

An:
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit
und gesellschaftlichen Zusammenhalt
Henning-von-Tresckow-Straße 2-13
14467 Potsdam

E-Mail: poststelle@masgz.brandenburg.de

Absender /
Anzeigepflichtige Stelle

**Anzeige einer datengestützten Auswertung zur
Erkennung von individuellen Gesundheitsrisiken (§ 25b SGB V)**

1. Datum und Aktenzeichen der Anzeige

Datum der Anzeige:

Ihr Aktenzeichen:

2. Verantwortliche Stelle (gem. Art. 4 Nr. 7 DSGVO)

Name des Trägers:

Straße u. Hausnr.:

PLZ und Ort:

3. Behördlich beauftragte Person für den Datenschutz bei der verantwortlichen Stelle

Name:

Telefon:

E-Mail:

4. Ansprechperson für Rückfragen

Name:

Telefon:

E-Mail:

5. Zweck der Auswertung (gem. § 25b Abs. 1 SGB V)	
☐	§ 25b Nr. 1: Erkennung von seltenen Krankheiten
☐	§ 25b Nr. 2: Erkennung von Krebserkrankungen
☐	§ 25b Nr. 3: Erkennung von schwerwiegenden Gesundheitsgefährdungen, die durch die Arzneimitteltherapie entstehen können
☐	§ 25b Nr. 4: Erkennung einer noch nicht festgestellten Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI
☐	§ 25b Nr. 5: Erkennung ähnlich schwerwiegender Gesundheitsgefährdungen, soweit dies aus Sicht der Kranken- und Pflegekassen im überwiegenden Interesse der Versicherten ist
☐	§ 25b Nr. 6: Erkennung des Vorliegens von Impfindikationen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlen sind

6. Datengrundlage, auf der die Auswertung erfolgen soll (§ 25b Abs. 6 SGB V)	
Datenjahre	
Aufgaben zur Datensatzbeschreibung	
	Bitte legen Sie eine vollständige Datensatzbeschreibung bei (siehe Anlage 1).
Werden für die Auswertung bestimmte Versichertengruppen betrachtet?	
☐	nein
☐	ja
Falls „ja“ ausgewählt wurde, welche Versichertengruppen werden betrachtet?	

7. Beginn und Ende der Auswertung	
☐	unbefristete Auswertung oder
a) Auswertungsbeginn:	
b) Auswertungssende:	

8. Auftragsverarbeitung	
Die Auswertung erfolgt nicht durch den SVT, sondern durch einen Auftragsverarbeiter:	
☐	nein
☐	ja
Name und Kontaktdaten des Auftragsverarbeiters	
Name des Auftragsverarbeiters:	
Straße u. Hausnr.:	
PLZ und Ort:	
Land:	
☐	Eine entsprechende Anzeige gem. § 80 SGB X wurde bereits eingereicht
Aktenzeichen:	
☐	Eine entsprechende Anzeige gem. § 80 SGB X wird noch eingereicht.

9. Auswertung für ein konkretes Programm	
Erfolgt die Auswertung im Zusammenhang mit einem konkreten Programm?	
☐	nein
☐	ja
Falls „ja“ ausgewählt wurde, welches bestehende oder geplante Programm wird damit verfolgt?	
	Bitte legen Sie Unterlagen zum bestehenden/ geplanten Programm bei.
Wann wurde der Verwaltungsrat über das Programm unterrichtet?	

10. Information Versicherte (§ 25b Abs. 2 SGB V)

Wann werden/wurden die Versicherten über die Datenauswertung informiert und auf die Möglichkeit des Widerspruchs nach § 25b Abs. 2 und 3 in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form hingewiesen?

11. Widerspruch Versicherte

Wie wird sichergestellt, dass keine Daten von Versicherten, die der Auswertung widersprochen haben, in die Auswertung einbezogen werden?

12. Vollständigkeit

- ☐ Die vorliegende Anzeige ist vollständig und umfasst alle gemäß § 25b SGB V der Aufsichtsbehörde mitzuteilenden Informationen.
- ☐ Die vorliegende Anzeige ist unvollständig, da nicht alle Informationen umgehend bereitgestellt werden können. Fehlende Informationen werden mit einer Folgeanzeige schnellstmöglich nachgereicht.
- ☐ Diese Anzeige ergänzt oder korrigiert eine vorherige Anzeige.

Datum der vorherigen Anzeige

Aktenzeichen der vorherigen Anzeige

Weitere Erläuterungen:

Datum

Unterschrift

Name und Funktion