

# Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztammer Nordrhein

## Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Antrag auf Überprüfung einer ärztlichen Behandlung

### Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(ggf. Geburtsname, früherer Name)

geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Name des Arztes/des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Art der Behandlung: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Behandlung: \_\_\_\_\_

### 1. Einwilligung in die Verarbeitung von personenbezogenen Daten (hier: von Gesundheitsdaten) sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein (nachfolgend kurz: **Gutachterkommission**) verarbeitet im Rahmen der von mir/uns beantragten Begutachtung Gesundheits- und sonstige personenbezogene Daten des Patienten, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens notwendig ist. Die Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung der genannten Daten ergeben sich aus § 6 Abs. 1 Nr. 9 Heilberufsgesetz NRW (HeilberG) vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. 2000, S. 403) in der Fassung vom 14. Mai 2016 (GV. NRW 2016, S. 230) sowie aus § 3 Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen (DSG NRW). Maßgeblich sind ferner die Bestimmungen der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung – DSGVO).

Die Gutachterkommission kann die Gesundheitsdaten des Patienten nur verarbeiten, wenn ihr gegenüber die nachstehende Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung abgegeben wird.

Ich gebe freiwillig die nachstehend von mir angekreuzten Erklärungen ab. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, meine nachstehend abgegebenen Erklärungen gegenüber der Gutachterkommission jederzeit für die Zukunft zu widerrufen. Mir ist auch bekannt, dass die bis zu einem Widerruf aufgrund meiner Einwilligung erfolgte Verarbeitung rechtmäßig bleibt, wenn ich meine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung widerrufen sollte. Bei einem Widerruf kann das Verfahren nicht fortgesetzt werden.

(Zutreffendes bitte in dem Kästchen vor dem nachfolgenden Text ankreuzen; nicht angekreuzte Erklärungen gelten als nicht abgegeben)

<input type="checkbox"/> Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Gutachterkommission meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten verarbeitet, bei den in der beigefügten Anlage von mir aufgeführten Personen und Stellen (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Sozialversicherungsträger, Behörden, Gerichte) Unterlagen, die mit der beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen, anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die aufgeführten Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.
<input type="checkbox"/> Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass die Gutachterkommission zum Zwecke der Begutachtung meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten mit einem Gutachtauftrag an einen von ihr nach Anhörung der Beteiligten ausgewählten medizinischen Sachverständigen (Gutachter) und ggf. externe Schreibkräfte weiterleitet, die ihrerseits zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

<input type="checkbox"/> Sollte im Verlaufe des Verfahrens die Beziehung ergänzender Behandlungsunterlagen bei weiteren Personen oder Stellen notwendig werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Gutachterkommission/Schlichtungsstelle auch diese Unterlagen anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die entsprechenden Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.
---

**Hinweis:** Sollten Sie mit dem Inhalt der vorstehenden Erklärungen nicht einverstanden sein, besteht die Möglichkeit, dass die Gutachterkommission Ihnen die entsprechenden Personen oder Stellen mitteilt und Sie für den jeweiligen Einzelfall eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung erteilen. Dies wird zu einer Verzögerung des Verfahrens führen.

## 2. Weitergabe von Daten an die am Verfahren beteiligten Ärzte und Krankenhäuser

Wie auch Patienten können sich Ärzte und Krankenhäuser von Dritten vertreten lassen. **Der im konkreten Fall vertretungsberechtigte Dritte wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald er der Gutachterkommission bekannt gegeben wurde.**

(Zutreffendes bitte in dem Kästchen vor dem nachfolgenden Text ankreuzen; nicht angekreuzte Erklärungen gelten als nicht abgegeben)

<input type="checkbox"/> Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Gutachterkommission meine zum Zwecke des Verfahrens verarbeiteten Gesundheitsdaten direkt an den vertretungsberechtigten Dritten übermittelt und dass diese von dem vertretungsberechtigten Dritten verarbeitet werden, soweit dies für die Bearbeitung eines möglichen Schadenersatzanspruchs erforderlich ist. Insoweit entbinde ich die Gutachterkommission sowie die beteiligten Ärzte und Krankenhäuser von ihrer Schweigepflicht.
---

### 3. Einwilligung in die Weitergabe von Daten an den Haftpflichtversicherer

Ärzte sind gegen Schadensersatzansprüche, die sich aus ihrer Berufstätigkeit ergeben können, versichert (Berufshaftpflichtversicherung). Es obliegt dem Versicherungsnehmer (z. B. Arzt oder Krankenhausträger), dem zuständigen Haftpflichtversicherer jeden Versicherungsfall innerhalb einer Woche anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben worden sind (§ 104 VVG). Dies gilt auch bei Einleitung eines Verfahrens vor der Gutachterkommission.

Der Versicherungsschutz umfasst u. a. die Prüfung der Haftungsfrage durch den Haftpflichtversicherer, der bevollmächtigt ist, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben. Der Versicherungsnehmer ist seinerseits verpflichtet, dem Haftpflichtversicherer alle relevanten Unterlagen zugänglich zu machen. Dies umfasst auch die im Verfahren anfallenden Daten.

Für die Bearbeitung eines möglichen Schadensersatzanspruchs kann es weiterhin erforderlich sein, dass die Gutachterkommission die von ihr im Laufe des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an den Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigten Rechtsanwalt übermittelt. **Der im konkreten Fall zuständige Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigter Rechtsanwalt wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald er der Gutachterkommission bekannt gegeben wurde.**

(Zutreffendes bitte in dem Kästchen vor dem nachfolgenden Text ankreuzen; nicht angekreuzte Erklärungen gelten als nicht abgegeben)

Ich bin damit einverstanden, dass die Gutachterkommission die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten direkt an den zuständigen Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigten Rechtsanwalt übermittelt und diese vom Haftpflichtversicherer oder vertretungsberechtigten Dritten verarbeitet werden, soweit dies für die Bearbeitung eines möglichen Schadensersatzanspruchs erforderlich ist. Ich entbinde die Gutachterkommission auch insoweit von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

### 4. Einwilligung in die Übertragung von Aufgaben des Haftpflichtversicherers auf andere Stellen

Der Haftpflichtversicherer benötigt für bestimmte Aufgaben der Schadensbearbeitung den Sachverstand und die Kompetenz anderer Stellen. Er überträgt daher die Erledigung dieser Aufgaben z.B. einer anderen Gesellschaft, einem medizinischen Gutachter oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass die im Rahmen des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an diese Stellen weitergeleitet und dort verarbeitet werden.

Der Haftpflichtversicherer führt eine Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die Gesundheitsdaten für ihn verarbeiten. Die aktuell gültige Liste kann beim Haftpflichtversicherer angefordert oder auf dessen Internetseite eingesehen werden. Sobald der Haftpflichtversicherer der Gutachterkommission die aktuelle Internetadresse mitgeteilt hat, wird diese an Sie weitergeleitet.

Sollte für die Bearbeitung eines Schadensersatzanspruchs die Weitergabe der Daten an einen medizinischen Gutachter erforderlich sein, wird der Haftpflichtversicherer Sie über die jeweilige Datenweitergabe unterrichten.

(Zutreffendes bitte in dem Kästchen vor dem nachfolgenden Text ankreuzen; nicht angekreuzte Erklärungen gelten als nicht abgegeben)

Ich willige ein, dass der Haftpflichtversicherer die Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie der Haftpflichtversicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an den Haftpflichtversicherer zurück übermittelt und von diesem zweckentsprechend verwendet werden.

---

Datum, Ort

Unterschrift

als Patient/Patientin,

als gesetzl. Vertreter/Vertreterin,

als Bevollmächtigter/Bevollmächtigte

**Anlage** zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Antrag auf Überprüfung einer ärztlichen Behandlung bei der Gutachterkommission für Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

Die Behandlung hat bei den folgenden Ärzten stattgefunden (bitte **vor- und nachbehandelnde Ärzte** angeben):

Name und Anschrift des Arztes/ Krankenhauses	Fachrichtung bzw. Abteilung/ Chefarzt	Behandlungszeitraum von – bis (bitte möglichst <b>genaue Daten</b> )	stationär/ ambulant	Grund und Art der Behandlung (Stichworte)
---	--	---	------------------------	---

1.

--	--	--	--	--

2.

--	--	--	--	--

3.

--	--	--	--	--

4.

--	--	--	--	--

Name und Anschrift des Arztes/ Krankenhauses	Fachrichtung bzw. Abteilung/ Chefarzt	Behandlungszeitraum von – bis (bitte möglichst <b>genaue Daten</b> )	stationär/ ambulant	Grund und Art der Behandlung (Stichworte)
---	--	---	------------------------	---

5.

--	--	--	--	--

6.

--	--	--	--	--

7.

--	--	--	--	--

8.

--	--	--	--	--

# INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

## VERFAHREN DER GUTACHTERKOMMISSION

Gemäß der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25. Mai 2018 verpflichtet, Ihnen Informationen im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der Gutachterkommission für Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

### I. KONTAKTDATEN

#### VERANTWORTLICHER NACH DSGVO

Ärztekammer Nordrhein,  
Körperschaft des öffentlichen Rechts,  
vertreten durch den Präsidenten  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
[datenschutzverantwortlicher@aekno.de](mailto:datenschutzverantwortlicher@aekno.de)  
Tel.: 0211/4302-0

#### BEHÖRDLICHER DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER

Ärztekammer Nordrhein,  
Datenschutzbeauftragter  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
[datenschutzbeauftragter@aekno.de](mailto:datenschutzbeauftragter@aekno.de)  
Tel.: 0211/4302-0

### II. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihrem Anliegen/Antrag auf Begutachtung nachgehen zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, soweit sie uns hierzu Ihre Einwilligung geben. Werden die notwendigen Daten nicht bereitgestellt, kann jedoch unter Umständen eine umfassende Bearbeitung des Anliegens nicht erfolgen.

### III. RECHTSGRUNDLAGEN DER DATENVERARBEITUNG

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich insbesondere aus den Artikeln 6 Abs. 1 S. 1 e, 9 Abs. 2 Buchstabe a, Abs. 2 und 3 DSGVO sowie §§ 6 Abs. 1 Nr. 9, 8 Heilberufsgesetz NRW und dem Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Aufgabe der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler ist festzustellen, ob einer Ärztin oder einem Arzt, die der Ärztekammer Nordrhein als Mitglied angehören, ein Behandlungsfehler in Diagnostik oder Therapie vorzuwerfen ist, durch den die Patientin/der Patient einen Gesundheitsschaden erlitten hat oder voraussichtlich erleiden wird. Die Gutachterkommission wird auf schriftlichen Antrag eines Beteiligten (Patientin/Patient oder Ärztin/Arzt) tätig.

### IV. EMPFÄNGER DER PERSONENBEZOGENEN DATEN UND GESUNDHEITSDATEN

Personenbezogene Daten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Gesundheitsdaten übermitteln wir an Dritte nur, wenn Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten können vor allem Ärztinnen und Ärzte, medizinische Sachverständige sowie Haftpflichtversicherungen sein.

Sollte sich aus Ihrem Anliegen ein berufsaufsichtsrechtliches Verfahren gegen die Ärztin oder den Arzt entwickeln, können Ihre Daten z.B. auch an ein Berufsgesicht für Heilberufe oder eine Staatsanwaltschaft weitergegeben werden.

Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Einholung von fallrelevanten Informationen sowie zur Klärung von Sachverhalten und Umständen hinsichtlich Ihres Behandlungsverhältnisses/Anliegens.

### V. DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten längstens zehn Jahre nach Abschluss des Verfahrens auf.

### VI. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Diese ist: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de) Tel.: 0211 / 38424-0.