

# Datenschutz in der Arztpraxis

## Inhalt

Datenschutz hat in der Praxis einen hohen Stellenwert. Aufgrund der persönlichen und zum Teil sehr sensiblen Informationen spielt der korrekte Umgang mit Patientenunterlagen eine wichtige Rolle. Der Patient muss darauf vertrauen können, dass alles geschützt bleibt, was dem Arzt oder Psychotherapeuten im Zuge seiner Behandlung bekannt wird. Auch das Qualitätsmanagement stellt Ansprüche an den Datenschutz.

Für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten gilt das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Dieses regelt die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung wie zum Beispiel das Speichern, Übermitteln oder Nutzen von Daten. Das BDSG stellt Anforderungen an die Datensicherheit und legt fest, ob und unter welchen Voraussetzungen niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtet sind, Datenschutzbeauftragte zu bestellen. In diesem Seminar zeigen wir, auf was Sie beim Datenschutz in der Praxis achten müssen, wann ein Datenschutzbeauftragter erforderlich ist und welche Aufgaben er übernimmt. Bei mehr als 10 Praxismitarbeitern ist ein Datenschutzbeauftragter gesetzlich gefordert. Dieser ist unabhängig vom Praxisinhaber zu bestellen.

## Schwerpunkte

- Wie erfolgt eine Datensicherung?
- Wie ist der Umgang mit Patientendaten geregelt?
- Welche Aufbewahrungsfristen werden eingehalten?
- EDV und Datenschutz: Was sollte beachtet werden?
- Ist ein Datenschutzbeauftragter erforderlich und welche Aufgaben hat er?
- Wie ist die Diskretion in den einzelnen Bereichen der Praxis umgesetzt?

Zielgruppe:	Praxisinhaber*innen und Praxismitarbeiter*innen
Teilnehmeranzahl:	20
Seminartermin:	Dienstag, 19. Februar 2019, 10 bis 16:30 Uhr
Seminarort:	Seminarzentrum der KVN im Gebäude Schiffgraben 22-28 (Erdgeschoss) 30175 Hannover
Fortbildungspunkte:	9
Teilnehmergebühr:	139 pro Person inklusive Verpflegung und Unterlagen
Anmeldung:	Heike Knief KV Niedersachsen
Straße Hausnr.	Berliner Allee 22
PLZ Ort	30175 Hannover
Telefon	0511 380-3379
Telefax	0511 380-4620
E-Mail	seminarangebote@kvn.de

**Verbindliche Anmeldung** (bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich nehme an dem Seminar mit \_\_\_\_\_ Person/en teil.

---

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

---

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

LANR

---

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

BSNR

---

Datum

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

E-Mail-Adresse

**Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.**