Zumeist werden sie als Gesellschaften bürgerlichen Rechts gemäß §§ 705 ff BGB betrieben, jedoch sind auch andere Gesellschaftsformen zulässig und denkbar. Eine Gemeinschaftspraxis ist eine „Sozietät“. Dies bedeutet, dass der Patient grundsätzlich mit allen Ärzten gemeinschaftlich einen Behandlungsvertrag schließt, diese sich untereinander vertreten und insoweit von der Schweigepflicht befreit sind. Diese Gemeinschaftspraxen haben einen gemeinsamen Patientenstamm, eine gemeinsame Dokumentation und damit verbunden auch einen gemeinsamen Datenbestand, auf den jeder Arzt im Bedarfsfall zugreifen darf. Eine Ausnahme liegt vor, wenn ein Patient ausdrücklich ausschließlich nur mit einem der Ärzte einen Behandlungsvertrag geschlossen hat.

Hiervon zu unterscheiden sind bloße **Praxisgemeinschaften**. Bei diesen handelt es sich um klassische Einzelärzte, die sich nur zu dem Zweck der gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen, Arbeitsmaterialien und gemeinsamen Angestellten zusammengefunden haben. Bei Praxisgemeinschaften handelt es sich regelmäßig um schlichte Bruchteilsgemeinschaften i.S.d.

§§ 741 ff BGB. Im Verhältnis zum Patienten treten die Ärzte einzeln auf, jeder Arzt muss seine eigene Dokumentation führen und hat einen eigenen Datenbestand. Im Verhältnis zu seinem Praxis“mitnutzer“ besteht die ärztliche Schweigepflicht. Eine gegenseitige Vertretung ist nur möglich, wenn der Patient in die Behandlung durch den Vertreter ausdrücklich oder konkludent einwilligt.

2. Teil: Konsequenzen für die Arztpraxis

Um für den Datenschutz zu sensibilisieren und die rechtlichen Grundlagen mit Leben zu füllen, sei an dieser Stelle eine kleine Geschichte aus einer Arztpraxis erzählt, wie sie immer wieder vorkommen kann. Die handelnden Personen sind frei erfunden. Erkennt hier jemand die eigene Praxis wieder, so ist dies beabsichtigt und gleichwohl rein zufällig:

Nachdem Frau Müller sich beim Sport verletzt hat sucht sie einen Arzt, möglichst einen Spezialisten. In den Gelben Seiten findet sie eine orthopädische Gemeinschaftspraxis. Gleich um 8.00 Uhr, der angegebenen Öffnungszeit, wählt sie die Telefonnummer.

Einige Informationen werden von der Helferin bereits am Telefon verlangt. Die freundliche Stimme will wissen, wann der Unfall passiert ist, ob die Patientin Schmerzen habe und bei welcher Krankenkasse die Dame versichert sei. Nachdem Frau Müller mitteilt, dass sie Privatpatientin ist, erhält sie für denselben Morgen noch einen Termin.

Die Praxis ist hell und ansprechend eingerichtet. Technisch scheint sie auf dem neuesten Stand zu sein: Es gibt Zimmertüren mit der Aufschrift „Vorsicht Röntgen“ oder „Ultraschall“. Direkt hinter der Eingangstür befindet sich der Empfang mit einem großen Empfangstresen. An diesem Tresen muss vorbei, wer ins Wartezimmer oder in eines der Behandlungszimmer will. Da es im Wartezimmer oft voll ist, ist die Tür dorthin meistens geöffnet. Die Luft würde in dem engen Raum sonst auch zu schnell schlecht werden. Da die Patientenstühle im Wartezimmer oft nicht ausreichen, alle wartenden Patienten aufzunehmen, stehen in unmittelbarer Nähe vor dem Empfangstresen noch ein paar Stühle. Von denen aus hat man die Behandlungszimmer gut im Blick.

Auf dem Empfangstresen liegen einige Informationsblätter zu gesünderem Essen und über die Gefahren des Rauchens. Gängige Krankheiten und deren Behandlungsmethoden werden in leinen Hefichen beschrieben. Hinter diesem Tresen aus Massivholz sitzen 2 Arzhelferinnen, zumeist Frau Eilig und Frau Sorglos. Frau Eilig ist zuständig für die Koordination der Belegung der einzelnen Behandlungszimmer mit den Patienten und den jeweiligen Ärzten. Auf dem Tresen stehen gut sichtbar zwei Bildschirme und die dazugehörigen Computer, zwei Telefone und ein großer Kalender. Frau Sorglos telefoniert gerade mit einem Patienten wegen eines Termins. Das Gespräch hat in etwa denselben Inhalt wie das, was unsere Frau Müller vorhingeführt hat: „Wie war Ihr Name? Frau Müller? Achja...Knie verletzt....wann denn....waren Sie den schon mal bei uns? Eigentlich haben wir keine Termine mehr frei... Aber in Ihrem Fall. Um 8.30 Uhr...ja, Frau Müller, das wird notiert.“

Als Frau Eilig nach dem Gespräch aufsieht, steht Herr Meyer vor ihr und wirft einen neugierigen Blick auf die Bildschirme: „Wann bin ich dran?“. Er muss auf den Stühlen vor dem Tresen Platz nehmen, weil das Wartezimmer voll ist.

Wieder klingelt das Telefon. Herr Schulze möchte seinen Blutbefund telefonisch abfragen. „Moment“, sagt Frau Eilig, „da bräuchte ich noch Ihren Vornamen.“ „Peter Schulze“, wiederholt sie laut und deutlich (Herr Schulze scheint etwas schwerhörig zu sein). „Herr Schulze, hören Sie

bitte, ich habe hier zwei Peter Schulzes ... ja, was für ein Zufall. Wann sind Sie denn geboren? Am 7.1.31? (Herr Schulze scheint auch undeutlich zu sprechen). Was denn? Nicht 31 sondern 32? Moment Herr Schulze, Sie sind also am 7.1.32 geboren? Ich suche Ihre Karte raus!“... macht sie sofort ... nimmt den Hörer wieder auf und ruft in den Hörer: „So, Herr Schulze, alles da. Aber das Ergebnis darf ich Ihnen nicht sagen, das muss Dr. Fußweh machen. Ich leg‘ den Hörer mal einen Moment beiseite, bis der Doktor kommt!“ Der Hörer liegt auf der Karteikarte des Herrn Schulze mitten auf dem Tresen. Die Karte ist so weit aufgeschlagen, dass der Doktor nicht lang blättern muss. Und Herr Schulze muss mithören, was sonst hinter dem Tresen besprochen wird. Alle anderen können ungeniert einen Blick auf die aufgeschlagene Karteikarte werfen. Insbesondere all diejenigen Patienten, die Interesse an den Informationsblättern haben.

Frau Eilig sortiert die Karteikarten ordentlich auf den Tresen: Frau Müller zu Dr. Knieweh, Frau Schmidt zu Dr. Wirbelsäule und Herrn Schulze zu Dr. Fußweh. Die sorgfältig gefächerten Karteikartenreihen verteilen sich übersichtlich auf dem Tresen neben den Informationsblättern. Zwei weitere Patienten treten ein. Während sie sich vor den Tresen stellen und einen Rundblick tun, fällt Frau Sorglos‘ Blick auf die Karteikarte von Frau Schmidt. „Frau Schmidt“, ruft sie ins Wartezimmer hinein, „Frau Schmidt, ich brauch‘ mal eben Ihre Chipkarte von der Kasse. Wann haben Sie eigentlich Geburtstag?“... „Schlamperei“ murmelt sie vor sich hin, „wieso hat das keiner in die Karteikarte geschrieben?“ Frau Schmidt antwortet durchs überfüllte Wartezimmer. Einige staunen: So jung ist die noch?

Zwischenzeitlich hat Frau Sorglos entdeckt, dass auch die neue Adresse des Herrn Fürchtenicht noch fehlt. Herr Fürchtenicht hatte mitgeteilt, dass er umgezogen war; doch fehlt der Zettel, auf dem die Adresse notiert ist. „Herr Fürchtenicht“, ruft sie wieder in das volle Wartezimmer hinein, „ich kann Ihre neue Adresse nicht finden ... sind Sie eigentlich immer noch Privatpatient?“ Herr Fürchtenicht erhebt sich und geht zum Tresen. Er ist nicht zum ersten Mal in dieser Praxis. Er beobachtet seit langem die Praxisorganisation hier mit Sorge. Er hat mal etwas von Datenschutz gehört. Er geht also Richtung Tresen, wo gerade die frisch angekommenen Patienten „abgefragt“ werden. Auch Frau Müller ist zwischenzeitlich eingetroffen.

Während von den Neuankömmlingen die angegebenen Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Versicherung, Hausarzt usw.) direkt in den PC eingegeben werden, bittet Herr Fürchtenicht um ein Blatt Papier, um seine Angaben notieren zu können, da er sie nicht jedem der hier Anwesenden offenbaren möchte. Frau Sorglos ist verblüfft: „So was haben wir hier ja noch nie gehabt“. Herr Fürchtenicht schmunzelt: „Irgendwann ist immer das erste Mal.“ Er blickt in das lächelnde Gesicht des sich nähernden Dr. Fußweh und kritzelt seine neue Adresse auf das Blatt Papier, während Dr. Fußweh zu dem auf dem Tresen liegenden Hörer greift und mit Herrn Schulze seine Blutwerte bespricht.

Einige Wochen später: Die Behandlung unserer Privatpatienten Herrn Fürchtenicht und Frau Müller ist abgeschlossen. Beide sind vollständig wiederhergestellt und freuen sich über ihre Genesung. Es ist Quartalsende. Beide öffnen ihre Briefkästen und finden Post von einer Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS). Die Rechnung enthält die relevanten Patientendaten, den Verlauf der Behandlung sowie die einzelnen Untersuchungsschritte.

Herr Fürchtenicht kennt das schon. Er ist früher schon einmal Patient in dieser Praxis gewesen und hat immer Post von der PVS erhalten. Gleichwohl ist ihm das diesmal nicht recht. Sein Nachbar, mit dem er verstritten ist, soll vor zwei Monaten bei der PVS zu arbeiten angefangen haben. Die

Vorstellung, dass dieser jetzt über seine Patientendaten, die Diagnose und den Verlauf der Behandlung, informiert sein könnte, beunruhigt ihn sehr. Frau Müller hingegen wusste von einer solchen Abrechnungsweise nichts. Empört fragt sie sich, ob sie die Rechnung bezahlen muss.

Soweit die einleitende Geschichte. Darin werden einige Umstände in einer Praxis beschrieben, die – freundlich ausgedrückt – aus Sicht des Datenschutzes bzw. des Schutzes des Patientengeheimnisses nicht ideal sind. Dass es auch anders geht, soll mit den folgenden Erläuterungen dargestellt werden:

I. Hier wird der Patient empfangen

Bei Gesprächen mit Ärzten in ihren Praxen sind bereits ganz unterschiedlich strukturierte Räumlichkeiten und Empfangsbereiche vorgefunden worden, die mit ein wenig Organisationstalent so gestaltet werden können, dass der Schutz des Patientengeheimnisses verbessert wird.

1. Der Eingangsbereich

Der Eingangsbereich der Praxis ist zumeist durch die baulichen Gegebenheiten vorgegeben.

a) Die „klassische“ Praxis

Als klassische Praxis soll hier diejenige Praxis bezeichnet werden, die sich dadurch auszeichnet, dass man durch die Eingangstür einen Flur betritt, in dem sich der Empfang(stresen) befindet. Von diesem Flur gehen zumeist mindestens 3 Türen ab, und zwar zum Wartezimmer, zum Behandlungszimmer und zu Waschräumen. Grundsätzlich sollen die **Türen geschlossen** sein.

Wenn die Türen zwischen diesen einzelnen Bereichen nicht geschlossen gehalten werden (können), z.B. weil sie räumlich zu eng sind, Fenster fehlen o. Ä., so sollte optisch und organisatorisch eine **Diskretionszone** eingerichtet werden. In einer besuchten Arztpraxis hatte ein Arzt ein Seil vor den Tresen gespannt, der es unmöglich machte, dass zwei Personen nebeneinander vor dem Tresen stehen. Diese optische Diskretionszone ersetzt den z.B. bei Banken üblichen „gelben Strich“ auf dem Fußboden in wirksamer Weise und sichert zumindest ein Minimum an Vertraulichkeit.

Organisatorisch könnte eine Diskretionszone z.B. dadurch entstehen, dass neu ankommende Patienten, die ihre persönlichen Angaben noch nicht gemacht haben, aufgefordert werden, diese schriftlich auf einem Formular auszufüllen. Zu diesem Zweck können „**Anamnese- und Persönliche-Daten-Bögen**“ genutzt werden, die von den Patienten in Ruhe und vor fremden Augen und Ohren geschützt ausgefüllt werden können.

Grundsätzlich sollen sich wartende Patienten ausschließlich im Wartezimmer aufhalten. **Türen** zu den einzelnen Räumen sind hinter den Patienten zu **schließen**.

b) Die „moderne“ Variante

In vielen Praxen kann man die „moderne“ Variante sehen, in der sowohl der Empfang als auch der Wartebereich offen gestaltet sind und teilweise ineinander übergehen. Der Empfangstresen befindet sich bei dieser Variante in der Nähe der u.U. zahlreichen wartenden Patienten, die von hier aus durch manchmal mehrere Behandlungsräume geschleust werden. Diese Variante mag übersichtlich sein. Es handelt sich jedoch um die datenschutzunfreundlichere Variante, wenn nicht einige Grundregeln der Organisation beachtet werden:

aa) Reine Bestellpraxis

Befindet sich der offene Eingangsbereich in einer reinen Bestellpraxis, kann das Patientengeheimnis leicht organisatorisch gewährleistet werden. Wenn sich durch eine **geschickte Terminvergabe** nur ein oder zwei Patienten den Wartebereich teilen, können persönliche Angaben diskret erfragt werden. Befinden sich mehrere Personen im Empfangsbereich, so können kleine Zettelchen oder vorformulierte Formblättchen Diskretion sicherstellen.

bb) Flexible Bestellpraxis

Flexible Bestellpraxis wird ein Verfahren bezeichnet, bei dem sowohl Termine vergeben werden, Patienten jedoch auch ohne Termine „mit etwas Wartezeit“ behandelt werden. Diese Praxen müssen in „Stoßzeiten“ viele Patienten im Wartebereich aufnehmen. In einer solchen Praxis

ist ein wenig mehr Organisationstalent nötig. Patienten halten sich im Wartebereich auf, die zu einem bestimmten Terminen einbestellt sind, und solche, die die Praxis „spontan“ aufsuchen, z.B. weil sie nicht auf eine Terminvergabe warten können. Auch hier sind alle Mitarbeiter gehalten, die Patientendaten so diskret wie möglich zu behandeln. Den Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre **persönlichen Angaben auf einem Blatt Papier** machen, ist nahezu zwingend.

Bei Praxisbesuchen kann man teilweise wenig vertrauensbegründende Zustände feststellen. Als Beispiel mag eine größere Gemeinschaftspraxis dienen, in der es 2 Empfangsbereiche und 2 Wartebereiche gibt, die so miteinander verflochten sind, dass jeder wartende Patient notwendig mitbekommt, was am Empfang besprochen wird und welche Behandlungen den einzelnen Patienten zuteil wird („Frau Schmidt wollte sich nur eine Spritze abholen...“). Eine solche Vorgehensweise ist keine Empfehlung für die jeweilige Praxis. Die empfohlenen Zettelchen mögen zunächst unpraktisch und umständlich erscheinen; in einer solchen Praxis sind sie aber unter Datenschutzgesichtspunkten zwingend und werden von den Patienten als Wertschätzung ihres Patientengeheimnisses wahrgenommen.

cc) Praxis vergibt überhaupt keine Termine

In dieser Art von Praxis bedarf es vermutlich des größten Organisationstalentes und gehöriger Disziplin sowohl seitens der Ärzte wie auch der Mitarbeiter. Neu in die Praxis kommende Patienten, die nicht namentlich bekannt sind, müssen nach ihren Personalien befragt werden; zudem müssen Patienten in der Reihenfolge ihres Erscheinens oder nach der Dringlichkeit der Behandlung zu Behandlungszimmern geschickt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nicht nur die persönlichen Angaben der Patienten dem Datenschutz unterliegen, sondern auch die weitere Untersuchung und Behandlung. Dass eine Bestrahlung im Bereich des Halses wegen einer Erkältung oder einer Mandelentzündung weniger sensibel ist als beispielsweise das Ergebnis einer Mammographie ist unstrittig. In beiden Fällen jedoch gilt: **Diskretion** ist das oberste Gebot und muss durch **organisatorische Maßnahmen** erreicht werden.

TIPP

In einigen Praxen wurden nach Beratungsgesprächen Glastüren zu den Wartezimmern eingebaut. Dies ist aber nur effektiv und sinnvoll, wenn diese dann auch geschlossen

werden, sobald sich Patienten in der Praxis befinden.

Wo bauliche Änderungen nicht möglich sind, ist das Bestellsystem die datenschutzfreundlichste Lösung, da sich (bei 2 Ärzten) regelmäßig nicht mehr als 2 Patienten gleichzeitig im Wartezimmer aufhalten. Ist einer dieser Patienten neu und sind dessen notwendige Daten noch nicht erfasst, so können die Angaben relativ problemlos diskret eingeholt werden, da nicht viele Ohren gleichzeitig den Angaben lauschen.

In allen anderen Praxen ist das „Zettelsystem“ zu favorisieren: Jeder Patient muss die Möglichkeit haben, seine Angaben diskret und ohne Zuhörer zu machen, seine Personalien, Krankenversicherung oder sonst erforderlichen Angaben aufzuschreiben und gegebenenfalls Angaben zu seiner Krankengeschichte zu machen. Hierzu können kleine Formblättchen zur Verfügung gestellt werden. Es mag zwar praktisch sein, wenn Patienten ihre persönlichen Angaben der Arzthelferin „zurufen“ und diese direkt in den Computer eingegeben werden; datenschutzfreundlich ist diese Variante aber nicht.

Sinnvoll ist zudem das Aufstellen eines kleineren Schredders am Eingangsbereich. Sobald die notwendigen Angaben erfasst sind, können die nicht mehr benötigten Zettel oder auch falsch ausgefüllte Formulare vernichtet werden.

2. Der Empfangstresen

PAPIER

Der Empfangstresen ist so zu gestalten, dass keine Patientenakte, kein Kalender oder ähnliche **Unterlagen** mit Patientendaten für die Anwesenden **einsehbar** sind.

Bei Besichtigungen von Arztpraxen kann man sehr verschiedene Arten von Empfangstresen kennen lernen. Arbeitsmedizinisch vielleicht nicht ideal aber doch datenschutzgerecht war ein Tresen so hoch, dass es nahezu unmöglich war, einen Blick auf die Arbeitsfläche der sich dahinter befindliche Arzthelferin zu werfen, um Termine abzusprechen. Ein anderer war so tief gehalten, dass er - unter Datenschutzgesichtspunkten erfreulich - die Sicht verdeckte, den Helferinnen aber das Arbeiten nicht unbedingt erleichterte, da diese sich bei jeder Gelegenheit tief bücken mussten.

Der Empfang ist so zu organisieren, dass es praxisfremden Personen nicht möglich ist, einen Blick auf die sich hinter dem Tresen befindlichen Papiere zu werfen. Auf dem Tresen sind **keinerlei patientenbezogene Daten** zu lagern; auch nicht vorübergehend. Weder Karteikarten noch sonstige Unterlagen, aus denen sich Namen oder weitere Daten von Patienten ergeben, gehören **auf** den Tisch. Entscheidend ist nicht, ob ein Unbefugter tatsächlich Kenntnis von den Daten nimmt, entscheidend kommt es darauf an, ob dieser Kenntnis nehmen **kann**. Es ist auch nicht damit getan, die Karteikarten einfach umzudrehen, sodass die Namen nicht sofort gelesen werden können, wenn der geneigte „Leser“ die Karteikarte umdrehen und so zur Kenntnis nehmen könnte. Eine Bekanntmachung der Bundesärztekammer⁵⁰ aus dem Jahre 1993 weist darauf hin, dass „Patientenakten (...) in keinem Fall so bereitgelegt werden (sollen), dass etwa Patienten Daten anderer Patienten zur Kenntnis nehmen können“.

TIPP

Patientendaten gehören unter und nicht auf den Tresen!

FAX

Sensible Daten wie Patientendaten sollten nur dann mit einem unverschlüsselten Telefax übermittelt werden, wenn es unvermeidbar ist, da die Gefahr einer Fehlleitung des Telefax und bei unverschlüsselter Übertragung auch des Abhörens besteht. Hinzu kommt, dass bei der empfangenden Stelle möglicherweise Personen Kenntnis nehmen, für die diese Daten nicht bestimmt sind.

Wenn ein Faxgerät eingesetzt wird, sind die folgenden Mindestanforderungen zu beachten.

Das Faxgerät darf nicht an einer für Praxisfremde frei zugänglichen Stelle oder am Empfangstresen stehen, wenn dieser nicht ständig besetzt ist.

TIPP

Eingehende Faxe können Patientendaten enthalten und gehören nicht in Reichweite Unbefugter!

⁵⁰ Nachzulesen im Deutschen Ärzteblatt 1993, 91, 92.

Achtung im umgekehrten Fall! Sie müssen natürlich auch sicherstellen, dass aus Ihrer Praxisversandte Faxe den **richtigen Adressaten** erreichen. Stellen Sie sich vor, die Faxnummer Ihrer Laborpraxis hat sich geändert und es ist versäumt worden, den Nummernspeicher Ihres Faxgerätes entsprechend anzupassen. Gehen nun Patientendaten per Fax an eine Faxnummer, die inzwischen einem anderen Nutzer zugewiesen ist, so haben Sie ein Problem.

TIPP

Überprüfen Sie regelmäßig die von Ihnen gespeicherten Kurzwahlnummern.

Kündigen Sie den Versand eines Faxes an eine länger nicht gebrauchte Faxnummer vorher telefonisch an und überprüfen Sie die von Ihnen verwendeten Rufnummern.

TELEFON

Der Einsatz eines Telefons am Empfang ist üblich und aus dem Praxisgeschehen nicht wegzudenken. Das Telefon darf aber nicht zur Quelle des Vertrauensbruchs werden. Dies kann auf unterschiedliche Weise gewährleistet werden:

Das Telefon darf nicht dazu dienen, Anrufende, die sich um einen Termin bemühen, bereits am Telefon hinsichtlich ihrer Krankengeschichte zu befragen, sofern umstehende Personen aus der Nennung des Namens oder sonstiger Identifikationsmerkmale eine bestimmte Person assoziieren können (wobei die Assoziation auch völlig falsch sein kann). In Gegenwart weiterer Patienten oder sonst anwesender Personen sollte auf die **Namensnennung** des Anrufenden möglichst verzichtet werden. So können die Mitarbeiter dem Anrufenden mitteilen, dass es am Empfang voll sei und viele Leute das Gespräch verfolgen können. Damit kann dem Anrufenden auch gleichzeitig deutlich gemacht werden, wie ernst der Schutz seiner Daten genommen wird. Auf vertrauliche Gespräche sollte an dieser Stelle ganz verzichtet werden.

Auch die Ärzte selbst dürfen nicht Befunde an Patienten durchtelefonieren oder sie mit diesen am Telefon beraten, wenn die Möglichkeit besteht, dass weitere Patienten oder Praxisfremde dem Gespräch folgen können.

Als geeignet erweist sich eine **Telefonanlage**, die neben einer Feststation zumindest ein Mobilteil hat, an das ein ankommendes Gespräch weitervermittelt werden kann. Der Arzt ist dann in der Lage, das vertrauliche Gespräch von einem der Behandlungsräume aus zu führen, wo die Türen geschlossen werden können und auch verschlossen werden müssen! Überaus hilfreich ist ein ISDN-Anschluss, der über **mehrere Endgeräte** mehrere Telefongespräche zugleich ermöglicht. So kann sicherstellt werden, dass die Helferinnen am Tresen immer ein Endgerät zur Verfügung haben.

TIPP

Gönnen Sie sich eine Telefonanlage mit mehreren, evtl. mobilen Endgeräten, die in den verschiedenen Räumen so benutzt werden können, dass vertrauliche Telefongespräche nicht im Eingangsbereich geführt werden müssen.

Führen Sie vertrauliche Telefonate nur, wenn Sie sicher sind, dass keine fremden Ohren mithören.

Verzichten Sie bei notwendigen Telefonaten im Empfangsbereich (Terminvergabe etc.) am besten ganz auf die Nennung des Namens des Patienten.

Die Koordinierung der Weiterbehandlung mit Spezialpraxen per Telefon darf nicht dazu führen, dass Umstehende oder Wartende hiervon Kenntnis nehmen: Solche Gespräche gehören hinter verschlossene Türen!

WEITERBEHANDLUNG

Bei bereits durchgeführten Praxisbesuchen ist besonders eine Praxis positiv aufgefallen, in der die Informationen über die weitere Behandlung nicht mündlich an die Helferinnen am Tresen weitergegeben werden. Vielmehr hat der Arzt ein **Formblatt** entwickelt, auf dem der Name des Patienten sowie die vorgesehenen Maßnahmen vermerkt werden. Dieses wird den Helfern in die Hand gedrückt, die sich um den betreffenden Patienten weiter kümmern. Diese Vorgehensweise hat zum Einen den Vorteil, dass die Anweisung dokumentiert ist und dass die Durchführung falscher Maßnahmen nahezu ausgeschlossen wird. In der betrieblichen Hektik, wenn für mehrere Patienten verschiedene Anweisungen gegeben werden, das Telefon zwischendurch klingelt und viele Patienten am Empfang stehen, ist es schon aus organisatorischen Gründen sinnvoll, der Helferin

eine Gedächtnisstütze an die Hand zu geben. Zum Anderen wird das Risiko einer unbefugten Kenntnisnahme reduziert. Die Anweisungszettel gehören als Teil der ärztlichen Dokumentation anschließend entweder in die Patientenakte oder, falls nicht dokumentationspflichtig, in den Reißwolf; unter keinen Umständen aber einfach so ins Altpapier.

TIPP

Keine mündlichen Therapie-, Behandlungs- oder sonstige Anweisungen an das Personal, wenn Umstehende von diesen Anweisungen Kenntnis nehmen können!

COMPUTER

Heute ist in den meisten Praxen ein Computer am Tresen unverzichtbar, über den Zugriff auf eine elektronische Patientenkartei möglich ist und über den die Terminkoordination usw. erfolgt. Verzichtbar ist dagegen der freie Blick auf den Bildschirm für alle Umstehenden: Der Bildschirm ist so einzurichten, dass er nur vom befugten Personal eingesehen werden kann. Unerheblich ist dabei, ob nur die Stammdaten erscheinen oder die gesamte Krankengeschichte. Lässt sich dies durch einfache Maßnahmen nicht erreichen, muss notfalls extra ein **Sichtschutz** eingerichtet werden. Ist der Tresen nicht ständig besetzt und besteht die Möglichkeit, dass sich Unbefugte in einem unbeaufsichtigten Moment an den Arbeitsplatz der Helferin begeben, so ist ein **Bildschirmschoner** zu installieren, der durch ein Passwort gesichert ist. Dieses sollte die im medizinischen Bereich üblichen mindestens 8 Stellen aufweisen, in die Buchstaben, Zahlen und Sonderzeichen eingetragen werden können.

TIPP

*Richten Sie **immer** einen passwortgeschützten Bildschirmschoner auf allen sich in der Praxis befindlichen Computer-Bildschirmen ein. Dieser ist durch ein zumindest achtstelliges Passwort zu sichern. Richten Sie ein Praxispasswort ein, das allen berechtigten Mitarbeitern den Zugang zu den Computern sichert. Ändern Sie dieses Passwort in regelmäßigen möglichst kurzen Abständen. Selbstverständlich ist, dass das Passwort nicht am Bildschirm oder am Arbeitsplatz für andere erkennbar notiert sein darf. Im Falle eines Mitarbeiterwechsels ist das Passwort in jedem Falle zu ändern!*

Wenn Sie das „Praxispasswort“ nicht in kurzen Abständen ändern wollen, kann jedem Mitarbeiter die Möglichkeit der Einrichtung eines eigenen Passwortes ermöglicht werden, das er selbsttätig in regelmäßigen Zeitabständen ändern muss. Hierzu kann z.B. nach Zeitablauf die Erinnerung über den Computer erfolgen („Achtung! Passwort läuft in ... Tagen ab! Bitte jetzt ändern!“).

Richten Sie den Bildschirmschoner so ein, dass er, wird der Arbeitsplatz verlassen und keine Taste betätigt, binnen kurzer Zeit (z.B. 1 Minute) aktiviert wird und nur unter Eingabe des Passwortes wieder entsichert werden kann.

II. Der Wartebereich der Praxis

Wie ein Wartebereich datenschutzfreundlich gestaltet werden kann, ergibt sich eigentlich schon aus dem oben Gesagten: Die ärztliche Schweigepflicht verbietet es, die Identität eines Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Angaben anderen Anwesenden zu offenbaren, es sei denn, der betroffene Patient gibt hierfür sein ausdrückliches Einverständnis. Die Wartenden sollen von dem **Behandlungsgeschehen fern gehalten** werden, sodass sie möglichst nicht mitbekommen, welche Behandlungsmethoden bei anderen Patienten angewendet werden, welche Medikamente ihnen empfohlen oder verordnet werden oder welche Anschlussbehandlungen folgen. Selbst in ländlichen Arztpraxen, wo die Wartenden sich oft gegenseitig kennen, muss ausgeschlossen werden, dass ein Patient durch Indiskretion zum Gesprächsstoff der Wartenden wird.

Es geht nicht darum, die Patientinnen und Patienten im Wartezimmer hinter einer verschlossenen Tür zusammen zu pferchen. Es mag sein, dass ein abgeschotteter Bereich in einigen Praxen nicht sinnvoll ist. Maßgebend ist vielmehr, eine Praxis so zu organisieren, dass die Wartenden während ihrer Wartezeit nicht vom Praxisgeschehen unterhalten werden. Und der Unterhaltungswert ist schon sehr groß, wenn Frau Schmidt „zur Spritze“ gerufen wird!

TIPP

Schirmen Sie wartende Patienten optisch und akustisch vom übrigen Praxisgeschehen ab.

Gehen Sie diskret mit dem einzelnen Patienten und seinem Leiden um!

III. Der Behandlungsbereich

Die Strukturierung einzelner Behandlungsräume, ist v.a. in manchen älteren besichtigten Praxen, Besorgnis erregend. Insbesondere bei Hautärzten und Orthopäden war vielfach zu beobachten, dass es immer noch einfache Behandlungskabinen gibt, die **lediglich durch einen Vorhang** voneinander abgetrennt sind. Diese werden entgegen erster Vermutungen nicht ausschließlich dazu genutzt, „ohne viele Worte“ einen Patienten mit einem neuen Verband zu versorgen oder eine Bestrahlungstherapie anzuwenden. Nicht selten erfolgt hier auch die „Begutachtung“ durch den Arzt selbst oder durch das ärztliche Personal und das Gespräch mit dem Patienten hierüber. Hierfür ist eine **Trennung durch Türen** geboten: Es ist mit den Grundsätzen über die ärztliche Schweigepflicht nicht zu vereinbaren, dass mit einem Patienten medizinische Fragen besprochen werden, die aus der Nachbarkabine mitgehört werden können. Keine solche Abschottung ist dann erforderlich, wenn zum Beispiel in einer HNO-Praxis sich mehrere Inhalationsgeräte in einem Raum befinden und von verschiedenen Patienten benutzt werden: Hier nutzen die Patienten die Geräte selbst zur Heilung von Atemwegserkrankungen, was auch nicht geheim gehalten werden kann. Medizinische Gespräche mit dem Personal sollten hierbei grundsätzlich nicht geführt werden.

Müssen Patienten in Behandlungsräumen warten, ist sicherzustellen, dass sich dort keine Hinweise auf zuvor oder später behandelte Patienten finden. In einer besuchten Praxis befanden sich in einem Behandlungszimmer Aktenordner mit Röntgenbildern von Patienten und weiteren **Unterlagen** nebst den dazugehörenden Angaben zu Namen und Geburtstag und -ort. Diese waren frei zugänglich. Da in diesem Raum Patienten zum Teil noch 25 Minuten warten mussten, ergab sich reichlich Gelegenheit, und sei es nur aus Langeweile, sich über den Gesundheitszustand der Mitpatienten zu informieren.

TIPP

Werden papierene Karteikarten oder sonstige Patientenunterlagen geführt, ist sicherzustellen, dass sich diese nicht in den Behandlungsräumen sammeln. Nur die Karteikarte des sich jeweils im Raum befindlichen Patienten sollte dort offen zugänglich sein.

Ein Computer im Behandlungsraum ist so einzurichten, dass weder ein Patient noch ein zufällig anwesender Unbefugter ihn benutzen kann.

Ein vertrauliches Gespräch von Arzt zu Patient gehört hinter verschlossene Türen!

Die **Türen** der Behandlungsräume sollten **geschlossen** werden, sobald sich dort ein Patient befindet. Der Einwand, man könne die Patienten doch nicht ohne Beobachtung lassen, weil die Schränke geöffnet oder Sachen entwendet würden, sollte nicht gelten. Wären Patienten tatsächlich solche Raben und so neugierig, so sollten erst recht die Patientenkartekarten weggeschlossen werden, weil auch sie Zielpunkt der Neugierde sein können. Die Schränke können so verschlossen werden, dass sie für die Patienten nicht zu öffnen sind. Vorzuziehen ist aber eine Organisation des Praxisablaufes, bei der **keine (langen) Wartezeiten** in den Behandlungsräumen entstehen.

TIPP

Organisieren Sie den Praxisablauf so, dass die Behandlungsräume nicht als „Ausweichwartezimmer“ genutzt werden müssen.

IV. Praxisverwaltung

Auch bei der Organisation der Praxis in ihrem täglichen Ablauf sind die Patientenrechte zu beachten.

1. Die Patientenkartekarten/Patientenakten

Patientenkartekarten haben auf dem Tresen und an sonst frei zugänglichen Orten nichts zu suchen. Unbefugte Einblicke können dadurch verhindert werden, dass **jeweils nur eine Karteikarte** herausgesucht und diese dem Arzt auf dem Weg ins Behandlungszimmer in die Hand gedrückt wird. Es ist eine weit verbreitete Unsitte, die Karteikarten so in den Behandlungszimmern abzulegen, dass jeder Patient in die Lage versetzt wird, die Karteikarten der vor und nach ihm behandelten Patienten zu inspizieren. Selbst wenn nur die Karteikarte des nächsten Patienten in dem Behandlungszimmer liegt, ist das nicht datenschutzgerecht, wenn der vorbehandelte Patient diese

zur Kenntnis nehmen kann. Seine eigene Karteikarte kann jeder Patient unbeschränkt einsehen. Möglich ist auch, die Karteikarte erst dann in den Behandlungsraum zu legen, wenn der Patient den Raum bereits betreten hat. Der Arzt müsste dann nach der Behandlung die Karteikarte mitnehmen und dem berechtigten Personal in die Hand geben. Es muss sichergestellt werden, dass die jeweiligen Unterlagen mit personenbezogenen Daten nur von den berechtigten Personen gelesen werden können.

Bei Praxisrundgängen wurde z. B. festgestellt, dass in einigen Praxen eigene **Praxispässe** ausgestellt werden. Auf diesen sind z.B. neben Strahlenbehandlungen auch der Name des Patienten sowie sein Geburtsdatum vermerkt. Darüber hinaus enthalten sie zumeist kurze Hinweise auf Erkrankungen, wegen denen die Praxis schon einmal aufgesucht worden war, und die laufende Registriernummer der betreffenden Praxis. Der Patient gibt diesen Patientenpass bei seiner Ankunft am Empfang ab. Die Helfer „schichten“ diese abgespeckten Karteikarten in den einzelnen Behandlungsräumen so übereinander, dass jeweils die Karte des sich im Raum befindlichen Patienten oben liegt, ähnlich wie in anderen Praxen mit den papierenen Karteikarten verfahren wird. Auch dieses Verfahren mag im Hinblick auf eine Vereinfachung mancher „Aktenläufe“ praktisch sein; es ist jedoch nur dann datenschutzgemäß, wenn sichergestellt wird, dass sich Patienten oder sonstige Unbefugte nie alleine in dem jeweiligen Behandlungszimmer aufhalten, wo gerade diese Karten liegen.

TIPP

Organisieren sie den Praxisablauf so um, dass eine Helferin die Karteikarte des Patienten, der gerade den Behandlungsraum betreten hat, nach diesem ins Zimmer legt.

Das „Patientendaten-im-Behandlungszimmer-Verfahren“ wurde bereits mehrfach moniert. Die Reaktion hierauf war oft, dass die Ärzte dies ausdrücklich wünschten oder vorbrachten, dass ein Missbrauch mit Patientendaten bisher nicht bekannt geworden sei. Dies mag zutreffen. Man berücksichtige jedoch, dass nicht alle Verstöße bekannt werden. Viele Patienten sind über Indiskretionen zwar verärgert, wollen darüber aber nicht sprechen, um die Behandlung nicht negativ zu beeinflussen. Aus Gesprächen mit Patienten ist aber bekannt, dass auch schon der Arzt gewechselt wurde, wenn man mit der Diskretion in der Praxis nicht zufrieden war. Dass die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht nur selten wirklich strafrechtlich geahndet wird, sollte

kein Grund sein, mit Patientendaten unbedacht umzugehen. Dass es immer wieder richtiggehend „Missbräuche“ gibt, zeigen die Eingaben bei den Datenschutzbeauftragten in den jeweiligen Ländern.

TIPP

Nur die Karteikarte des aktuell zu behandelnden Patienten in den Behandlungsraum legen, wenn dieser den Raum bereits betreten hat und so selbst „aufpasst“, dass die Daten niemand anders liest.

Die Akten müssen nach Beendigung der Behandlung sicher verwahrt werden. Als **Archiv** sollte ein abschließbarer (und auch abgeschlossener!) Raum gewählt werden, zu dem nur Berechtigte Zutritt haben. Zumindest Sicherheitsschlösser sollten als Hindernis vor unrechtmäßigem Zutritt bestehen. Befinden sich die Akten nicht in den Behandlungsräumen, sondern z.B. in einem Keller oder auf einem Dachboden, so muss durch geeignete Maßnahmen sichergestellt sein, dass Neugierige sich der Akten nicht bemächtigen können. Auch bei gut gesicherten Verschlüssen in Kellern muss gewährleistet bleiben, dass die Namen auf Aktendeckeln von Unbefugten nicht gelesen werden können.

Die Datenablage kann auch über elektronische Archivierungsprogramme erfolgen. Dabei muss dafür Sorge getragen werden, dass **keine Manipulation** möglich ist, d.h. dass die Daten nicht verändert, gelöscht oder sonst unbrauchbar gemacht werden können. Das unbefugte Kopieren der Daten muss ausgeschlossen sein.

Sie müssen außerdem darauf achten, dass jederzeit auf die Daten Zugriff genommen und diese sozusagen reaktiviert werden können, falls die Archivierung durch eine erneute Behandlung des Patienten unterbrochen wird. Nach der **Unterbrechung durch die erneute Behandlung** beginnt die Aufbewahrungsfrist grundsätzlich neu zu laufen.

Stehen Akten zur Vernichtung an, so müssen sie unbrauchbar gemacht werden. Heutzutage erfolgt die **Aktenvernichtung** oft gewerbsmäßig. Die Unternehmen können zumeist ein entsprechendes Zertifikat nach DIN32757 vorweisen, wenn sie als Entsorger korrekt gemeldet sind und ihre

datenschutzgerechte Aktenvernichtung zum Beispiel vom DEKRA oder TÜV geprüft worden ist. Unter dem Stichwort „Aktenvernichtung“ finden die gängigen Suchmaschinen im Internet sicher auch ein geprüftes Aktenvernichtungsunternehmen in Ihrer Nähe.

Vernichten Sie Ihre Akten lieber selbst, was im Regelfall vorzuziehen ist, so achten Sie bei dem Kauf eines Aktenvernichters darauf, dass dieser eine hohe Sicherheitsstufe (z.B. Sicherheitsstufe 5) aufweist und das Papier zerrissen bzw. verwirbelt wird. Es nützt nur wenig, wenn die Akten nur in (gut lesbare) (Quer-)streifen geschnitten werden.

TIPP

Patientendaten gehören weder in den Hausmüll noch in den Altpapiercontainer!

2. Gewährleistung des Einsichtsrechts

Wenn ein Patient Einsicht in seine Patientenakte verlangt, so ist ihm die Möglichkeit zu geben, diese in aller Ruhe in einem Raum, in dem er nicht gestört wird, zu gewähren. Die manchmal anzutreffende Praxis, den Patienten mit seinen Befunden **ins (evtl. volle) Wartezimmer** zum Lesen zu schicken, ist weder datenschutzgerecht noch patientenfreundlich.

Besteht die Möglichkeit ungestörter Akteneinsicht auf Grund des knappen Raumangebots in einer Praxis nicht, besteht aber der Patient auf die Einsicht in das Original und gibt er sich mit Fotokopien nicht zufrieden, so kann die Akte an einen anderen Ort zu einer **Person beiderseitigen Vertrauens** verbracht werden, an den die Akteneinsicht gewährt wird.

In einem gerichtlich entschiedenen Fall musste eine umfangreiche Datensammlung nach Abschluss der Behandlung an den **Rechtsanwalt des Patienten** übersendet werden, um dem Patienten und seinem Rechtsanwalt Einsicht zu gewähren.

TIPP

Stellen Sie dem Einsicht begehrenden Patienten einen Behandlungsraum zur Verfügung. Betrachten Sie die Einsicht in seine Patientenakte als Teil der Behandlung, die hinter verschlossene Türen gehört!

Grundsätzlich richtet sich das Einsichtsrecht auf alle objektiven Befunde; gelegentlich der Behandlung gefertigte Anmerkungen unterliegen dem Einsichtsrecht nicht. Um zu vermeiden, dass vor der Einsichtnahme umfangreiche Schwärzungen vorgenommen werden müssen, empfiehlt sich eine besondere **Aktenführung**, die auch im Hinblick auf das Einsichtsrecht der K(Z)Ven im Rahmen der Plausibilitätsprüfung bei der Abrechnungskontrolle geboten ist:

TIPP

Auf einem Behandlungsbogen werden grundsätzlich nur die abrechnungsrelevanten (objektiven) Befunde aufgenommen. Im Einzelfall getätigte Feststellungen sonstiger Art sollten auf einem gesonderten Blatt gefertigt werden. Dann ist weder im Falle der Abrechnungskontrolle noch im Falle der Einsichtnahme durch den Patienten zu überprüfen, ob über das Einsichtsrecht hinausgehende Angaben vorhanden sind.

Im Hinblick auf eine mögliche Abrechnungskontrolle empfiehlt es sich, die Behandlungsbögen quartalsweise zu führen.

3. Der Einsatz von „Hilfskräften“

Der Einsatz des Personals ist datenschutzgerecht zu organisieren. Dies gilt nicht nur für die unverzichtbaren ärztlichen Helferinnen und Helfer, sondern auch für die technischen Hilfskräfte aller Art: Ein wichtiges Gebot in jeder ärztlichen Praxis ist die Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht, auch und insbesondere durch die ärztlichen Mitarbeiter und ärztlichen Helferinnen. Diese sind auf Ihre Schweigepflicht und damit auch auf das **Datengeheimnis** zu verpflichten. Grundsätzlich gilt, dass nur die Personen im Rahmen der Erforderlichkeit in die ärztlichen Geheimnisse eingeweiht werden dürfen, die zur Praxis gehören, d.h. die durch ein besonderes rechtliches Verhältnis (zumeist durch Arbeitsvertrag) unter Weisung des Arztes in irgend einer Form in das Behandlungsgeschehen einbezogen sind.

a) Verpflichtung auf Schweigepflicht und Datengeheimnis

Der Arzt muss alle seine Praxismitarbeiter und Auszubildenden über ihre Verpflichtung zur Verschwiegenheit belehren. Diese **Belehrung** ist schriftlich zu fixieren. Am einfachsten geschieht dies im Arbeitsvertrag.

Folgender Text kann z.B. verwendet werden:

Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin verpflichtet sich, über alle ihm/ihr anlässlich der Ausübung des Arbeitsverhältnisses bekannt gewordenen Umstände, die diese Praxis, deren weitere Mitarbeiter und Vorgesetzte oder insbesondere Patienten betreffen, Stillschweigen zu bewahren.

Arbeitsrechtlich möglich ist es, eine Vertragsstrafen-Klausel für den Fall des Verstoßes zu vereinbaren.

Für den Fall des Verstoßes gegen diese Schweigepflicht verpflichtet sich der Arbeitnehmer, an den Arbeitgeber eine Vertragsstrafe in Höhe von 3 Nettomonatsgehältern zu zahlen.

Bei einer schwerwiegenden Verletzung der Schweigepflicht kann der Arbeitnehmer fristlos gekündigt werden. Es bietet sich an, einen entsprechenden Hinweis im Arbeitsvertrag mit aufzunehmen, ohne dass dies aber zwingend erforderlich wäre.

Bei einem Verstoss gegen die Schweigepflicht ist der Arbeitgeber zur fristlosen Kündigung berechtigt.

b) Technische Hilfskräfte (Systemadministratoren etc.)

EDV-Wartungsarbeiten sollten, soweit überhaupt auf gespeicherte Daten zurückgegriffen werden muss, nur mit Testdaten durchgeführt werden. Da der Praxisinhaber als speichernde Stelle im Sinne des BDSG verantwortlich dafür ist, dass seine Patientendaten sicher sind, sollten technische Hilfskräfte wirklich nur im Notfall mit diesen Daten arbeiten. Durch eine **Verschlüsselung der Patientendaten** kann regelmäßig verhindert werden, dass bei den immer wieder notwendigen Systembetreuungsarbeiten auf lesbare Informationen zugegriffen wird.

Bei einer Fernwartung muss darauf geachtet werden, dass nicht auf echte Patientendaten zugegriffen wird. Eine **Übermittlung über offene Netze** (ISDN, Internet) ist wegen der Abhörmöglichkeit an den Netzknoten zu verschlüsseln. Fernwartungs-Aktivitäten sind lückenlos zu protokollieren.

Externes technisches Personal hat keine rechtliche Befugnis auf Kenntnis von Patientengeheimnissen. Sollte doch einmal Zugriff auf die Klardaten von nicht an der Behandlung beteiligten Personen genommen werden müssen, z.B. weil ein Anwendungsfehler direkt mit Patientendaten in Verbindung steht und nicht behoben werden kann, so ist dies revisionsfest zu **protokollieren**. Es empfiehlt sich darüber hinaus, dass ein Praxis-Mitarbeiter den Techniker bei seiner **Arbeit überwacht**.

TIPP

Es ist erstrebenswert, wenn zumindest ein Mitarbeiter der Arztpraxis genügend Fachkompetenz besitzt, um die Aufgaben eines Systemverwalters oder Netzadministrators selbst wahrzunehmen. Dies kann auch der Arzt selbst sein.

c) Sonstige Hilfskräfte

Für Hilfskräfte (Putzgehilfen, Hausmeister etc.) gilt: **Keine Möglichkeit des Zugriffs** auf Patientendaten! Nach Dienstschluss sollte das Prinzip des „clear desk“ gelten: Patientenunterlagen gehören nach Arbeitsende nicht mehr auf den Schreibtisch, sondern sind wegzuschließen.

TIPP

Richten Sie abschließbare Aktenschränke ein und stellen Sie sicher, dass die Akten nach Praxisschluss dort abgelegt werden.

Stellen Sie sicher, dass die Aktenschränke abgeschlossen sind, wenn Sie die Praxis abends verlassen.

Stellen Sie sicher, dass keine Patientendaten nach Praxischluss unverschlossen in der Praxis stehen oder liegen, zum Beispiel auch keine namentlich gekennzeichneten Materialproben.

Beaufsichtigen Sie nichtmedizinisches Hilfspersonal bei seiner Tätigkeit, sofern dieses seine Tätigkeit während der Sprechstundenzeit ausübt.

Denken Sie bei der Einrichtung von abschließbaren Schränken und Räumen auch an potenzielle Einbrecher. Diesen sollte es nicht zu leicht gemacht werden, en passant Akten mitgehen zu lassen!

V. Die Praxis-EDV

Zum Einsatz der EDV in von Patienten frequentierten Bereichen wurden oben bereits Hinweise gegeben.

TIPP

Erkundigen Sie sich bei Ihrem Softwarehersteller nach passwortgesicherten Bildschirmschonern und lassen Sie diese umgehend installieren! Zu den Passwörtern s.o.

Es gibt bisher wenig gute technische Angebote, die eine ausreichende Abschottung der internen Daten gewährleisten, wenn ein **Internetanschluss** besteht. Daher sollten PC, auf denen sich personenbezogene Patientendaten befinden, keinen Internetzugang haben. Auch die Installation einer „firewall“ gibt nur selten die notwendige Sicherheit, dass Ihre Patientendaten dort bleiben, wo sie sind und wo sie hingehören: nämlich ausschließlich in Ihren Verfügungsbereich.

TIPP

Ist in Ihrer Praxis ein Internetzugang für das Tagesgeschehen unerlässlich, wählen Sie hierfür einen sogenannten „stand-alone“-Rechner, auf dem sich keine patientenbezogenen Daten befinden!

Die sich auf Ihrem Praxisrechner befindlichen Daten sollten regelmäßig gesichert werden, zum Beispiel durch eine tägliche **Sicherungskopie auf Diskette oder Band**. Diese Diskette oder das Band sollten in einem Tresor sicher verwahrt werden.

Abgesehen von dieser Datensicherung muss allerdings verhindert werden, dass Patientendaten, die übrigens auch einen erheblichen wirtschaftlichen Wert darstellen können, auf einen Datenträger wie zum Beispiel eine Diskette gezogen werden können. Hierzu können und sollten in den Programmen die **Schnittstellen** (z.B. Diskettenlaufwerke) besonders **gesperrt** werden.

Im Interesse zusätzlicher Sicherheit, z.B. auch für den Fall des Diebstahls des gesamten Rechners, sollte Ihre Praxissoftware vorsehen, dass die gespeicherten Daten verschlüsselt auf der Festplatte abgelegt sind. Erst bei einem besonders (z.B. über Passwort) autorisierten und damit berechtigten Zugriff sollte eine automatische Entschlüsselung erfolgen. Die Ablage sollte sofort eine **automatische Verschlüsselung** vorsehen. Eine andere Form der Datensicherung kann auch darin bestehen, dass der Datenträger (die Festplatte) nachts in einem Tresor verschwindet.

Zum praxis- und datenschutzgerechten Einsatz der Datenverarbeitungstechnik wird des Weiteren auf die Anlage zu § 9 S. 1 BDSG verwiesen. Dies ist zugleich unser ...

TIPP

1. Zutrittskontrolle

Unbefugten ist der Zutritt zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen personenbezogene Daten verarbeitet oder genutzt werden, zu verwehren.

2. Zugangskontrolle

Es ist zu verhindern, dass Datenverarbeitungssysteme von Unbefugten genutzt werden können.

3. Zugriffskontrolle

Es ist zu gewährleisten, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können, und dass personenbezogene Daten bei der Verarbeitung, Nutzung und

nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können.

4. Weitergabekontrolle

Es ist zu gewährleisten, dass personenbezogene Daten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträger nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können, und dass überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stellen eine Übermittlung personenbezogener Daten durch Einrichtungen zur Datenübertragung vorgesehen ist.

5. Eingabekontrolle

Es ist zu gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem personenbezogene Daten in Datenverarbeitungssysteme eingegeben, verändert oder entfernt worden sind.

6. Auftragskontrolle

Es ist zu gewährleisten, dass personenbezogene Daten, die im Auftrag verarbeitet werden, nur entsprechend den Weisungen des Auftraggebers verarbeitet werden können.

7. Verfügbarkeitskontrolle

Es ist zu gewährleisten, dass personenbezogene Daten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind.

8. Zweckbindungsgebot

Es ist zu gewährleisten, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Daten getrennt verarbeitet werden können.

TIPP

Fragen Sie Ihren Softwarehersteller, wie Sie die Beweiskraft der elektronischen Dokumentation erhöhen können.

Bedenken Sie, dass die erhöhte Sicherheit sowohl Ihnen als auch Ihrem Patienten dient.

VI. Patientenrechte

Es muss immer wieder festgestellt werden, dass in vielen Arztpraxen die originären Patientenrechte, oft aus purer Fahrlässigkeit, nicht ausreichend beachtet werden.

1. Transparenzprinzip

Viele Probleme im Patienten-Arzt-Verhältnis beruhen auf ungenügender Transparenz: Patienten werden nicht oder nicht rechtzeitig informiert und reagieren entsprechend. Oder aber sie schlucken ihren Ärger hinunter, denn sie möchten eine möglichst schonende und aufseiten des Arztes unbelastete Behandlung sicherstellen. Wer mokiert sich vor einer unangenehmen Spritze schon über herumliegende Karteikarten?

Daher unser

TIPP

Informieren Sie Ihre Patienten, egal ob Sie Daten an Labors, Verrechnungsstellen, Krankenkassen oder Versicherungen übermitteln und holen sie, soweit notwendig, deren Einwilligung ein.

Informieren Sie Ihre Patienten, bevor Sie sich anschicken, Fragebögen von Versicherungen auszufüllen!

Informieren Sie Ihre Patienten zumindest auf Anfrage über die eingesetzten Datenverarbeitungsprogramme und deren Sicherheit!

Informieren Sie sie auch darüber, dass sie ihre Akten einsehen können.

2. Gewährleistung der Einsichtsrechte

In vielen Praxen weiß man nicht so recht mit dem Einsichtsrecht der Patienten in die Patientenakte umzugehen. Während verschiedener Praxisbesuche war oft zu hören, dass überhaupt nicht daran

gedacht werde, die **Originale von Patientenunterlagen** zur Einsicht zur Verfügung zu stellen. Und schon gar nicht in einem Raum, in dem der Patient mit seinen Daten alleine wäre. Wenn es Ihnen wirklich so schwer fällt, die Originale zur Einsichtnahme bereit zu legen, hier unser

TIPP

Vereinbaren Sie mit Ihrem Patienten das Fertigen von Fotokopien. Im Zweifel wird dieser dafür Verständnis haben, wenn Sie Ihre konkreten Bedenken begründen!

Oder behandeln Sie den Einsichtstermin wie einen Untersuchungstermin und sehen Sie die Patientenakte mit Ihrem Patienten gemeinsam durch.

Haben Sie einen betrieblichen Datenschutzbeauftragten bestellt, so sollte dieser zugleich als Ansprechpartner für die Patienten in Fragen des Datenschutzes zur Verfügung stehen. Sie sollten ihm ausdrücklich diese Aufgabe mit übertragen!

3. Die Bestellung eines betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Beschäftigen Sie 5 Arbeitnehmer, die alle mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten betraut sind, so müssen Sie einen betrieblichen Datenschutzbeauftragten bestellen.

Folgender Mustertext hat sich hier bewährt:

TIPP

Herrn/Frau

Im Hause

Betreff: Beauftragter für den Datenschutz gemäß §§ 4f, g BDSG

Unter Bezugnahme auf die geführten Vorgespräche bestelle ich Sie hiermit zum Beauftragten für Datenschutz in unserer Arztpraxis.

In Erfüllung Ihrer Aufgabe als Datenschutzbeauftragter sind Sie der Praxisleitung direkt unterstellt. Im Rahmen der Praxisleitung ist für den Bereich Datenschutz in erster Linie Herr/Frau....zuständig.

Sie sind bei der Anwendung Ihrer Fachkunde auf dem Gebiet des Datenschutzes weisungsfrei und werden bei der Erfüllung Ihrer Aufgaben von der Praxisleitung unterstützt.

Ihre Aufgabe ist es, auf die Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Vorschriften über den Datenschutz in unserem Unternehmen hinzuwirken. Zu diesem Zweck können Sie sich in Zweifelfällen an die für unsere Praxis zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde wenden. Ihre gesetzlichen Pflichten sind insbesondere:

- Die ordnungsgemäße Anwendung der Datenverarbeitungsprogramme, mit deren Hilfe personenbezogene Angaben verarbeitet werden sollen, zu überwachen. Zu diesem Zweck werden Sie über Vorhaben der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten rechtzeitig unterrichtet.*
- Die bei der Verarbeitung personenbezogener Daten tätigen Personen durch geeignete Maßnahmen mit den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Vorschriften über den Datenschutz, bezogen auf die besonderen Verhältnisse in diesem Geschäftsbereich und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für den Datenschutz, vertraut zu machen.*

Auf Ihre Verschwiegenheitspflicht weise ich an dieser Stelle nochmals besonders hin.

Die Übersicht nach § 4g Abs. 2 BDSG wird durch.....geführt.

Unterschriften

TIPP

Datenschutz ist Führungsaufgabe. Der betriebliche Datenschutzbeauftragte hat wichtige überwachende und unterstützende Funktionen. Die Verantwortung für Zulässigkeit und

Sicherheit der internen Datenverarbeitung bleibt aber beim Management.

Stellen Sie dem betrieblichen Datenschutzbeauftragten zur Erfüllung seiner besonderen Aufgaben nicht nur Arbeitsmittel zur Verfügung, sondern auch ein faires Zeitkontingent. Auch in einer kleineren Praxis sollten dies mindestens 10% der durchschnittlichen regelmäßigen Arbeitszeit sein.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte fungiert auch den Patienten gegenüber als Ansprechpartner im Hinblick auf die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten.

VII. Datenübermittlungen

Auch bei den Datenübermittlungen aus der Praxis heraus ist die Gewährleistung von **Transparenz gegenüber dem Patienten** von zentraler Wichtigkeit: Der Patient sollte über Datenübermittlungen auch dann informiert werden, wenn wegen des Bestehens einer gesetzlichen Übermittlungsgrundlage eine ausdrückliche Einverständniserklärung nicht gefordert ist.

1. Datenübermittlung auf Grund spezieller Gesetze

Dass Dritte von den persönlichen Angaben des Patienten, die dieser seinem Arzt gegenüber macht, nichts erfahren sollen, ist Inhalt und Kern der ärztlichen Schweigepflicht. Ist trotzdem einmal die Übermittlung notwendig und insbesondere auf Grund eines speziellen Gesetzes zulässig, so sind folgende Prüfpunkte hilfreich:

TIPP

Stellen Sie sicher, dass eine Ermächtigungsgrundlage für die Datenübermittlung vorliegt. Besteht Unsicherheit über die Zulässigkeit der Datenübermittlung, wenden Sie sich an einen der Partner der Aktion „Datenschutz in der Arztpraxis“.

Lesen Sie das Anforderungsprofil beispielsweise der Krankenkasse sehr genau: Übermitteln Sie nur die Informationen, die unbedingt erforderlich sind, um die Frage zu beantworten.

*Handelt es sich nicht um routinemäßige Übermittlungen, wie sie z.B. gegenüber der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung im Rahmen der Abrechnung erfolgt, so informieren Sie zunächst Ihre Patienten, und zwar **bevor** Sie die Daten übermitteln. Sind die Daten erst einmal weg, kann es unter Umständen zu spät sein, um vom Patienten Schaden abzuwenden!*

2. Datenübermittlung auf Grund einer Schweigepflichtentbindungserklärung

Häufig kommt es vor, dass z.B. Versicherungen sich über den aktuellen Gesundheitszustand ihrer Versicherten auch ohne besonderen Anlass informieren möchten und sich zu diesem Zwecke an Sie wenden. Bei privaten Versicherungen ist hierfür eine wirksame Erklärung des Patienten erforderlich, in der dieser den Arzt von seiner Schweigepflicht entbindet. Dabei ist jedoch zu beachten, dass eine einmal erteilte Schweigepflichtentbindungserklärung widerrufen sein kann. Oder sie liegt so lange zurück, dass der Patient sich unmöglich an die Erteilung erinnern kann. Um in diesem Zusammenhang die **Transparenz** zu gewährleisten, sollten Sie Ihren Patienten immer fragen, ob Ihm die Schweigepflichtentbindungserklärung geläufig ist.

TIPP

Fragen Sie Ihren Patienten, ob die Schweigepflichtentbindungserklärung noch gilt, oder ob er sie widerrufen hat.

Informieren Sie Ihre Patienten, wenn Sie eine Privatärztliche Verrechnungsstelle einschalten wollen, und holen Sie sich hierfür eine schriftliche Einwilligungserklärung ein.

SONDERTIPP

Die Einwilligungserklärung könnte zum Beispiel den folgenden Inhalt haben:

Lieber Patient,

unsere Praxis hat sich entschlossen, zum Zwecke der Zeitersparnis die Privatabrechnungen nicht mehr selbst durchzuführen, sondern damit die Privatärztliche Verrechnungsstelle in Musterstadt zu beauftragen. Das bedeutet, dass Sie zukünftig Ihre Rechnungen direkt von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle (Adresse) erhalten. Zahlungen sind ausschließlich an diese zu leisten. Wenn Sie diese Form der Abrechnung nicht wünschen, erhalten Sie die Abrechnung selbstverständlich weiterhin direkt von uns. Die Einwilligung ist jederzeit widerruflich.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle zum Zwecke der Einziehung der ärztlichen Honorarforderung.

Unterschrift