

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Erklärung

## zur Teilnahme an dem Projekt HandinHand

Praxis Stempel

Exemplar für die AOK

### 1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich mit der Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* einverstanden bin und die Leistungen meiner Hausärztin / meines Hausarztes, des Pflegeexperten-Centers sowie der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in Anspruch nehme. Die Inanspruchnahme in Notfällen bleibt unberührt.
- mich meine Hausärztin / mein Hausarzt ausführlich über die Inhalte, die Versorgungsziele des Projekts *HandinHand* sowie über die Aufgabenteilung zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und dem Pflegeexperten-Center sowie deren Pflegeexpertinnen und Pflege Experten informiert hat. Ich habe die Patienten-Information über das Projekt HandinHand erhalten und verstanden,
- ich über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten an dem Projekt teilnehme. Nach Ablauf von 6 Monaten kann meine Teilnahme bis zum Ende des Projekts fortgeführt werden, sofern ich das möchte, meine Hausärztin / mein Hausarzt einverstanden ist und im Pflegeexperten-Center die dazu erforderlichen organisatorischen Voraussetzungen vorliegen. Das Recht, die Projektteilnahme jederzeit, somit auch vor Ablauf von 6 Monaten aus abzubauen, bleibt unberührt.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* freiwillig ist und ich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, meine Teilnahme beenden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen,
- diese Beendigung der Teilnahme auch mündlich beim teilnehmenden Arzt oder schriftlich erfolgen kann,
- die Teilnahme mit dem Tag meiner Einwilligung beginnt,
- ich auch unabhängig von den Besuchen durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mich jederzeit unmittelbar an meine Hausärztin / meinen Hausarzt wenden kann,
- eine wissenschaftliche Begleitforschung durch die Marienhaus GmbH, das RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen, die Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, die Universität Köln, Pflegewissenschaftliche Abteilung, und die Philosophisch-Theologische Hochschule in Vallendar (PTHV) stattfindet,
- über dieses Projekt Publikationen erstellt werden und in der Presse und Öffentlichkeit darüber berichtet wird,
- nach Projektabschluss ein wissenschaftlicher Abschlussbericht vorgesehen ist, über den ich mich bei meiner Hausärztin/ meinem Hausarzt informieren kann,
- meine im Rahmen des Projekts *HandinHand* erhobenen und gespeicherten Daten der Patientin / des Patienten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Projekt *HandinHand* gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahme am Projekt *HandinHand*.
- dass die im Pflegeexperten-Center erhobenen personenbezogenen medizinischen Daten der Patientin / des Patienten vor ihrer Löschung vom Betreiber des Pflegeexperten-Centers, der Marienhaus GmbH, maximal 30 Jahre lang aufbewahrt werden.
- meine bereits erhobenen medizinisch-pflegerischen Daten nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist gelöscht und bis dahin für die Verarbeitung gesperrt werden, falls ich meine Einwilligung in die Teilnahme widerrufe und ich die Datenlöschung verlange. Zur Dokumentation dieses Widerrufs bleiben meine Patientenidentifikationsdaten beim Betreiber des Pflegeexperten-Centers, der Marienhaus GmbH, maximal 30 Jahre lang erhalten.

Ja, ich möchte an dem Projekt *HandinHand* teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

### 2. Widerrufsbelehrung

Sie können diese Teilnahmeerklärung jederzeit nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder mündlich bei Ihrem teilnehmenden Arzt widerrufen.

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

### 3. Einwilligung zur Datenverarbeitung im Projekt *HandinHand*

Ich willige in die in der „Ergänzenden Patienteninformation zum Datenschutz“ beschriebene Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung im Rahmen der Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* durch die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, durch das Pflegeexperten-Center, oder im Rahmen des Projekts *HandinHand* durch berechtigte Dritte ausdrücklich ein. Die Einwilligung erstreckt sich ebenfalls ausdrücklich auf den Befundaustausch mit anderen Behandlern durch das Pflegeexperten-Center im Rahmen des Projekts HandinHand.

Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten und diese zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich bin über meine Rechte belehrt worden und willige in die in der Information beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* ein.

### 4. Widerrufsbelehrung bzgl. Datenerhebung und Verarbeitung

Sie können dieses Einverständnis ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich gegenüber Ihrem teilnehmenden Arzt oder schriftlich widerrufen. Dieser Widerruf berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin auf der Grundlage ihrer Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung. Ihre Widerrufserklärung, die zum Ausscheiden aus dem Projekt HandinHand führt, richten Sie bitte mündlich an Ihren teilnehmenden Arzt oder per E-Mail, per Fax oder per Post an: **Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH, Sprengnetter-Campus 4 A, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler; Tel.: 02641-2077-955; Fax: 02641-2077-957; E-Mail: pflegeexperten-center@marienhaus.de**

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift Versicherte/r bzw. Betreuer

# Erklärung zur Teilnahme an dem Projekt HandinHand

Exemplar für Patient  
(In)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxis Stempel

## 1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich mit der Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* einverstanden bin und die Leistungen meiner Hausärztin / meines Hausarztes, des Pflegeexperten-Centers sowie der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in Anspruch nehme. Die Inanspruchnahme in Notfällen bleibt unberührt.
- mich meine Hausärztin / mein Hausarzt ausführlich über die Inhalte, die Versorgungsziele des Projekts *HandinHand* sowie über die Aufgabenteilung zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und dem Pflegeexperten-Center sowie deren Pflegeexpertinnen und Pflege Experten informiert hat. Ich habe die Patienten-Information über das Projekt HandinHand erhalten und verstanden,
- ich über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten an dem Projekt teilnehme. Nach Ablauf von 6 Monaten kann meine Teilnahme bis zum Ende des Projekts fortgeführt werden, sofern ich das möchte, meine Hausärztin / mein Hausarzt einverstanden ist und im Pflegeexperten-Center die dazu erforderlichen organisatorischen Voraussetzungen vorliegen. Das Recht, die Projektteilnahme jederzeit, somit auch vor Ablauf von 6 Monaten aus abubrechen, bleibt unberührt.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* freiwillig ist und ich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, meine Teilnahme beenden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen,
- diese Beendigung der Teilnahme auch mündlich beim teilnehmenden Arzt oder schriftlich erfolgen kann,
- die Teilnahme mit dem Tag meiner Einwilligung beginnt,
- ich auch unabhängig von den Besuchen durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mich jederzeit unmittelbar an meine Hausärztin / meinen Hausarzt wenden kann,
- eine wissenschaftliche Begleitforschung durch die Marienhaus GmbH, das RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen, die Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, die Universität Köln, Pflegewissenschaftliche Abteilung, und die Philosophisch-Theologische Hochschule in Vallendar (PTHV) stattfindet,
- über dieses Projekt Publikationen erstellt werden und in der Presse und Öffentlichkeit darüber berichtet wird,
- nach Projektabschluss ein wissenschaftlicher Abschlussbericht vorgesehen ist, über den ich mich bei meiner Hausärztin/ meinem Hausarzt informieren kann,
- meine im Rahmen des Projekts *HandinHand* erhobenen und gespeicherten Daten der Patientin / des Patienten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Projekt *HandinHand* gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahme am Projekt *HandinHand*.
- dass die im Pflegeexperten-Center erhobenen personenbezogenen medizinischen Daten der Patientin / des Patienten vor ihrer Löschung vom Betreiber des Pflegeexperten-Centers, der Marienhaus GmbH, maximal 30 Jahre lang aufbewahrt werden.
- meine bereits erhobenen medizinisch-pflegerischen Daten nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist gelöscht und bis dahin für die Verarbeitung gesperrt werden, falls ich meine Einwilligung in die Teilnahme widerrufe und ich die Datenlöschung verlange. Zur Dokumentation dieses Widerrufs bleiben meine Patientenidentifikationsdaten beim Betreiber des Pflegeexperten-Centers, der Marienhaus GmbH, maximal 30 Jahre lang erhalten.

Ja, ich möchte an dem Projekt *HandinHand* teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

## 2. Widerrufsbelehrung

Sie können diese Teilnahmeerklärung jederzeit nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder mündlich bei Ihrem teilnehmenden Arzt widerrufen.

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

## 3. Einwilligung zur Datenverarbeitung im Projekt *HandinHand*

Ich willige in die in der „Ergänzenden Patienteninformation zum Datenschutz“ beschriebene Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung im Rahmen der Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* durch die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, durch das Pflegeexperten-Center, oder im Rahmen des Projekts *HandinHand* durch berechnigte Dritte ausdrücklich ein. Die Einwilligung erstreckt sich ebenfalls ausdrücklich auf den Befundaustausch mit anderen Behandlern durch das Pflegeexperten-Center im Rahmen des Projekts HandinHand.

Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten und diese zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich bin über meine Rechte belehrt worden und willige in die in der Information beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* ein.

## 4. Widerrufsbelehrung bzgl. Datenerhebung und Verarbeitung

Sie können dieses Einverständnis ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich gegenüber Ihrem teilnehmenden Arzt oder schriftlich widerrufen. Dieser Widerruf berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin auf der Grundlage ihrer Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung. Ihre Widerrufserklärung, die zum Ausscheiden aus dem Projekt HandinHand führt, richten Sie bitte mündlich an Ihren teilnehmenden Arzt oder per E-Mail, per Fax oder per Post an: **Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH, Sprengnetter-Campus 4 A, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler; Tel.: 02641-2077-955; Fax: 02641-2077-957; E-Mail: pflegeexperten-center@marienhaus.de**

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift Versicherte/r bzw. Betreuer

# Erklärung zur Teilnahme an dem Projekt HandinHand

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxis Stempel
----------------

## 1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich mit der Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* einverstanden bin und die Leistungen meiner Hausärztin / meines Hausarztes, des Pflegeexperten-Centers sowie der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in Anspruch nehme. Die Inanspruchnahme in Notfällen bleibt unberührt.
- mich meine Hausärztin / mein Hausarzt ausführlich über die Inhalte, die Versorgungsziele des Projekts *HandinHand* sowie über die Aufgabenteilung zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und dem Pflegeexperten-Center sowie deren Pflegeexpertinnen und Pflege Experten informiert hat. Ich habe die Patienten-Information über das Projekt HandinHand erhalten und verstanden,
- ich über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten an dem Projekt teilnehme. Nach Ablauf von 6 Monaten kann meine Teilnahme bis zum Ende des Projekts fortgeführt werden, sofern ich das möchte, meine Hausärztin / mein Hausarzt einverstanden ist und im Pflegeexperten-Center die dazu erforderlichen organisatorischen Voraussetzungen vorliegen. Das Recht, die Projektteilnahme jederzeit, somit auch vor Ablauf von 6 Monaten aus abzubrechen, bleibt unberührt.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* freiwillig ist und ich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, meine Teilnahme beenden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen,
- diese Beendigung der Teilnahme auch mündlich beim teilnehmenden Arzt oder schriftlich erfolgen kann,
- die Teilnahme mit dem Tag meiner Einwilligung beginnt,
- ich auch unabhängig von den Besuchen durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mich jederzeit unmittelbar an meine Hausärztin / meinen Hausarzt wenden kann,
- eine wissenschaftliche Begleitforschung durch die Marienhaus GmbH, das RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen, die Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, die Universität Köln, Pflegewissenschaftliche Abteilung, und die Philosophisch-Theologische Hochschule in Vallendar (PTHV) stattfindet,
- über dieses Projekt Publikationen erstellt werden und in der Presse und Öffentlichkeit darüber berichtet wird,
- nach Projektabschluss ein wissenschaftlicher Abschlussbericht vorgesehen ist, über den ich mich bei meiner Hausärztin/ meinem Hausarzt informieren kann,
- meine im Rahmen des Projekts *HandinHand* erhobenen und gespeicherten Daten der Patientin / des Patienten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Projekt *HandinHand* gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahme am Projekt *HandinHand*.
- dass die im Pflegeexperten-Center erhobenen personenbezogenen medizinischen Daten der Patientin / des Patienten vor ihrer Löschung vom Betreiber des Pflegeexperten-Centers, der Marienhaus GmbH, maximal 30 Jahre lang aufbewahrt werden.
- meine bereits erhobenen medizinisch-pflegerischen Daten nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist gelöscht und bis dahin für die Verarbeitung gesperrt werden, falls ich meine Einwilligung in die Teilnahme widerrufe und ich die Datenlöschung verlange. Zur Dokumentation dieses Widerrufs bleiben meine Patientidentifikationsdaten beim Betreiber des Pflegeexperten-Centers, der Marienhaus GmbH, maximal 30 Jahre lang erhalten.

**Ja**, ich möchte an dem Projekt *HandinHand* teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

## 2. Widerrufsbelehrung

Sie können diese Teilnahmeerklärung jederzeit nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder mündlich bei Ihrem teilnehmenden Arzt widerrufen.

**Ja**, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

## 3. Einwilligung zur Datenverarbeitung im Projekt HandinHand

Ich willige in die in der „Ergänzenden Patienteninformation zum Datenschutz“ beschriebene Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung im Rahmen der Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* durch die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, durch das Pflegeexperten-Center, oder im Rahmen des Projekts *HandinHand* durch berechtigte Dritte ausdrücklich ein. Die Einwilligung erstreckt sich ebenfalls ausdrücklich auf den Befundaustausch mit anderen Behandlern durch das Pflegeexperten-Center im Rahmen des Projekts HandinHand.

**Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten und diese zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich bin über meine Rechte belehrt worden und willige in die in der Information beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an dem Projekt *HandinHand* ein.

## 4. Widerrufsbelehrung bzgl. Datenerhebung und Verarbeitung

Sie können dieses Einverständnis ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich gegenüber Ihrem teilnehmenden Arzt oder schriftlich widerrufen. Dieser Widerruf berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin auf der Grundlage ihrer Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung. Ihre Widerrufserklärung, die zum Ausscheiden aus dem Projekt HandinHand führt, richten Sie bitte mündlich an Ihren teilnehmenden Arzt oder per E-Mail, per Fax oder per Post an: **Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH, Sprengnetter-Campus 4 A, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler; Tel.: 02641-2077-955; Fax: 02641-2077-957; E-Mail: pflegeexperten-center@marienhaus.de**

**Ja**, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift Versicherte/r bzw. Betreuer

<b>Name des Arztes</b>	
<b>Postanschrift</b>	

## Ergänzende Patienteninformation zum Datenschutz zum Projekt *HandinHand*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

### I. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

#### 1. Was ist das Projekt *HandinHand*?

Das Projekt *HandinHand* hat das Ziel, die hausärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt überträgt einige seiner Tätigkeiten auf speziell ausgebildete Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten. Diese kommen zu Ihnen nach Hause.

Näheres zum Projekt *HandinHand* entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten“.

Ihre Teilnahme am Projekt *HandinHand* ist freiwillig und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

#### 2. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

Ihre unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung wird von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt über das Pflegeexperten-Center an Ihre Krankenkasse übermittelt.

#### 3. Wer ist Empfänger Ihrer Daten?

Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein. Im Rahmen des Projekts *HandinHand* werden folgende Institutionen Ihre Daten verarbeiten: Marienhaus GmbH als Betreiberin des Pflegeexperten-Centers, Marienhaus Dienstleistungen GmbH als IT-Betreiber von *HandinHand*, RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH als Entwickler und Betreiber der elektronischen Patientenakte „ePA für Pflege“. Die Auswertung geschieht nach Aufbereitung durch das RZV nur mit pseudonymisierten Daten (d.h. dass kein direkter Personenbezug vorhanden ist) am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, sowie der Universität zu Lübeck (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie) und der Universität zu Köln als Forschungsinstitute und an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV). Zudem werden neben den von Ihren behandelnden Ärzten erfassten Daten auch Daten die routinemäßig von Ihrer Krankenkasse erfasst werden, z.B. betreffend Vordiagnosen und Vorbehandlungen an das auswertende wissenschaftliche Institut weitergeleitet. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt dabei pseudonymisiert, d.h. ein direkter Rückschluss auf Ihre Person ist nicht möglich.

Ihre im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen (KDG, EU-DSGVO, BDSG, etc.) verarbeitet (das beinhaltet u.a. Erheben, Speichern, Auswerten). Die Erhebung, Verarbeitung und Auswertung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Wenn Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz benötigen, wenden Sie sich an den:

- Datenschutzbeauftragten der Marienhaus GmbH, Margaretha-Flesch-Straße 5, 56588 Waldbreitbach, E-Mail: [datenschutzbeauftragter.holding@marienhaus.de](mailto:datenschutzbeauftragter.holding@marienhaus.de)

oder

- Landesdatenschutzbeauftragten für Rheinland-Pfalz, Postfach 30 40, 55020 Mainz, Telefon: +49 (0) 6131 208-2449, [poststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de).

### II. Befundaustausch

Um für Sie eine gute Patientenversorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten und weiteren in den Behandlungsprozess einbezogenen Personen sinnvoll. Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Projekt *HandinHand* erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten und weiteren in den Behandlungsprozess einbezogenen Personen ausgetauscht werden. Ihre Daten werden in einer für das Projekt *HandinHand* entwickelten elektronischen Patientenakte (ePA für Pflege) gespeichert. Sie können der Datenübermittlung jederzeit widersprechen.

### III. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung und Ihre Rechte zum Schutz dieser Daten

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten nach I. und II. mit Ihrer schriftlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung am Projekt *HandinHand*.

#### 1. Zum Schutz Ihrer Daten stehen Ihnen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 17 KDG bzw. Art. 15 DS-GVO i.V.m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 18 KDG bzw. Art. 16 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 19 KDG bzw. Art. 17 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 20 KDG bzw. Art. 18 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 22 KDG bzw. Art. 20 DS-GVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 23 KDG bzw. Art. 21 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)

Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft **jederzeit** zu widerrufen.

Sie erhalten **jederzeit** auf Wunsch eine unentgeltliche Kopie der bei uns gespeicherten Daten.

Weitere Informationen zu allen hier aufgelisteten (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Verarbeitungseinschränkung, Datenübertragung und Widerspruch) und Ihnen aufgrund gesetzlicher Regelungen zustehenden Rechten erhalten Sie bei:

Pflegeexperten-Center der Marienhaus GmbH  
 Sprengnetter-Campus 4A  
 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler  
 Telefon: 02641-2077-955  
 Fax: 02641-83-897900  
 Email: [pflegeexperten-center@marienhaus.de](mailto:pflegeexperten-center@marienhaus.de)

#### 2. Beschwerderecht bei der Datenaufsicht

Nach Art. 48 KDG i.V.m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Datenschutzaufsicht zu beschweren, wenn dieser der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der zuständigen Datenaufsicht lautet:

- Kirchliche Datenschutzaufsicht, Katholisches Datenschutzzentrum Frankfurt/M., Domplatz 3, Haus am Dom, D-60311 Frankfurt/M., Tel: 069 – 800 8718 800, Fax: 069 – 800 8718 815, E-Mail: [info@kdsz-fm.de](mailto:info@kdsz-fm.de)

<b>Name des Arztes</b>	
<b>Postanschrift</b>	

## Projekt HandinHand

### Eine Information für Patientinnen und Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

#### Sicherstellung der Patientenversorgung

Den Hausärztinnen und Hausärzten liegt eine gute, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Menschen sehr am Herzen. Das Projekt HandinHand richtet sich an Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen, die aufgrund ihrer Erkrankung einen erhöhten medizinischen Betreuungsbedarf haben. Das Projekt HandinHand wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland.

#### Die Sicherstellung der Betreuung im Fokus

Die gesetzlichen Krankenkassen legen einen Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung der Patientenversorgung. Ein besonders wichtiger Schritt hierzu ist die Sicherstellung der Patientenversorgung im häuslichen Umfeld.

#### Was ist das Projekt HandinHand?

Ziel des Projekts HandinHand ist die Einführung einer neuen Versorgungsform mit dem Ziel der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt erhält durch das Projekt Unterstützung durch eine speziell geschulte Pflegefachkraft. Ihr Hausarzt überträgt einige seiner Tätigkeiten auf sogenannte Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mit entsprechender Qualifikation. Pflegefachkräfte eignen sich für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, da sie über eine medizinisch-pflegerische Grundausbildung verfügen. Die in dem Projekt HandinHand eingesetzten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten verfügen über mehrjährige Berufserfahrung im Krankenhaus. Sie absolvierten alle eine spezielle Fortbildung zur Begleitung von chronisch kranken Menschen im häuslichen Umfeld. Begleitend zu ihrer Arbeit absolvieren die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten ein Studium an der pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV) im Studiengang „Pflegeexpertise“.

Es handelt sich zunächst um ein zeitlich begrenztes Projekt mit wissenschaftlicher Begleitung. Durch die wissenschaftliche Begleitung wird festgestellt, inwieweit das Projekt HandinHand für Patienten vorteilhaft ist, somit zur Verbesserung der Versorgungslandschaft beiträgt und in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung überführt werden kann.

#### Welche Leistungen werden genau an die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten übertragen?

Die Aufgaben der Pflegeexperten im Projekt HandinHand umfassen folgende Punkte:

- Durchführung des Hausbesuchs im Auftrag der Hausärztin / des Hausarztes
- Überwachung und Dokumentation der krankheitsspezifischen Symptome, wie z. B. Kontrolle des Blutzuckers oder der Sauerstoffsättigung
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter z. B. Puls, Blutdruck, Atmung.
- Überwachung und Dokumentation der von der Ärztin / vom Arzt angeordneten medikamentösen Therapie, sowie deren Interaktionen, Nebenwirkungen und allgemeiner Verträglichkeit
- Überwachung und Anleitung der von der Ärztin / vom Arzt angeordneten physikalischen Therapie, wie z. B. regelmäßige Inhalationen
- Zusammenarbeit mit der Ärztin / dem Arzt bei der Wundpflege von Problemwunden und Druckgeschwüren, Beurteilung und Dokumentation des Zustands der Wunde
- Durchführung von diagnostischen Maßnahmen wie z.B. EKG, Lungenfunktionstest, Langzeitblutdruckmessungen, sowie deren Dokumentation
- Durchführung von Blutentnahmen
- Durchführungen von subkutanen und intramuskulären Injektionen
- Durchführung von Impfungen
- Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests
- Förderung der Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung durch persönliche Beratung
- Anleitung und Schulung zum Umgang mit der Erkrankung mit dem Ziel der Stabilisierung durch eigenständige Kontrolle der Patientinnen und Patienten, Training des Selbstmanagements
- Früherkennung von Gesundheitsstörungen und Gefahrenpotenzialen im häuslichen Umfeld, wie z.B. Sturzgefahr
- Schulung, Beratung und Anleitung zur Gesundheitsförderung und Eindämmung von Gefahrenpotenzialen
- Förderung der körperlichen Aktivität im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten
- Befragung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zu HandinHand.

#### Welchen Nutzen hat das Projekt HandinHand für mich als Versicherte / als Versicherten?

Bei Aufnahme in das Projekt werden Sie von einer Pflegeexpertin / einem Pflegeexperten zu Hause aufgesucht. Zunächst führt diese / dieser eine Erhebung über die Erkrankungen und damit verbundene Einschränkungen durch. Gemeinsam mit Ihnen wird ein Plan aufgestellt, welche Maßnahmen in der kommenden Zeit durchzuführen sind. Dieser Plan beinhaltet auch Angaben darüber, in welchen Zeitabständen Sie zukünftig besucht werden. Sie erhalten damit zusätzlich zu den Besuchen Ihres Arztes Hausbesuche durch die Pflegeexpertin / den Pflegeexperten. Ob sich die Anzahl der Hausbesuche Ihres Arztes durch den Einsatz der Pflegeexpertinnen / der Pflegeexperten verringern wird, wird in diesem Projekt erforscht. Die Pflegeexpertin / der Pflegeexperte nimmt bei jedem Hausbesuch und bei jeder geplanten Maßnahme Rücksprache mit Ihrer behandelnden Hausärztin / Ihrem behandelnden Hausarzt. Diese Kontaktaufnahme wird durch eine elektronische Patientenakte („ePA für Pflege“) unterstützt.

#### Welchen Nutzen hat das Projekt HandinHand für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte?

Mit Hilfe des Projekts HandinHand bekommen die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine erweiterte Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten durch die spezialisierten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten.

### **Wie kann ich an dem Projekt HandinHand teilnehmen?**

Das Projekt HandinHand richtet sich an alle gesetzlich Versicherte, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, die Praxis der Hausärztin / des Hausarztes aufzusuchen und einer medizinischen Betreuung im häuslichen Umfeld bedürfen. Die Teilnahme ist freiwillig.

In der Regel hat Sie Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt auf das Projekt aufmerksam gemacht. Sie erhalten eine Teilnahmeerklärung, welche sie unterzeichnet bei Ihrem Arzt abgeben, damit dieser die unterschriebene Teilnahmeerklärung über das Pflegeexperten-Center an Ihre Krankenkasse weiterleitet.

### **Kann ich meine Teilnahme am Projekt vorzeitig beenden?**

Sie sollten sich bereit erklären, möglichst über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten teilzunehmen. Nach Ablauf von 6 Monaten kann das Projekt fortgeführt werden, sofern Sie das möchten, Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt einverstanden ist und im Pflegeexperten-Center die dazu erforderlichen organisatorischen Voraussetzungen vorliegen. Das Recht, die Behandlung jederzeit, somit auch vor Ablauf von 6 Monaten, abbrechen, bleibt unberührt.

Ein Widerruf der Einwilligung zur Teilnahme ist jederzeit mündlich bei Ihrem teilnehmenden Arzt oder schriftlich ohne jegliche Nachteile möglich.

### **Teilnahmevoraussetzungen**

- Sie sind bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, am Projekt HandinHand mitzuwirken,
- Sie haben eine Hausärztin / einen Hausarzt gewählt, der an dem Projekt HandinHand teilnimmt und erklären, diesen vorrangig für Ihre Behandlung im Rahmen des Projekts HandinHand in Anspruch zu nehmen,
- Sie wechseln während Ihrer Projektteilnahme nicht den Arzt,
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung und
- aufgrund Ihrer Erkrankungen ist es Ihnen in der Regel nicht möglich oder zumutbar, Ihre Hausärztin / Ihren Hausarzt an ihrem / seinem Praxis-Standort aufzusuchen.

**Ihre Teilnahme an dem Projekt HandinHand ist freiwillig und für Sie kostenfrei. Selbstverständlich entstehen Ihnen keine persönlichen Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen oder die Teilnahme beenden.**

Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre AOK – Die Gesundheitskasse.

***Ihre AOK – Die Gesundheitskasse und Ihr Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.***