

Datenschutz = Schutz des Patienten vor dem Wissen des Arztes?

In der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder am 16./17. März 2011 haben diese eine „Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme“¹ verabschiedet². Grundsätzlich ist ein einheitliches Vorgehen der obersten Datenschützer unabhängig vom Bundesland zu begrüßen, um unterschiedliche Kriterien je Bundesland zu reduzieren und den Softwareherstellern gegenüber mehr Klarheit zu schaffen. Etliche Punkte finden breite Zustimmung, andere werden von vielen kritisch gesehen. Einige der Organisationen, die die Krankenhäuser oder auch die Softwarehersteller vertreten, haben zum Teil schon umfangreich Stellung genommen, zum Beispiel die Bayerische und Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser, die Sana Kliniken oder der Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen. Auch einzelne Krankenhäuser haben sich schon geäußert, wie zum Beispiel die Unikliniken in Bonn und Mannheim. Eine offizielle Stellungnahme der ärztlichen Selbstverwaltungsinstitutionen ist nach Auskunft der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) derzeit in Bearbeitung, da die verabschiedete Ausgestaltung der Datenschutzgesetze erhebliche Auswirkungen auf die tägliche Arbeit am Patientenbett haben wird. Exemplarisch möchten wir hier nur einige bedenkenswerte Punkte ansprechen.

» Eine Aufnahmekraft darf bei Aufnahme nur erfahren, ob ein Patient schon einmal stationär war, behandelnde Funktionseinheiten dürfen nur in einem bestimmten Fall offenbart werden. Dieses Vorgehen macht allenfalls Sinn, wenn der Folgeaufenthalt in eine andere Fachabteilung führt und überhaupt nichts mit dem Voraufenthalt zu tun hat. Ist das nicht der Fall, kommen zum Beispiel chronisch Kranke mit einer erneuten Verschlechterung ihres Leidens wieder zur Aufnahme oder handelt es sich gar um eine Komplikation eines Voraufenthaltes (Chemotherapie!), ist es sinnvoll, sie wieder in „ihre“ Abteilung zu verlegen, um Zeit- und Wissensverlust zu vermeiden. Das ist bestenfalls noch zufällig möglich, wenn die Aufnahmekraft die Voraufenthalte nicht sehen darf. Konsequenterweise ist für die



Foto: m.schuckart – Fotolia.com

Aufnahmekraft auch der Zugriff auf medizinische Daten nicht zulässig, was einerseits gut nachvollziehbar ist. Interessanterweise sind andererseits aber „Warnhinweise auf die Trägerschaft multiresistenter Keime“ möglich, was bei der administrativen Aufnahme eher stigmatisierend als nützlich sein dürfte und aus juristischen Gründen durchaus fragwürdig erscheint³.

- » Hat der Patient der Nutzung seiner Vordaten widersprochen, muss ihn der behandelnde Arzt im Anschluss auf das potenzielle Risiko einer Fehlbehandlung hinweisen – ein Zusatzaufwand, der den Arzt aber trotzdem nicht entlastet und aus der Haftung nimmt. Um die nötige Sicherheit ohne Kenntnis der Vordaten zu erhalten und Behandlungsrisiken zu minimieren, sind daher oft weitere Untersuchungen (eventuell Doppeluntersuchungen!) nötig, die selbst ein Risiko darstellen und die Dauer des Aufenthalts in die Länge ziehen.
- » Liegt der Patient dann auf Station, hat der Stationsarzt und das betreuende Pflegepersonal Zugriff auf seine aktuellen Daten. Dienstärzte im Spät- und Nachtdienst erhalten zeitweise erweiterte Zugriffsrechte, soweit dies für die Erfüllung ihrer Dienste

nötig ist. Das klingt durchaus plausibel, für den Dienstarzt ändert sich in der Praxis offensichtlich nichts. Das Problem ist das „zeitweise“: der Dienstarzt, der von einer anderen Station kommt, erhält also nur für diesen einen Dienst die nötige Berechtigung, dann muss sie ihm wieder entzogen werden. Mit anderen Worten: der komplette Dienstplan muss auch in der komplexen Berechtigungsstruktur eines Krankenhausinformationssystems hinterlegt werden! Gleiches gilt übrigens auch für Springer beim Pflegepersonal. Das wird keine zentrale Serviceabteilung übernehmen, das wird wohl eher die ärztlichen und pflegerischen Dienstplaner vor Ort treffen.

¹ www.datenschutz-bayern.de/technik/orient/oh-kis.pdf (5.7.11).

² www.datenschutz-bayern.de/dsbk-ent/DSK_81-KIS.pdf (5.7.11).

³ Bessler S., *Multiresistente Erreger contra ärztliche Schweigepflicht. Krankenhaushygiene up2date* 2011; 6(2):153-169.

⁴ Menzel H.-J., *Selbstbestimmung hat Vorrang vor dem Effizienzinteresse. Dtsch Ärztebl* 2011; 108(25): A1419-23

- » Fachrichtungsübergreifende Funktionen (zum Beispiel Operation, Diagnostik) erhalten Zugriff durch individuelle Zuweisung oder Patientenkontakt. Wer schon in großen Funktionsabteilungen gearbeitet hat, kann sich vorstellen, was es heißt, wenn Leistungsanforderer Patienten persönlich dem Untersucher zuweisen sollen. Richtig schwierig wird es dann, wenn dieser Untersucher auch noch kurzfristig ausfällt und sonst niemand Zugriff auf seine Patientenliste hat.
- » Große Krankenhäuser bestehen mittlerweile aus unterschiedlichen selbstständigen Einheiten. Ein gemeinsamer Datenbestand ist nicht (mehr) zulässig, es muss eine klare Trennung zumindest in Mandanten erfolgen. Die gesundheitspolitisch geforderte enge Verzahnung zwischen stationär und ambulant wird administrativ erschwert. Die beiden Sektoren wissen erst einmal nichts voneinander, der Patient muss sie informieren. Stimmt er dann zu, ist natürlich wieder ein Zugriff in den anderen Sektor möglich – mit erneuter Anmeldung, Datenübernahme, usw.

„Selbstbestimmung hat Vorrang vor dem Effizienzinteresse“ hat der stellvertretende Datenschutzbeauftragte aus Hamburg formuliert⁴. Aber müssen wir nicht auch fragen, wo das Interesse des Patienten liegt? Werden hier wirklich laufend Patienteninteressen der (von der Politik vehement geforderten) Effizienzsteigerung geopfert? Sicher nicht. Weitaus die meisten Patienten kommen wieder in das gleiche Krankenhaus, weil sie sich dort gut aufgehoben fühlen, effektiv und effizient von den Ärzten und dem Pflegepersonal in bester Qualität behandelt wurden. Weil das so bleiben soll, haben sie nichts gegen den Zugriff auf Vordaten, viel mehr haben sie gegen immer neue administra-

tive Hürden, die dem Pflege- und dem ärztlichen Personal weitere Zeit kosten, die dann wiederum bei ihnen am Krankenbett fehlt. Und Patienten, die aus den verschiedensten Gründen keinen Zugriff auf ihre Historie wünschen? Die sind auch jetzt schon lieber in ein anderes Krankenhaus gegangen oder haben den Hausarzt gewechselt.

In der Gesamtsicht ist das Ziel, für alle Bundesländer eine einheitliche Messlatte zu definieren, ein deutlicher Fortschritt, der unbedingt zu begrüßen ist. Ein engagiertes Einbringen der ärztlichen Selbstverwaltung und Verbände in den bisher „arztfrei“ erfolgten Diskurs ist nötig.

Anzeige



sprechstundenhilfe.com
Wir verarzten Ihr Telefon

Durchgängige telefonische Erreichbarkeit Ihrer Praxis!

Mit einer prof. Anrufannahme und Terminvergabe durch medizinische Fachangestellte.

Ihre Vorteile

- ▶ Höhere Patientenzufriedenheit und Patientenbindung.
- ▶ Ruhiges Arbeiten in der Praxis - Professionelle Außenwirkung.
- ▶ Schneller Aufbau eines Patientenstammes.
- ▶ Effiziente Praxisführung - mehr Honorar.

Testen Sie 14 Tage kostenlos. Tel.: **0800-5890265**
E-Mail: info@sprechstundenhilfe.com * zzgl. MwSt.

Autoren

Dr. Theo Denzel, MHBA, IV-Koordinator und Oberarzt, Dr. Alfred Estelmann, Vorstand, Dr. Heidemarie Lux, Oberärztin, Vizepräsidentin der BLÄK, Helmut Schlegel, Leiter IT, alle Klinikum Nürnberg.

*Anschrift für die Verfasser:
Dr. Theo Denzel, MHBA, Klinikum Nürnberg, Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, 90419 Nürnberg,
E-Mail: denzel@klinikum-nuernberg.de*

**Malaria
besiegen.
Ein Netz ist
ein Anfang.**

Jährlich sterben über eine Million Menschen an Malaria. Netze und Medikamente helfen.

**Schenken Sie Gesundheit.
Fordern Sie kostenlos Infos an:**
action medeor e. V.
St. Töniser Str. 21
47918 Tönisvorst
Tel: 0 21 56-9 78 80
www.medeor.de



Deutsches Medikamenten-Hilfswerk
MEDEOR. HILFE IM PAKET.