Umgang mit Patientendaten im BundeswehrZentralkrankenhaus Koblenz

Teil I – Informationen und Datenschutzhinweise

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

die Behandlung in einem modernen Krankenhausbetrieb zeichnet sich durch das enge Zusammenwirken zahlreicher Fachdisziplinen aus, um dem hohen Anspruch von Patientinnen und Patienten an die Qualität ihrer medizinischen Versorgung gerecht zu werden. Die an der Behandlung beteiligten Spezialistinnen und Spezialisten, Pflegekräfte, Therapeutinnen und Therapeuten benötigen immer mehr und komplexere Informationen, um die erforderliche Diagnostik oder Therapie zielgerichtet bei Ihnen planen und einsetzen zu können. Deshalb ist ein moderner Krankenhausbetrieb ohne den Einsatz von Informationstechnologie (IT), in der Ihre Gesundheitsdaten innerhalb kürzester Zeit verarbeitet und bereitgestellt werden, nicht mehr realisierbar.

Im Rahmen Ihrer Untersuchung und Behandlung im BundeswehrZentralkrankenhaus Koblenz (BwZKrhs Koblenz) werden Angaben (**personenbezogene Daten**) über Ihre Person und Ihre Gesundheit verarbeitet. Diese Daten werden insbesondere zum Zwecke der medizinischen Behandlung, der Abrechnung, der Leistungserfassung, des Qualitätsmanagements sowie zur Bereitstellung nicht-medizinischer Dienstleistungen benötigt. Verantwortlich für die Datenerhebung und -verarbeitung ist das BwZKrhs Koblenz, vertreten durch die Kommandeurin bzw. den Kommandeur des BwZKrhs Koblenz [1].

Dabei erhält jede bzw. jeder Beteiligte nur diejenigen Daten, die sie bzw. er zur Erfüllung ihrer bzw. seiner Aufgabe unbedingt benötigt. Medizinische Daten im Zusammenhang mit Ihrem Namen werden beispielweise nur aktiv gegenüber Personen freigegeben, die unmittelbar an Ihrer Behandlung beteiligt sind. Das sind in aller Regel Ärztinnen bzw. Ärzte und Pflegekräfte Ihrer behandelnden Fachabteilung, hinzugezogene Therapeutinnen und Therapeuten, die Beschäftigten im Labor, in der Röntgenabteilung und in der Apotheke. Sofern Dritte, z. B. Spezialistinnen und Spezialisten außerhalb der Sie behandelnden Fachabteilung hinzugezogen werden sollen, werden wir Sie im Bedarfsfall gesondert informieren bzw. Ihr Einverständnis einholen. Die meisten Versorgungs- und Serviceleistungen unserer Einrichtung können jedoch auf der Basis pseudonymisierter Daten zur Verfügung gestellt werden (z. B. die Bereitstellung von Mahlzeiten).

Wir sind nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) dazu verpflichtet, Sie insbesondere darüber zu informieren, wenn wir Teile Ihrer Daten an andere Stellen weitergeben, wie z. B.

[1] Den Namen und die vollständige Anschrift sowie weitere Kontaktstellen finden Sie in der „Anlage A“.

mitbehandelnde Einrichtungen, externe Labore oder auch Dienstleister, die in unserem Auftrag Serviceleistungen zur Verfügung stellen.

Darüber hinaus machen wir von unseren gesetzlichen Möglichkeiten Gebrauch, insbesondere unsere Medizinprodukte, die EDV-Anlagen, die eingesetzte Software und die elektronischen Archive werden auch durch externe Dienstleister betreiben und warten zu lassen.

Eine Übersicht der Beteiligten finden Sie in der Anlage D „Liste beteiligter Personen, Stellen, Dienstleister und Dritter“. Alle genannten Stellen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die uns anvertrauten Daten und Informationen werden sowohl durch die berufsbezogene Schweigepflicht als auch strafrechtlich geschützt.

Datenschutzhinweise für Patientinnen und Patienten

Folgende Daten (sogenannte Patientendaten) können aufgrund gesetzlicher Verpflichtung insbesondere zum Zwecke der Abrechnung an Ihre Krankenkasse weitergegeben werden:

1. Familienname und Vorname, ggf. Titel
2. Geburtsdatum
3. Geschlecht
4. Persönliche Anschrift
5. Versicherungsstatus
6. Uhrzeit/Tag der Aufnahme, Einweisungsgrund, -diagnose, Anamnese, Aufnahmediagnose, folgende Diagnosen, Diagnostikdaten, Befunde, voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung
7. Datum und Art der durchgeführten Operationen oder Prozeduren und Therapien
8. Uhrzeit/Tag der Entlassung/Hauptdiagnose/Nebendiagnosen/Grund für Entlassung oder Verlegung
9. Angaben über durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen, Vorschläge zur Weiterbehandlung mit Vorschlägen zu einer geeigneten Einrichtung

Rechtsgrundlage für den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten sind - ergänzend zu den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) – spezialgesetzliche Vorschriften, in denen geregelt wird, dass Daten an die jeweils zuständigen Stellen zu übermitteln sind: Dies kann beispielsweise im Zusammenhang mit Tumor- oder meldepflichtigen Infektionskrankheiten, etwa nach dem Bundeskrebsregisterdatengesetz (BKRG) oder nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Infektionsschutzgesetz (IfSG) oder dem Transfusionsgesetz (TFG) der Fall sein. Eine Übersicht über Datenweitergaben im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen haben wir zu Ihrer Information mit der Anlage B „Datenübermittlung an externe Stellen auf Basis spezialgesetzlicher Regelungen“ zusammengestellt.

In der Anlage C „Aufbewahrungszeiträume für medizinische Daten“ können Sie darüber hinaus auch Hinweise zum Ort der Aufbewahrung Ihrer Patientenakte und zu den spezifischen Aufbewahrungsfristen einsehen.

Weitere Angaben können Sie jederzeit durch unsere Administrative Datenschutzbeauftragte bzw. unseren Administrativen Datenschutzbeauftragten erhalten. Diese bzw. diesen

erreichen Sie unter der Telefonnummer 0261 281 20150 in Gebäude R, Zimmer 250, oder Sie wenden sich bitte an Ihre persönlichen Ansprechstellen im Bereich Pflegepersonal auf den Bettenstationen oder in den Ambulanzen. Beschwerden in diesem Kontext können - auch unter Einbeziehung der bzw. des Administrativen Datenschutzbeauftragten - bei der zuständigen Aufsichtsbehörde eingelegt werden (Anlage A) [2].

Ihre Rechte als betroffene Person bzgl. Ihrer personenbezogenen Daten

- Auskunftsrecht gemäß Art. 15 DSGVO
- Recht auf Berichtigung gemäß Art. 16 DSGVO
- Recht auf Löschung gemäß Art. 17 DSGVO
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO
- Recht auf Datenübertragbarkeit gemäß Art. 20 DSGVO
- Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 DSGVO
- Recht auf Widerruf einer Einwilligung gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO
- Recht auf nicht-automatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DSGVO
- Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde gemäß Art. 77 DSGVO i. V. m. § 19 BDSG

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die vorstehenden Ausführungen zur Kenntnis genommen haben und in die beschriebene Datenverarbeitung, sofern hierzu keine anderweitige Rechtsgrundlage als die Ihrer ausdrücklichen Einwilligung vorliegt, einwilligen.

Ort und Datum	Unterschrift Patientin bzw. Patient, bei Minderjährigen[3]: des bzw. der Sorgeberechtigten oder der gesetzlichen Vertretung

[2] Den Namen und die vollständige Anschrift sowie weitere Kontaktstellen finden Sie in der „Anlage A".

[3] Bei der Einwilligung / Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger kommt es maßgeblich auf die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit hinsichtlich der Notwendigkeit und Tragweite der medizinischen Behandlung und der Fähigkeit, die Konsequenzen der Verwendung ihrer Daten zu übersehen, an. Bestehen hierüber Zweifel, sollten sowohl die Minderjährigen als auch die Sorgeberechtigten bzw. gesetzlichen Vertreter unterschreiben.

Teil II

Besondere Einwilligungen im Rahmen der administrativen Aufnahme

Um Sie darüber zu informieren, dass wir zu den vorgenannten Zwecken Daten über Ihre Person (u. a. Gesundheitsdaten) verarbeiten und den Behandelnden im erforderlichen Umfang zur Verfügung stellen, haben wir Ihnen den Datenschutzhinweis zur Kenntnis gebracht (Teil I).

Für darüber hinausgehende Fälle ist Ihre ausdrückliche Einwilligung erforderlich, um Daten über Sie und Ihren Krankenhausaufenthalt an Dritte weitergeben zu dürfen.

Auskunft über die Anwesenheit im Krankenhaus durch die Pforte

Ich willige ein, dass die Krankenhausvermittlung meinen Aufenthaltsort (Station, Zimmer und Telefonnummer) gegenüber Besucherinnen und Besuchern und Anrufenden auf Anfrage bekannt geben dürfen.

Bitte ankreuzen! Ja ☐ Nein ☐

Überprüfung von Patientensicherheit, Behandlungs- und Qualitätsstandards

Ich willige ein, dass im Rahmen von Stichprobenprüfungen durch externes medizinisches Fachpersonal Einsicht in meine Behandlungsdokumentation genommen wird, um so die Einhaltung der Patientensicherheit, der Behandlungsqualität sowie der durch gesetzliche Instanzen, Kostenträger und Fachgesellschaften festgelegten Qualitätsstandards an Hand von konkreten Einzelfällen zu überprüfen. In den hierbei angefertigten Auswertungen dürfen keine Rückschlüsse auf einzelne Patientinnen bzw. Patienten gemacht werden.

Bitte ankreuzen! Ja ☐ Nein ☐

Interne Qualitätssicherung

Ich willige ein, dass meine für die medizinische Behandlung erhobene persönliche Anschrift zu Zwecken der Qualitätssicherung in Form von Patientenbefragungen durch das BwZKrhs Koblenz oder externe Auftragnehmende (z. B. poststationäre Befragung) und persönlich auf mich zugeschnittener Patienteninformation durch das BwZKrhs Koblenz genutzt werden kann.

Bitte ankreuzen! Ja ☐ Nein ☐

Mitteilung für wissenschaftliche Zwecke

Ich willige ein, dass meine für die medizinische Behandlung erhobene persönliche Anschrift im Rahmen der Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen und Qualitätssicherung zur Kontaktaufnahme durch das BwZKrhs Koblenz genutzt werden kann.

Bitte ankreuzen! Ja ☐ Nein ☐

Mitteilungen zum Zweck einer theologischen Betreuung

Ich willige ein, dass mein Aufenthaltsort (Station und Zimmer) den für das Krankenhaus tätigen Geistlichen bzw. die für das Krankenhaus tätige Geistliche der jeweiligen Konfessionen sowie anderer Glaubensgemeinschaften bzw. deren Beschäftigten bekannt gegeben werden darf.

Bitte ankreuzen! Ja ☐ Nein ☐

Auskunft gegenüber Angehörigen, Bekannten oder Dritten

Im Verlauf bestimmter Erkrankungen, aber auch in Folge einzelner medizinischer Maßnahmen (z. B. nach einer Narkose) kann es dazu kommen, dass phasenweise die Wachheit oder Auffassungsgabe so stark eingeschränkt werden, dass eine regelhafte Kommunikation nicht mehr möglich ist.

Für diese Fälle – aber auch grundsätzlich – können Sie die Gelegenheit nutzen, uns Ansprechpersonen zu benennen, gegenüber denen wir in medizinischen und organisatorischen Belangen Auskünfte erteilen dürfen.

Die Namen dieser Personen tragen Sie bitte in die folgende Liste ein:

_____

_____

_____

_____

Rückgriff auf den klinischen Basisdatensatz im Krankenhausinformationssystem (KIS)

Ich bin einverstanden, dass bei einer erneuten Aufnahme in diesem Haus auf den klinischen Basisdatensatz zurückgegriffen werden darf. Dieser wird noch gemeinsam in Abstimmung zwischen Ihnen und der Ärztin bzw. dem Arzt ausgefüllt und beinhaltet Organisationsdaten, Patientenstammdaten, Anamnesedaten und Statusdaten.

Bitte ankreuzen! Ja ☐ Nein ☐

Hinweis: Sollten Sie sich bereits einmal in unserem Haus aufgehalten haben, befinden sich in unserem KIS neben einem etwaig angelegten klinischen Basisdatensatz auch Daten über vorherige Behandlungen. Sie haben die Möglichkeit, im Rahmen des anstehenden Aufenthalts der Hinzuziehung von Daten aus früheren abgeschlossenen Behandlungsfällen ganz oder teilweise zu widersprechen. Teilen Sie uns dies bitte mit. Es wird dann ein systemseitiger Hinweis angelegt, um es der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt zu ermöglichen, Sie im Rahmen der medizinischen Aufnahme auf das daraus resultierende potentiell bestehende Risiko einer Fehlbehandlung hinzuweisen und Ihnen Gelegenheit zur Rücknahme des Widerspruchs zu geben.

Für den Fall, dass Daten (z. B. Arztbriefe, Röntgenbilder usw.) von anderen Stellen – i. d. R. von der Hausärztin bzw. dem Hausarzt und/oder anderen Behandlungseinrichtungen – eingeholt werden müssen, sprechen wir Sie in jedem Einzelfall zwecks erforderlicher Einwilligung in die Weitergabe an.

Weitere Angaben können Sie jederzeit durch unsere Administrative Datenschutzbeauftragte bzw. durch unseren Administrativen Datenschutzbeauftragten erhalten (siehe Anlage A). Bitte wenden Sie sich hierzu an Ihre Ansprechperson auf den Bettenstationen oder in den Ambulanzen.

Mir wurde Gelegenheit zur Einsichtnahme und/oder Mitnahme der Anlagen A bis D sowie der Hausliste zu Anlage D gegeben. Die o. g. Einwilligungen werden Bestandteil der Behandlungsdokumentation.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Ort und Datum	Unterschrift Patientin bzw. Patient, bei Minderjährigen[4]: des bzw. der Sorgeberechtigten oder der gesetzlichen Vertretung

[4] Bei der Einwilligung / Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger kommt es maßgeblich auf die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit hinsichtlich der Notwendigkeit und Tragweite der medizinischen Behandlung und der Fähigkeit, die Konsequenzen der Verwendung ihrer Daten zu übersehen, an. Bestehen hierüber Zweifel, sollten sowohl die Minderjährigen als auch die Sorgeberechtigten bzw. der gesetzliche Vertreter unterschreiben.