

Schwärzung von Unterlagen betreffend PatientInnen

Wir möchten Ihnen mit dieser Anleitung konkrete Hinweise geben, wie sie im KPJ-Logbuch/Portfolio korrekt dokumentieren, insbesondere in Hinblick auf die Entfernung von personenbezogenen Informationen von Patienten und Patientinnen. Das KPJ-Logbuch/Portfolio dokumentiert Ihre praktische Tätigkeit am und mit Patienten und Patientinnen. Es werden daher Informationen diese PatientInnen betreffend verarbeitet.

Ein gewissenhafter Umgang mit diesen Informationen gebietet es, dass sie entweder eigenständig Dokumente erarbeiten, die keinen Patientenbezug ausweisen, oder dass Sie die Unterlagen, zu denen Sie in der Krankenanstalt rechtmäßig Zugang haben, ausreichend schwärzen. Damit ist gemeint, dass die personenbezogenen Daten unkenntlich gemacht werden sollen, inklusive aller Informationen die eine Identifikation der PatientInnen erlauben. Durch die Entfernung von diesen Informationen soll die Identifikation der PatientInnen verunmöglicht werden.

Jedenfalls zu entfernen sind:

- Name (Vor- und Zuname inkl. allfällige Titel – betrifft auch Angehörige), keine Initialen (nur N.N. erlaubt)
- exaktes Geburtsdatum (Geburtsjahr oder eine Altersangabe kann angeführt werden)
- Sozialversicherungsnummer
- Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort)
- Kontaktdaten, wie Telefonnummer, E-Mail-Adressen etc. (betrifft auch Angehörige)
- Staatsbürgerschaft oder Angaben zur Nationalität (sofern wesentlich kann eine regionale Angabe erfolgen, zB „aus dem Mittelmeerraum“)
- Patienten-ID oder sonstige Codes und Kennungen, die dem/der PatientIn zugeordnet wurde (z.B. Fallnummer, Auftragsnummer, Strichcodes, Protokollnummer, Dokument-ID, QR-Codes)
- Nummern und Codes (inklusive Bar-Codes, QR-Codes), die sie nicht identifizieren können (diese könnten Patientencodes sein)

Folgende Angaben dürfen bleiben:

- Geschlecht
- Größe
- Gewicht
- BMI
- Geburtsjahr bzw. Altersangabe

Spezialfall Datum- und Uhrzeitangaben:

Da exakte Angaben in Verbindung mit anderen Angaben zum/zur PatientIn zur Identifizierung der Person beitragen können, ist hier eine restriktive Wiedergabe geboten. Die genaue Uhrzeit ist daher zu entfernen; zur

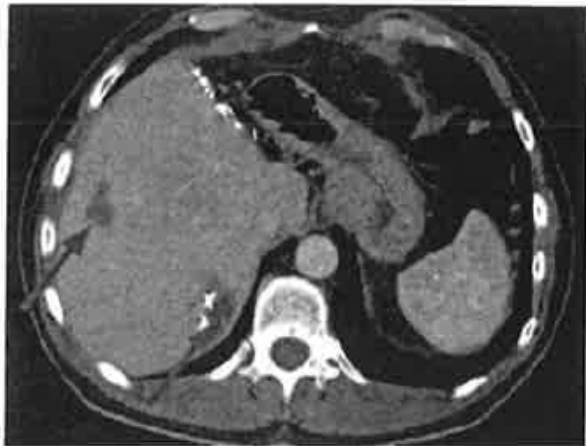
zeitlichen Einordnung bei der Fallbesprechung kann morgens/vormittags/mittags/ nachmittags/abends/nachts verwendet werden. So es für den Krankheitsverlauf wichtig ist den zeitlichen Ablauf festzuhalten, so sollte man die Uhrzeit ungefähr und gerundet angeben.

Statt 14:27:09 Uhr somit 14:30 Uhr

Bei Befunden findet sich oftmals das Abnahmedatum und Erfassungsdatum inklusive der Uhrzeit. Hier bitte ebenfalls die Uhrzeit schwärzen.

Bilder:

Röntgenaufnahmen, CT-Bilder, Scans etc. (kurz: Bilder) die bei der Fallvorstellung verwendet werden: achten Sie bitte genau darauf, dass nur das Bild verwendet wird und alle Angaben zum/zur PatientIn entfernt werden. Daher ist das vorhandene Bild bei der digitalen Bearbeitung zurechtzuschneiden, damit ausschließlich das Organ bzw. der Körperteil erkennbar ist. Siehe Abbildung:



Anamnese der PatientInnen (Beruf, Soziales, Familie):

Beschränkung auf das Wesentliche, soweit es für die Fallbesprechung unumgänglich ist. Bei den Angaben zum Beruf sind allgemeine Formulierungen zu wählen (KFZ-Lenker, Angestellte, Bürokraft etc.), der Arbeitgeber darf keinesfalls angeführt werden.

Bei der Familien- und Sozialanamnese keine Details nennen, welche für die Diagnose irrelevant sind. Daher bei der Unterkunft generelle Angaben machen („wohnt in Wien“ – nicht jedoch „wohnt in einem Reihenhaus in 1140 Wien“). Dasselbe gilt für etwaige Aufenthalte in anderen Krankenhäusern oder sozialen Einrichtungen.

Personenbezogene Angaben zu anderen Personen als den PatientInnen:

In der Regel finden sich in den Unterlagen von Krankenhäusern auch die Namen von leitenden Personen, wie Oberärzten, Klinikleitern etc. Diese Namen müssen nicht geschwärzt werden.

Ebenso können die Namen jener Personen, die Befunde udgl vidiert haben, bestehen bleiben.



Zu entfernen sind jedoch die Namen von Hausärzten, Schreibkräften, Labormitarbeitern usw. sowie die Namen des gesamten OP-Teams.

Angaben zu Angehörigen des/der PatientIn können dann erfolgen, wenn dies für die Fallbesprechung wesentlich ist (Familienanamnese). Diese müssen jedoch allgemein gehalten werden und dürfen nur das Verwandtschaftsverhältnis benennen (Vater, Tochter, Partner etc.). Namen und genaue Berufsbezeichnungen dürfen bei Angehörigen keinesfalls genannt werden. Das Geburtsjahr und Sterbedatum von Familienangehörigen ist ebenfalls zu entfernen.

Praktische Tipps zum Schwärzen

Die effektivste Variante ist das Herausschneiden der relevanten Textteile (Messer, Schere). Das Abkleben mit undurchsichtigem Tape (z.B. Hansaplast) und dann kopieren ist auch eine sehr sichere Variante. Schwarze Markerstifte funktionieren auch gut, hier muss man aber mehrmals drüber streichen, da bei nur einmaliger Verwendung Textteile durchscheinen. Oder man geht über den Markierstift nochmals mit Korrekturfluid (z.B. Tipp-Ex) drüber. Nicht sinnvoll wäre, wenn man zuerst Korrekturfluid verwendet und dann mit Markerstift drüber streicht oder nur das Korrekturfluid verwendet, da scheint der Text auf der Rückseite durch. Zur Kontrolle können Sie das Blatt gegen das Licht halten und von hinten im Licht betrachten.

Bitte beachten Sie diese Hinweise, wenn Sie Dokumente für das Portfolio erstellen. Die Schwärzung hat sofort bei Erstellung eines Dokuments für das Portfolio zu erfolgen, um sicherzustellen, dass keine unzureichend geschwärzten Dokumente die Krankenanstalt verlassen.

Das Logbuch ist sicher zu verwahren und darf nicht vervielfältigt (Ausnahme: eine Backup-Kopie zur Eigenverwahrung) sowie Dritten zur Verfügung gestellt werden.