

< DOKUMENT >

SUCHWORT >

KURZTITELLISTE >

RECHTSSATZ >

Typ

Bescheid Beschwerde

Geschäftszahl

K121 . 246/0008 - DSK/2007

Datum

20070321

Norm

DSG 2000 §1 Abs5; DSG 2000 §4 Z7; DSG 2000 §5 Abs2 Z1; DSG 2000 §6 Abs1 Z4; DSG 2000 §27 Abs1; DSG 2000 §27 Abs2; DSG 2000 §27 Abs3; DSG 2000 §31 Abs2; ÄrzteG 1998 §51; K-KAO §34; K-KAO §34 Abs1; K-LKABG §1; K-LKABG §2;

Text

[Anmerkung Bearbeiter: Namen (Firmen), (Internet-)Adressen, Aktenzahlen (und dergleichen), Rechtsformen und Produktbezeichnungen etc. sowie deren Initialen und Abkürzungen können aus Anonymisierungsgründen abgekürzt und/oder verändert sein. Offenkundige Rechtschreib-, Grammatik- und Satzzeichenfehler wurden korrigiert.]

B E S C H E I D

Die Datenschutzkommission hat unter dem Vorsitz von Dr. SPENLING und in Anwesenheit der Mitglieder Dr. BLAHA, Dr. KOTSCHY, Dr. ROSENMAYR-KLEMENZ, Mag. ZIMMER und Dr. STAUDIGL sowie des Schriftführers Dr. KÖNIG in ihrer Sitzung vom 21. März 2007 folgenden Beschluss gefasst:

S p r u c h

Über die Beschwerde des Michael N*** (Beschwerdeführer) in C*** vom 9. August 2006 gegen die Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft - KABEG (Beschwerdegegnerin) in Klagenfurt wegen Verletzung im Recht auf Löschung bzw. Richtigstellung personenbezogener Daten in Folge Weigerung, eine ihm betreffende Eintragung (Textkörper) vom 7. März 2006 im automationsunterstützt geführten Ambulanzprotokoll der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Landeskrankenhauses Y*** (LKH) zu ändern, wird gemäß den §§ 6 Abs 1 Z 4, 27 Abs 1 und 3 sowie 31 Abs. 2 des Datenschutzgesetzes 2000 (DSG 2000), BGBl I Nr. 165/1999 idF BGBl I Nr. 13/2005 iVm § 34 Abs 1 der Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 (K-KAO), LGBl. Nr 26/1999, entschieden:

- Der Beschwerde wird abgewiesen.

B e g r ü n d u n g:

A. Vorbringen der Parteien

Der Beschwerdeführer behauptet in seiner Beschwerde (vom 9. August, eingegangen am 14. August 2006 mit 3 Beilagen) eine Verletzung im Recht auf Löschung und Richtigstellung dadurch, dass die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 11. Juni 2006, Zl. MD. 54***/2006/RiC, die von ihm begehrte Änderung bzw. Löschung seiner Daten abgelehnt hatte. Aus den Beilagen geht hervor, dass der Beschwerdeführer, der offensichtlich mit einer im LKH durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung unzufrieden war, eine Texteintragung im automationsunterstützt geführten Ambulanzprotokoll der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des LKH, in der ärztlicherseits vermerkt

wurde, eine bestimmte Form der Behandlung sei dem Beschwerdeführer, der „psychisch stark belastet“ erscheine, nicht zuzumuten, gelöscht haben wollte. Der Beschwerdeführer führte dazu aus, der Verfasser dieser Eintragung, ein Zahnmediziner, habe „mit seiner Behauptung in fachfremdem Gebiet dilettiert“. Die Eintragung sei daher unrichtig.

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Stellungnahme vom 19. September 2006, Zl. KABEG-1***/9/06, aus, es sei richtig, dass man ein entsprechendes, ursprünglich an das LKH gerichtetes Löschungs- bzw. Richtigstellungsbegehren abgelehnt habe. Gemäß § 34 der Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 sei das von der Beschwerdegegnerin betriebene LKH verpflichtet, für jeden Patienten eine Krankengeschichte mit dem gesetzlich vorgegebenen Inhalt, darunter der Krankheitsverlauf, der Zustand des Patienten und die für Diagnostik und Behandlung maßgeblichen Umstände, anzulegen. Ambulante Krankengeschichten seien mindestens zehn Jahre lang aufzubewahren. Der Beschwerdeführer sei als Patient im LKH behandelt worden, für das die Beschwerdegegnerin Rechtsträgerin und datenschutzrechtliche Auftraggeberin sei. Krankengeschichten fielen unter den Dokumentationszweck gemäß § 27 Abs 3 DSG 2000, Änderungen seien daher unzulässig, bestenfalls seien richtig stellende Anmerkungen möglich. Gegenständlich handle es sich aber um eine behandlungsrelevante fachliche Einschätzung des behandelnden Arztes, die einen Teil der diagnostischen Grundlage bilde. Es sei notwendig, die Erfüllung ärztlicher Pflichten (Aufklärung, Erörterung von Alternativbehandlungen, Verhütung einer Schädigung des Patienten) entsprechend zu dokumentieren, daher seien Löschungen oder Änderungen nicht möglich sowie richtig stellende Anmerkungen nicht angebracht. Angeschlossen war ein Ausdruck des strittigen Ambulanzprotokolls.

Der Beschwerdeführer erstattete nach ihm gewährten Parteiengehör zu den bisherigen Ergebnissen des Ermittlungsverfahrens in einer weiteren Stellungnahme vom 2. Oktober 2006 umfangreiches Vorbringen. Er führte im Wesentlichen aus, der Beschwerdegegnerin sei es nicht gelungen, die Richtigkeit der strittigen Eintragung nachzuweisen, ja auch nur inhaltliche Argumente dafür anzuführen. Diese Eintragung ermögliche es den Ärzten des LKH, seinen Ausschluss von bestimmten Heilbehandlungen als Folge einer psychischen Belastung darzustellen. Ihm sei persönlich und mündlich durch den Abteilungsvorstand, Primarius DDr. M***, am 7. März 2006 aber ein anderer „Ausschließungsgrund“ genannt worden (der Beschwerdeführer verweist dazu auf ein beigelegtes Schreiben an DDr. M***, aus dem jedoch nicht hervorgeht, was der Beschwerdeführer meint). Es folgt eine mehrseitige Darstellung seiner Krankengeschichte mit vom Beschwerdeführer kommentierten Auszügen aus mehreren Behandlungsprotokollen des LKH sowie die Darstellung weiterer Streitfälle mit dem LKH (darunter ein Vorfall, auf Grund dessen der Beschwerdeführer anscheinend bei der Staatsanwaltschaft Klagenfurt gegen eine Mitarbeiterin des LKH Anzeige wegen Verdachts der Urkundenfälschung erstattet hat). Im Übrigen sei er nie im Sinne des § 34 Abs 1 Z 6 K KAO ärztlich aufgeklärt worden sondern habe sich Informationen (etwa über die genaue Diagnose) erst durch Beharren auf Einsichtnahme in diverse Unterlagen beschaffen müssen.

B. Beschwerdegegenstand

Auf Grund des Vorbringens des Beschwerdeführers ergibt sich, dass Beschwerdegegenstand die Frage ist, ob die

Beschwerdegegnerin verpflichtet war und ist, den Text der Eintragung im Ambulanzprotokoll vom 7. März 2006 durch Änderung/Löschung eines Satzes, in dem von einer psychischen Belastung des Beschwerdeführers die Rede ist, zu verändern oder eine berichtigende Anmerkung vornehmen zu lassen.

C. Sachverhaltsfeststellungen

Ausgehend vom Beschwerdegegenstand wird der folgende Sachverhalt festgestellt:

Der Beschwerdeführer wurde im März 2006 als Patient in der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Landeskrankenhauses Y*** (LKH), dessen Rechtsträgerin die Beschwerdegegnerin ist, vom Abteilungsvorstand Primarius DDr. Reinhard P. M*** wegen einer „Occlusionsstörung“ zahnmedizinisch ambulant behandelt. Der Beschwerdeführer und der behandelnde Arzt waren sich über die vorzunehmende Behandlung nicht einig.

Am 7. März 2006 wurde folgender Texteintrag in das automationsunterstützt geführte Ambulanzprotokoll der Abteilung vorgenommen (Auftraggeberin: die Beschwerdegegnerin, DVR: 00757209):

„07.03.2006 12:30 Uhr
Prim. Univ. Doz. DDr. Reinhard P. M*** /T.O***
Es wird nochmals über die Occlusionsstörung, die vor allem auf der rechten Seite besteht und den Patienten stört über eine mögliche Korrektur gesprochen. Eine KFO-Behandlung festsitzend über längere Zeit ist vermutlich dem Pat. nicht zumutbar, da er psychisch stark belastet erscheint. Deshalb wird geraten zur Verbreiterung des UK-Zahnboogens und Adaptierung zum OK evtl. eine UK-Dehnplatte anzufertigen, sodaß die UK-Zähne rechts etwas nach bukkal bewegt werden, um den Höckerbiß zum OK (bukkal Höcker-UK, palatinale Höcker-OK) zu korrigieren. Pat. überlegt und sucht nach einer Überlegungsphase nochmals hiesige Ambulanz auf.“

[Anmerkung: KFO = Abkürzung für kieferorthopädisch/Kieferorthopädie, UK = Unterkiefer, OK = Oberkiefer, bukkal = backenseitig, palatinal = gaumenseitig]

Beweiswürdigung: Diese Feststellungen beruhen auf den übereinstimmenden Angaben beider Parteien sowie dem Ausdruck des Ambulanzprotokolls, vorgelegt von der Beschwerdegegnerin als Beilage zur Stellungnahme vom 19. September 2006. Die Erklärung medizinischer Fachbegriffe wurde, so nicht anders angegeben, dem Internet - Nachschlagewerk <http://www.netdokter.at/wegweiser/dictionary/> entnommen.

Am 13. Juni 2006 wandte sich der Beschwerdeführer in einem tags darauf persönlich abgegebenen Brief an DDr. M*** als Abteilungsvorstand am LKH und verlangte, unter Berufung auf § 51 Abs 2 ÄrzteG und das DSGVO 2000, die Löschung oder Richtigstellung folgender Passage aus dem Ambulanzprotokoll:

„Eine KFO-Behandlung festsitzend über längere Zeit ist vermutlich dem Pat. nicht zumutbar, da er psychisch stark belastet erscheint.“

Er begründete dies damit, dass diese Information unrichtig sowie Dritten zugänglich sei.

Beweiswürdigung: Diese Feststellungen stützen sich auf eine der Datenschutzkommission vorliegende Kopie des Schreibens samt Eingangsvermerk des LKH.

Dieses Begehren wurde mit Schreiben der medizinischen Direktion des LKH Y*** (auf dem Briefpapier als eine Einrichtung der Beschwerdegegnerin erkennbar, einschließlich Angabe der DVR-Nummer) vom 11. Juli 2006 (die Datierung „11. Juni 2006“ ist offenkundig falsch) abgelehnt.

Mit Schreiben vom 17. Juli 2006 bestritt der Beschwerdeführer gegenüber dem LKH neuerlich die Richtigkeit der Eintragung im Ambulanzprotokoll und änderte sein Begehren wie folgt ab (Unterstreichung im Original):

„Ich verlange nun nicht die Löschung oder die Richtigstellung, sondern unbedingt die Löschung der Vermutung des DDr. Reinhard P. M***, wonach eine psychische Belastung meiner Person eine bestimmte Heilbehandlung in ihrer Krankenanstalt unmöglich mache.“

Beweiswürdigung: Diese Feststellungen beruhen auf dem Inhalt der zitierten Urkunden, die bereits mit der Beschwerde vom 9. August 2006 als Kopien vorgelegt wurden. Die Feststellung zur falschen Datierung des Schreibens der Beschwerdegegnerin ergibt sich zwingend aus der Abfolge der Ereignisse, da in dem Schreiben bereits auf den „Antrag“ des Beschwerdeführers Bezug genommen wird, der nachweislich erst am 14. Juni 2006 im LKH eingelangt ist.

D. In rechtlicher Hinsicht folgt daraus:

1. anzuwendende Rechtsvorschriften

§ 6 Abs 1 und 2 DSGVO 2000 lautet unter der Überschrift „Verwendung von Daten Grundsätze“:

„§ 6. (1) Daten dürfen nur

1. nach Treu und Glauben und auf rechtmäßige Weise verwendet werden;
2. für festgelegte, eindeutige und rechtmäßige Zwecke ermittelt und nicht in einer mit diesen Zwecken unvereinbaren Weise weiterverwendet werden; die Weiterverwendung für wissenschaftliche oder statistische Zwecke ist nach Maßgabe der §§ 46 und 47 zulässig;
3. soweit sie für den Zweck der Datenanwendung wesentlich sind, verwendet werden und über diesen Zweck nicht hinausgehen;
4. so verwendet werden, daß sie im Hinblick auf den Verwendungszweck im Ergebnis sachlich richtig und, wenn nötig, auf den neuesten Stand gebracht sind;
5. solange in personenbezogener Form aufbewahrt werden, als dies für die Erreichung der Zwecke, für die sie ermittelt wurden, erforderlich ist; eine längere Aufbewahrungsdauer kann sich aus besonderen gesetzlichen, insbesondere archivrechtlichen Vorschriften ergeben.

(2) Der Auftraggeber trägt bei jeder seiner Datenanwendungen die Verantwortung für die Einhaltung der in Abs. 1 genannten Grundsätze; dies gilt auch dann, wenn er für die Datenanwendung Dienstleister heranzieht.“

§ 27 Abs 1 bis 4 und 7 lauten unter der Überschrift „Recht auf

Richtigstellung oder Löschung“:

„§ 27. (1) Jeder Auftraggeber hat unrichtige oder entgegen den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes verarbeitete Daten richtigzustellen oder zu löschen, und zwar

1. aus eigenem, sobald ihm die Unrichtigkeit von Daten oder die Unzulässigkeit ihrer Verarbeitung bekannt geworden ist, oder
2. auf begründeten Antrag des Betroffenen.

Der Pflicht zur Richtigstellung nach Z 1 unterliegen nur solche Daten, deren Richtigkeit für den Zweck der Datenanwendung von Bedeutung ist. Die Unvollständigkeit verwendeter Daten bewirkt nur dann einen Berichtigungsanspruch, wenn sich aus der Unvollständigkeit im Hinblick auf den Zweck der Datenanwendung die Unrichtigkeit der Gesamtinformation ergibt. Sobald Daten für den Zweck der Datenanwendung nicht mehr benötigt werden, gelten sie als unzulässig verarbeitete Daten und sind zu löschen, es sei denn, daß ihre Archivierung rechtlich zulässig ist und daß der Zugang zu diesen Daten besonders geschützt ist. Die Weiterverwendung von Daten für einen anderen Zweck ist nur zulässig, wenn eine Übermittlung der Daten für diesen Zweck zulässig ist; die Zulässigkeit der Weiterverwendung für wissenschaftliche oder statistische Zwecke ergibt sich aus den §§ 46 und 47.

(2) Der Beweis der Richtigkeit der Daten obliegt - sofern gesetzlich nicht ausdrücklich anderes angeordnet ist - dem Auftraggeber, soweit die Daten nicht ausschließlich auf Grund von Angaben des Betroffenen ermittelt wurden.

(3) Eine Richtigstellung oder Löschung von Daten ist ausgeschlossen, soweit der Dokumentationszweck einer Datenanwendung nachträgliche Änderungen nicht zuläßt. Die erforderlichen Richtigstellungen sind diesfalls durch entsprechende zusätzliche Anmerkungen zu bewirken.

(4) Innerhalb von acht Wochen nach Einlangen eines Antrags auf Richtigstellung oder Löschung ist dem Antrag zu entsprechen und dem Betroffenen davon Mitteilung zu machen oder schriftlich zu begründen, warum die verlangte Löschung oder Richtigstellung nicht vorgenommen wird.

(5) [...]

(6) [...]

(7) Werden Daten verwendet, deren Richtigkeit der Betroffene bestreitet, und läßt sich weder ihre Richtigkeit noch ihre Unrichtigkeit feststellen, so ist auf Verlangen des Betroffenen ein Vermerk über die Bestreitung beizufügen. Der Bestreitungsvermerk darf nur mit Zustimmung des Betroffenen oder auf Grund einer Entscheidung des zuständigen Gerichtes oder der Datenschutzkommission gelöscht werden.“

§ 34 der Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 (K-KAO), LGBL. Nr 26/1999, lautet auszugsweise:

§ 34

Krankengeschichten und sonstige Vormerkungen

(1) Für jeden Patienten ist eine Krankengeschichte anzulegen, in welcher darzustellen sind:

1. Die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese),
2. der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens),
3. der Krankheitsverlauf (decursus morbi),
4. Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Medikation (Name, Dosis und Darreichungsform),

bei der Anwendung von Arzneyspezialitäten, die der Chargenfreigabe bedürfen, auch die Angabe der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen erforderlichen Daten,

5. sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste,
6. wesentlicher Inhalt der ärztlichen Aufklärung des Patienten und
7. der Zustand des Patienten zur Zeit seines Abganges aus der Anstalt.

(2) Über Operationen sind eigene Operationsprotokolle zu führen und der Krankengeschichte beizufügen.

(3) Die Führung der Krankengeschichte obliegt mit Ausnahme der Darstellung der gemäß Abs 1 Z 5 erbrachten Leistungen dem behandelnden Arzt; die Darstellung der nach Abs 1 Z 5 erbrachten Leistungen, der hiefür verantwortlichen Person. Die für die Führung der Krankengeschichte Verantwortlichen und der ärztliche Leiter der zuständigen Abteilung haben sie zu fertigen.

(4) [betrifft sichere Aufbewahrung der Krankengeschichten]

(4a) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind ermächtigt, die Verarbeitung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen - dies auch mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung - solchen Dienstleistern zu überlassen, die die Kriterien der Abs 4 und 5 erfüllen. Für die Dienstleister, denen die Verarbeitung übertragen wurde, und die bei ihnen beschäftigten Personen besteht Verschwiegenheitspflicht im Umfang des § 32. Diese Dienstleister haben die bei ihnen Beschäftigten vor Aufnahme ihrer Tätigkeit ausdrücklich auf diese Verpflichtung hinzuweisen. Weitergaben von personenbezogenen Daten durch diese sind nur an Ärzte oder Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung der Betroffene steht, und nur sofern ein Auftrag jener Krankenanstalt vorliegt, die die Krankengeschichte oder die sonstige Vormerkung angelegt hat.

(5) Nach ihrem Abschluss sind Krankengeschichten mindestens 30 Jahre - allenfalls in Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder auf anderen gleichwertigen Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss - aufzubewahren. Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren materialbedingte Veränderungen bewirken, daß ihnen über ihren Informationsgehalt nicht 30 Jahre hindurch Beweiskraft zukommt, sowie Krankengeschichten aus ausschließlich ambulanter Behandlung sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Krankengeschichten, die nach Ablauf der vorgesehenen Frist ausgeschieden werden sollen, sind unter Aufsicht sorgfältig zu vernichten. Im Falle der Auflösung einer Krankenanstalt sind die Krankengeschichten der Bezirksverwaltungsbehörde zur Aufbewahrung während der vorgesehenen Frist zu übergeben.

(6) [betrifft Übermittlung von Krankengeschichten]

(6a) Personen, auf die sich eine Krankengeschichte bezieht, sowie deren mit einer ausdrücklich auf die Einsicht in die Krankengeschichte oder deren Ausfolgung Bezug nehmenden Vollmacht ausgestatteten Vertreter haben das Recht auf Einsichtnahme oder die kostenlose Ausfolgung, ausgenommen dagegen sprechen wichtige medizinische oder therapeutische Gründe.

(7) Den mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst betrauten Behörden sind alle Mitteilungen zu erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften

erforderlich sind.

(8) [betrifft Organentnahme bei Verstorbenen]

(9) [betrifft Patientenverfügungen]

(10) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Berufes und deren Hilfspersonal in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke im Sinne des Abs 1 sowie der Aufzeichnungen gemäß § 33 Abs 1 nicht geführt werden.

(11) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Bestimmungen der Abs 1 bis 8 nicht berührt.

(12) Die Bestimmungen der Abs 1 bis 9 gelten für die Dokumentation und Aufbewahrung der nach dem Unterbringungsgesetz, BGBl Nr 155/1990, zu führenden Aufzeichnungen sinngemäß."

§ 51 Abs 1 bis 3 Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998 idF BGBl. I Nr. 110/2001 lautet unter der Überschrift „Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung“:

„§ 51. (1) Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. In Fällen eines Verdachts im Sinne des § 54 Abs. 4 sind Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen zu führen. Den gemäß § 54 Abs. 5 oder 6 verständigten Behörden oder öffentlichen Dienststellen ist hierüber Auskunft zu erteilen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.

(2) Ärzte sind zur automationsunterstützten Ermittlung und Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Abs. 1 sowie zur Übermittlung dieser Daten

1. an die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten in dem Umfang, als er für den Empfänger zur Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bildet, sowie
2. an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung der Kranke steht, mit Zustimmung des Kranken

berechtigt. Die zur Beratung oder Behandlung übernommene Person hat das Recht auf Einsicht, Richtigstellung unrichtiger und Löschung unzulässigerweise verarbeiteter Daten.

(3) Die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation im Sinne des Abs. 1 dienlichen Unterlagen sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren."

2. rechtliche Schlussfolgerungen

a) Zuständigkeit der Datenschutzkommission

Bei der Beschwerdegegnerin handelt es sich um einen durch Gesetz (§ 2 Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetz - K-LKABG, LGBl. Nr.44/1993 idF LGBl Nr 100/2005) eingerichteten und gemäß diesem Gesetz im Firmenbuch (FN 71434a

des Landesgerichts Klagenfurt) als „Rechtsform gemäß § 2 Z 14 FBG“ (nunmehr idF. BGBl I Nr. 103/2006 § 2 Z 13 FBG) protokollierten Rechtsträger. Da die Beschwerdegegnerin daher in einer Rechtsform eingerichtet ist, die durch privaten Rechtsakt (z.B. Gesellschaftsvertrag) nicht geschaffen werden kann, handelt es sich trotz des Firmenbestandteils „Gesellschaft“ um keinen „in Formen des Privatrechts“ gemäß § 1 Abs 5 DSG 2000 sondern um einen durch Gesetz, demnach in einer Form des öffentlichen Rechts gemäß § 5 Abs 2 Z 1 DSG 2000, eingerichteten (Sonder-)Rechtsträger, schon in der Zielbestimmung des § 1 K-LKABG auch ausdrücklich als „Anstalt öffentlichen Rechts“ bezeichnet. Als Auftraggeberin des öffentlichen Bereichs unterliegt sie daher hinsichtlich des Rechts auf Löschung und Richtigstellung von Daten der Kognition der Datenschutzkommission gemäß § 31 Abs 2 DSG 2000.

b) Dokumentationszweck eines Ambulanzprotokolls

Aus den Feststellungen zum Sachverhalt ergibt sich zunächst klar, dass das gemäß § 34 Abs 1 K-KAO als eine Krankengeschichte zu führende Ambulanzprotokoll Daten enthält, denen gemäß § 27 Abs 3 DSG 2000 ein Dokumentationszweck zukommt. Einen Dokumentationszweck haben insbesondere Daten, die dem Zweck dienen, ein tatsächliches Geschehen zu dokumentieren (etwa zum Zwecke eines späteren Beweises für rechtmäßiges Handeln, vgl. dazu die Ausführungen des OGH zu den beweisrechtlichen Konsequenzen einer Verletzung der ärztlichen Dokumentationspflicht in SZ 2004/122). Die Führung einer Krankengeschichte wird sogar in den Materialien zum Gesetzgebungsprozess des DSG 2000 als Paradebeispiel einer solchen Datenanwendung erwähnt (EB zu RV 1613 StenProt NR XX. GP, zu § 27). Gemäß § 27 Abs 3 DSG 2000 ist daher eine Löschung solcher Daten – selbst bei erwiesener Unrichtigkeit – ausgeschlossen. Gegenstand der Erwägungen der Datenschutzkommission kann daher in weiterer Folge nur die Frage sein, ob die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen wäre, gemäß § 27 Abs 3 2. Satz DSG 2000 richtig stellende Anmerkungen vorzunehmen.

Das Ambulanzprotokoll ist dabei einerseits eine Spezialform der von der Krankenanstalt durch ihre ärztlichen Organe gemäß § 34 Abs 1 K-KAO zu führenden Krankengeschichte, andererseits stellt es auch die von jedem behandelnden Arzt gemäß § 51 ÄrzteG 1998 anzulegende Dokumentation dar. Durch die Führung der Krankengeschichte (hier: des Ambulanzprotokolls) erfüllt der Spitalsarzt gleichzeitig letztere Pflicht.

c) Datenrichtigkeit in einer Krankengeschichte

Der Verfassungsgesetzgeber, der das Grundrecht auf Datenschutz im Jahre 1978 geschaffen hat, ist erkennbar davon ausgegangen, dass unter „Daten“ strukturiert verarbeitete, leicht überprüfbare und damit objektivierbare (im Sinne von: wahr/falsch) „Angaben“ zu einer bestimmten Person zu verstehen sind. Der Modellfall war die Datenbank mit fest definierten und auf Speicherfelder bestimmten Umfangs festgelegten Datenarten wie Name, Adresse und Geburtsdatum. Da der Begriff der automationsunterstützten Datenanwendung nach § 4 Z 7 DSG 2000 aber nicht auf derartige Daten beschränkt sondern rein am technischen Begriff der (teilweisen) Automationsunterstützung festgemacht ist, gehören auch Daten, die ohne besondere Strukturierung in fortlaufende, automationsunterstützt verarbeitete Texte eingefügt sind, zu einer Datenanwendung, insbesondere auch der Text einer elektronisch geführten Krankengeschichte.

Daten in einer Datenanwendung haben gemäß § 6 Abs. 1 Z 4 DSG 2000 grundsätzlich dem Anspruch auf Richtigkeit zu genügen. Das Gebot der Datenrichtigkeit ist allerdings nach der zitierten Bestimmung mit dem Verwendungszweck der Daten verknüpft, das heißt Maßstab für die Datenrichtigkeit ist der Zweck der Datenanwendung. Liegt dieser alleine in der Dokumentation von Meinungen bzw. Beurteilungen - dazu zählen auch Befunde und Gutachten von Personen mit bestimmtem Sachverstand, z.B. Ärzten - , so sind die Daten aus datenschutzrechtlicher Sicht richtig, wenn sie diese Meinung oder Beurteilung korrekt wiedergeben. Auf eine objektive Richtigkeit, die mit der subjektiven Einschätzung allenfalls in Widerspruch steht, kommt es diesfalls nicht an.

Das datenschutzrechtliche Richtigstellungsrecht trägt aber im Hinblick auf den Zweck - der freilich ein rechtmäßiger sein muss - als alleinigen Maßstab für die Datenrichtigkeit keinen derartigen Schutzgedanken in sich.

Der Zweck der beschwerdegegenständlichen Datenanwendung „Krankengeschichte“ ist durch § 34 K-KAO vorgegeben. Abs. 1 lässt klar erkennen, dass sie grundsätzlich der Dokumentation des medizinischen Urteils des behandelnden Arztes dienen soll. Ausnahmen von diesem Grundsatz sind in den Folgeabsätzen abschließend geregelt (z.B. die Dokumentation von Patientenwünschen über das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden bei Verlust der Handlungsfähigkeit, Abs. 9). Die Dokumentation einer vom ärztlichen Urteil abweichenden Patientenmeinung über den status praesens bzw. die Therapie ist in § 34 K-KAO nicht vorgesehen und daher auch vom Dokumentationszweck der Krankengeschichte nicht erfasst. Maßstab für die „Richtigkeit“ der Krankengeschichte ist somit alleine, ob das seinerzeitige medizinische Urteil von DDr. M*** richtig wiedergegeben wurde. Der Beschwerdeführer bekämpft aber im Wesentlichen die objektive Richtigkeit der Beurteilung, seine Behauptung, ihm sei seinerzeit etwas anderes mitgeteilt worden, ist völlig unsubstantiiert und daher nicht geeignet, Zweifel an der beschwerdegegenständlichen dokumentierten Eintragung aufkommen zu lassen, die eine entsprechende Beweislast des Beschwerdegegners nach § 27 Abs. 2 DSG 2000 auslösen würden. Die Eintragung ist daher im Sinn des DSG 2000 richtig und daher ein Anspruch auf richtig stellende Anmerkungen ausgeschlossen.

Die Beschwerde war somit spruchgemäß abzuweisen.

Schlagworte

Gesundheitsdaten, Patientendaten, Patientenakten, Behandlungsdokumentation, Sachverständiger, Meinungsäußerung

Dokumentnummer

DSKTE/20070321/K121246/0008-DSK/2007/00

▲ Seitenanfang ▲