

## Datenschutzkonzept im Vorhaben ProDigA

Das Ziel des Projekts ProDigA besteht darin, die Qualität der häuslichen Versorgung von Patienten mit komplexem Unterstützungsbedarf nachhaltig zu verbessern. Dazu sollen digitale Technologien genutzt werden, um die Abstimmungsprozesse zwischen allen an der Versorgung beteiligten Akteuren, d.h. Patienten, An- und Zugehörigen sowie (Spezial-)Dienstleistern zu vereinfachen und Bedarfe zielgenauer zu adressieren. Einerseits sollen Patienten in die Lage versetzt werden, dienstleistungsrelevante Informationen selbst zu erfassen und zu definieren. Andererseits sollen die an der Versorgung beteiligten Dienstleister sich intensiver und besser auf den jeweiligen Kunden vorbereiten können, um so die Interaktion zwischen Patienten und Dienstleistern und das Case-Management jedes einzelnen Patienten zu optimieren. Die verstärkte Einbindung der Patienten in den Versorgungsprozess soll es ihnen ermöglichen, eigene Bedürfnisse besser zu artikulieren und damit schnellere und passgenauere Lösungen zu erhalten. Die Patientenautonomie und die Kooperationsbereitschaft im Interaktionsprozess sollen über diesen Ansatz gestärkt werden.

Im Zuge der Projektumsetzung werden Daten von Patienten und von Dienstleistern gesammelt und verarbeitet. Alle personenbezogenen Daten werden auf der Plattform des Ambulanzpartner-Portals gesichert gespeichert. Grundlage für die Erhebung und Verarbeitung der Daten sind Einwilligungserklärungen der Patienten und der Dienstleister, die sich auf der Versorgungsplattform registriert haben bzw. als Projektpatienten am Vorhaben ProDigA teilnehmen. Nicht personalisierte Dokumente und Daten zur Projektdurchführung werden in einer gesicherten Daten-Cloud des Partners Fraunhofer IAO gespeichert.

Die folgenden Abbildungen und Dokumente veranschaulichen das Datenspeicherungskonzept, die vertraglichen Grundlagen sowie die Einwilligungserklärungen für die projektbeteiligten Personen und Dienstleister.

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

Dieses Vorhaben wird im Rahmen des Programms „Zukunft der Arbeit“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und dem Europäischen Sozialfonds gefördert.

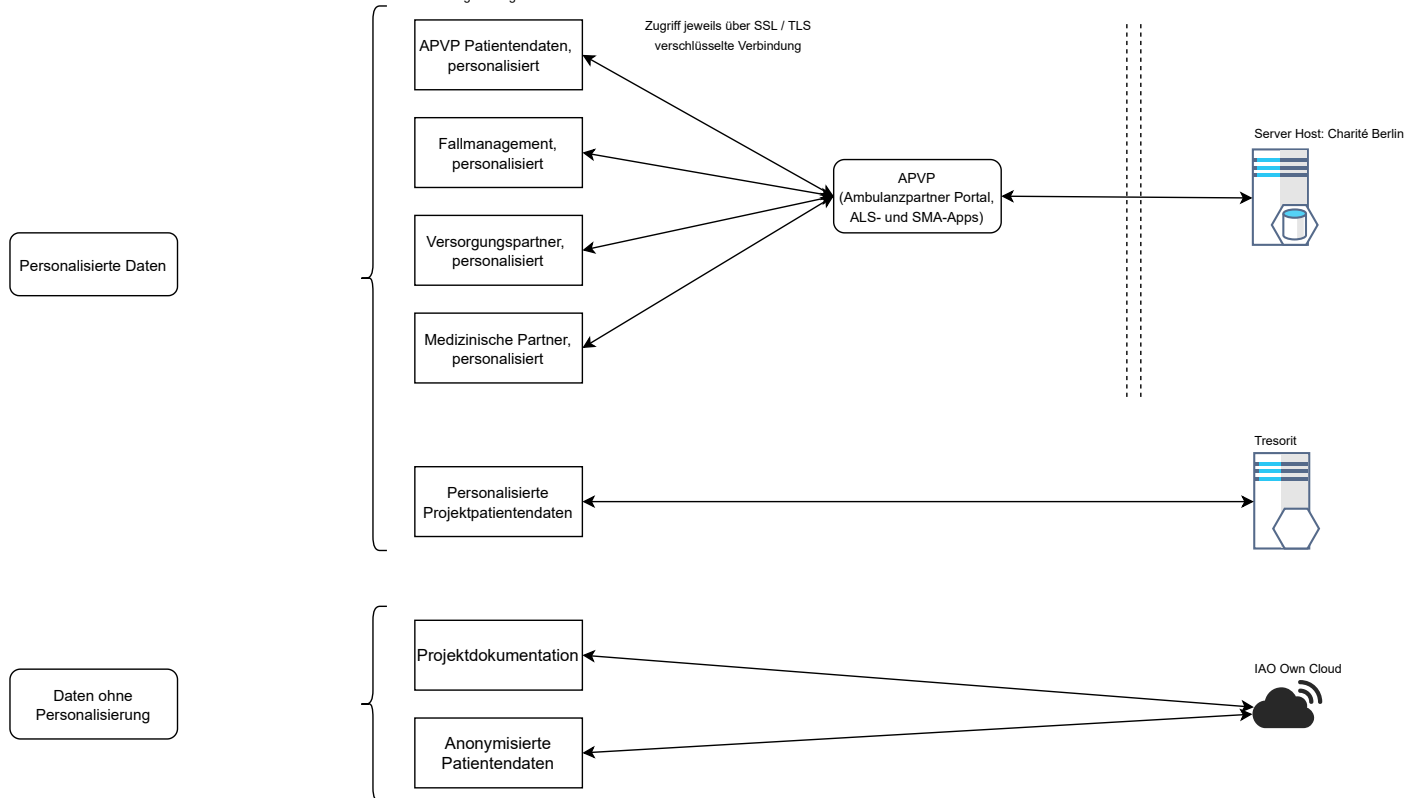


Zusammen.  
Zukunft.  
Gestalten.

## Datenspeicherungskonzept ProDigA

### Versorgung und Forschung

**Grundsatz der Zweckgebundenheit**, d. h. die jeweiligen Medizinischen- und Versorgungspartner haben nur Zugriff auf Daten von Patienten für die Handlungsauftrag besteht.



GEFÖRDERT VOM

**Konzept für Verträge zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Forschung in ProDigA**

V1.2

Interviewpartner	Verträge für die Datenverarbeitung	Gegenstand der Verträge
Patient	- Einwilligungserklärung zur Teilnahme an AP - Teilnahmeerklärung an Registerstudie	- Datenverarbeitung für Forschung in ProDigA - Ethikvotum für Forschung in ProDigA
Versorger Therapeuten Apotheker	- Einwilligungserklärung zur Nutzung der Daten in ProDigA	- Datenverarbeitung für Forschung in ProDigA

**Datenanalyse**

- personalisierte, pseudonymisierte oder anonymisierte Datenverarbeitung (s. Datenspeicherungskonzept ProDigA)

GEFÖRDERT VOM

Dieses Vorhaben wird im Rahmen des Programms „Zukunft der Arbeit“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und dem Europäischen Sozialfonds gefördert.

## **Einwilligungserklärung für Versorger, Therapeuten und Apotheker (m,w,d) zur Teilnahme am Forschungsprojekt ProDigA**

Ich bin damit einverstanden, dass

Vorname, Name:

Institution, Unternehmen:

Anschrift:

innerhalb des Forschungsprojekts ProDigA ([www.prodiga-interaktionsarbeit.de](http://www.prodiga-interaktionsarbeit.de)) meine personalisierten Daten über meine Versorgungs- und Behandlungsprozesse erhebt und speichert.

Die erhobenen Daten werden in pseudonymisierter Form für folgenden Zweck genutzt:

- Auswertung der Daten um im Rahmen des Forschungsprojekts ProDigA die Interaktion von Versorgern, Therapeuten, Apothekern, Patienten und Koordinatoren (m,w,d) im Versorgungsprozess zu analysieren.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, so z.B. per E-Mail an [prodiga@iso-institut.de](mailto:prodiga@iso-institut.de).

---

Ort, Datum

Vorname, Name

Firma

**Ansprechpartner**

Für Fragen zum Forschungsvorhaben ProDigA:

Dr. Volker Hielscher, E-Mail an [hielscher@iso-institut.de](mailto:hielscher@iso-institut.de), Tel. 0681-95424-0

Für technische Fragen zur Datenverarbeitung:

Friedrich Schaudinn, E-Mail an [f.schaudinn@ambulanzpartner.de](mailto:f.schaudinn@ambulanzpartner.de), Tel. 030-81031410

Für Fragen zum Datenschutz:

Hans-Christian Widegreen, E-Mail an [info@anddata.de](mailto:info@anddata.de), Tel. 030-809502810



- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die medizinischen Partner, Versorgungspartner und Koordinatoren von Ambulanzpartner, die mit meiner Versorgung beauftragt sind, personenbezogene Daten und Gesundheits-, Behandlungs- und Versorgungsdaten über meine Versorgung und Behandlung erheben und speichern, um meine medizinische Versorgung zu verbessern.

### Erklärung zur Nutzung meiner Daten für medizinische Forschung

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im APVP erhobenen und gespeicherten Daten in **pseudonymisierter Form** für wissenschaftliche oder gesundheitswirtschaftliche Zwecke (medizinische Forschung) verarbeitet werden, so z.B. für Analysen, Publikationen oder die medizinische Ausbildung. Dabei bin ich mit der Nutzung meiner Daten für die folgenden Zwecke einverstanden (Zutreffendes ankreuzen; bei keinem Kreuz erfolgt keine Nutzung der Daten für medizinische Forschung)

- Auswertung meiner pseudonymisierten Daten für die medizinische Forschung in Kooperation mit Universitätskliniken und anderen akademischen Einrichtungen, um eine Weiterentwicklung von medizinischer Behandlung zu fördern.
- Auswertung meiner pseudonymisierten Daten für die medizinische Forschung in Kooperation mit Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, um Entwicklungen oder Weiterentwicklungen von Medizintechnik, Medikamenten, anderen Medizinprodukten oder Behandlungsverfahren zu fördern.
- Einladungen zu Umfragen und Erhebungen zur medizinischen Forschung (telefonisch, per Post, per E-Mail oder das APVP).
- Auswertung meiner Daten aus Umfragen und Erhebungen über Behandlungen, Versorger, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die **anonymisiert**, ohne Rückschlüsse auf meine Person, auf dem APVP dargestellt werden.

### Erklärung zum Newsletter

- Ich möchte den Newsletter (Informationsbrief) für Patienten und Angehörige erhalten, der Nachrichten aus medizinischer Forschung sowie Hinweise zur Versorgungskoordination beinhaltet. Ich bin damit einverstanden, dass der Newsletter an die unten eingetragene E-Mail-Adresse versendet wird. Der Newsletter ist kostenlos und kann von mir jederzeit mit einer E-Mail an [registrieren@ambulanzpartner.de](mailto:registrieren@ambulanzpartner.de) abbestellt werden (Zutreffendes ankreuzen):

- Zusendung des Newsletters       keine Zusendung des Newsletters

### Erklärung zur Freiwilligkeit und zum Widerruf

- Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme an der Versorgungskoordination und die Nutzung meiner Daten für medizinische Forschung durch die APST freiwillig ist und dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- Im Fall des Widerrufs meiner Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.
- Meine Daten werden bei Widerruf meiner Einwilligung unverzüglich gelöscht.
- Diese Einwilligung gilt auch postmortal, sofern sie nicht zu Lebzeiten oder von einem Rechtsnachfolger widerrufen wird.

### Kontaktdaten

<input type="checkbox"/>	Mobiltelefon-Nummer	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	<b>E-Mail-Adresse</b>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Alternative E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Ort, Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>

## Einwilligungserklärung

**Studientitel:** Registerstudie zur Erfassung von Hilfsmittel-, Heilmittel-, Medikamenten- und Pflegeversorgung im Inter-Kohortenvergleich von Patient(inn)en mit chronischen neurologischen Erkrankungen

Hiermit erkläre ich (Name des Patienten/der Patientin)

.....  
Vorname                      Name                      Geburtsdatum

dass ich durch den Studienarzt/die Studienärztin

.....  
Titel                      Vorname                      Name

mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung und die Risiken der wissenschaftlichen Untersuchungen im Rahmen der o.g. Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen mit dem Studienarzt/der Studienärztin zu klären.

Ich hatte zusätzliche Fragen:

.....  
.....  
.....

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückzuziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Proben widersprechen und ihre Vernichtung verlangen kann.

Ich habe eine Kopie der schriftlichen Studieninformation und der Einwilligungserklärung mit Versions-Nr. 2.1 erhalten.

