

## **Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,**

auf den nachfolgenden Seiten haben wir eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Informationen zur Teilnahme in unserem Projekt Stay@Home – Treat@Home für Sie zusammengestellt. Diese sind:

- Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 2a)
- Patienteninformation (Anlage 2b)
- Erläuterung zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz (Anlage 4)

In dieser Zusammenfassung wird jeweils auf die Seiten der ungekürzten Version verwiesen, in der Sie sich bei Bedarf ausführlicher informieren können. Das Dokument finden Sie digital auf unserer STH-Homepage unter den beiden folgenden Links:

<https://www.sth-berlin.org/anlage2-teilnahmeerklaerung-pflegebeduerftige-pdf>

<https://www.sth-berlin.org/anlage3-teilnahmeerklaerung-begleitperson-pdf>

Sollten Sie eine Druckversion der ausführlichen Dokumente auf der Website wünschen, teilen Sie uns dies bitte an folgenden Kontakt mit. Wir senden Ihnen die Ausdrücke dann gerne postalisch zu:

### **Kontakt:**

**STH-Studienzentrale**

**info@sth-berlin.org**

**+49 30 450 552 787**

**Auch bei weiteren Fragen zum Projekt stehen wir Ihnen gern unter den o.g. Kontaktangaben zur Verfügung.**

## **Zusammenfassende Erläuterung Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 2a)**

### **Wichtige Punkte zur Teilnahme (Seite 1-2):**

Sie nehmen freiwillig teil und können Ihre Entscheidung innerhalb von 14 Tagen entweder beim STH-Studienbüro, Ihrer Krankenkasse, oder bei Ihrem teilnehmenden Hausarzt oder Ihrer teilnehmenden Hausärztin widerrufen, ohne Gründe anzugeben.

Es entstehen keine Kosten für Sie, und bei Nichtteilnahme gibt es keine Nachteile.

Voraussetzung ist, dass Sie bei einer der aufgelisteten Krankenkassen versichert sind und nicht in einem Pflegeheim wohnen.

### **Vertragliche Bedingung (Seite 2):**

Die Teilnahme beginnt, nachdem Sie und Ihre Begleitperson eingeschrieben und geschult wurden.

Der Vertrag läuft bis spätestens zum 31. Dezember 2025, endet aber automatisch, wenn Sie z. B. die Krankenkasse wechseln oder keine Begleitperson mehr verfügbar ist.

Eine Kündigung aus wichtigem Grund, wie z. B. ein Wohnortwechsel, ist ebenfalls möglich.

### **Information und Folgen bei Pflichtverstößen (Seite 2–3):**

Ohne Ihre aktive Mitarbeit können wir diese besondere Form der Versorgung und Studie nicht beurteilen. Daher ist diese Mitarbeit, die z.B. regelmäßige Angaben zu Ihrem aktuellen Befinden beinhaltet, verpflichtend. Ansonsten können Sie auch nicht mehr an dieser Versorgungsform teilnehmen.

### **Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten (Seite 4):**

Ihre Daten werden für die Versorgung und für die Auswertung der begleitenden Studie durch Ärzte, Pflegekräfte, die teilnehmenden Krankenkassen, den Software-Bereitsteller und die Studienauswerter (Charité, HCMB und Zi) bereitgestellt und genutzt. Ihre Daten werden durch den Deutschen Datenschutz streng geschützt.

Sie können die Einwilligung zur Datennutzung jederzeit widerrufen, was jedoch das Ende Ihrer Teilnahme bedeutet.

### **Unterschriften (Seite 6-7)**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Teilnahmebedingungen verstanden haben und einverstanden sind.

### **Sonstige Angaben (Seite 7)**

Die Angaben zu einem eventuell vorhandenen Pflegedienst, dem Hausarzt oder der Hausärztin und der Begleitperson werden für den Beginn der Versorgung benötigt und sind auszufüllen.

## **Zusammenfassende Erläuterung Patienteninformation (Anlage 2b)**

### **Was ist Stay@Home – Treat@Home (STH)? (Seite 1):**

STH ist ein neues Versorgungsangebot für ältere Menschen in der ambulanten Versorgung.

Bei medizinischen Problemen ist – ergänzend zu Ihrem/r Hausarzt/Hausärztin – rund um die Uhr und an allen Tagen des Jahres Hilfe durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte des STH-Netzwerks verfügbar. Ziel ist es, gesundheitliche Verschlechterungen so frühzeitig zu erkennen, dass Patientinnen und Patienten noch zu Hause behandelt und Krankenhausaufenthalte vermieden werden können, und sich dadurch die Lebensqualität verbessert.

### **Was passiert in Stay@Home – Treat@Home (STH)? (Seiten 1–2):**

Das Projekt umfasst ein Netzwerk aus Patientinnen und Patienten, Begleitpersonen, Hausärztinnen und Hausärzten, Ärztinnen und Ärzten der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KVB) sowie der Charité im Beratungs- und Notdienst und Pflegeorganisationen.

Informationen zu Ihrer Gesundheit werden in einem sog. Digitalen interaktiven Gesundheitstagebuch (DiG) gespeichert und für Ihre Versorgung genutzt.

Sollte Ihr Hausarzt bzw. Ihre Hausärztin nicht aktiv am STH-Projekt teilnehmen, dient ein sog. „STH-Arzt“ der Charité als Informationsvermittler zwischen STH-Projekt und Hausarzt/Hausärztin und ermöglicht so, dass Sie diese Versorgungsform ebenfalls nutzen können.

Sie und Ihre Begleitperson tragen regelmäßig Gesundheitsdaten in das DiG ein.

Im Falle eines gesundheitlichen Problems, bei dem der Hausarzt/die Hausärztin nicht erreichbar ist, rufen Sie oder Ihre Angehörigen eine STH-Sondernummer der KVB an. Das STH-Netzwerk stellt dann die notwendige medizinische Unterstützung bereit, bis der Hausarzt/die Hausärztin die Versorgung wieder übernehmen kann, und dokumentiert dies im DiG.

### **Evaluationsstudie (Seite 3):**

Ziel ist es, Ihre Versorgung zu verbessern und die Ergebnisse wissenschaftlich zu prüfen. Hierfür erfolgen in regelmäßigen Abständen (3 bis 6 Monate) Befragungen.

Die Auswertung der Gesundheitsdaten und Fragebögen erfolgt anonymisiert.

### **So können Sie teilnehmen (Seite 4):**

- Alter: mind. 60 Jahre
- Wohnort: Berlin
- Pflegebedürftigkeit
- Begleitperson, z.B. ein Angehöriger, der unterstützt
- Teilnahme der Krankenkasse

### **Ende der Teilnahme (Seite 4)**

Die Teilnahme endet automatisch am 31.12.2025 oder wenn die Evaluations-Zustimmung widerrufen wird oder Teilnahmevoraussetzungen entfallen.

### **Widerruf Ihrer Teilnahme (Seite 4-5)**

Sie können Ihre Teilnahme zwei Wochen nach Unterschrift der Teilnahmeerklärung widerrufen und anschließend aus wichtigen Gründen kündigen. Ihre Regelversorgung bleibt davon unberührt.

## Zusammenfassende Erläuterung Datenverarbeitung und Datenschutz (Anlage 4)

### Zweck der Datenverarbeitung:

Durchführung der medizinischen Versorgung, Qualitätssicherung und Abrechnung sowie wissenschaftliche Begleitung (Evaluation) zur Bewertung der Wirksamkeit und Kosten dieser neuen Versorgungsform.

### Welche Daten werden verarbeitet?

#### 1. **Teilnahmedaten:**

Name, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer, Krankenkasse.

#### 2. **Gesundheitsdaten:**

Diagnosen, Medikationspläne, Pflegegrad, Behandlungswünsche, Vollmachten und Angaben im Digitalen interaktiven Gesundheitstagebuch (DiG).

#### 3. **Pseudonymisierte Evaluationsdaten:**

Erhobenen Daten werden für die Evaluation anonymisiert oder pseudonymisiert (Erklärung siehe unten), um die Identität der Teilnehmer zu schützen.

### Beteiligte Akteure:

- **Charité:** Medizinische Versorgung und Verwaltung/Administration des Projektes.
- **Haus- oder STH-Arzt:** Dokumentiert Gesundheits- und Teilnahmedaten.
- **Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KVB):** Medizinische Versorgung.
- **Malteser und Johanniter:** Medizinische Versorgung.
- **Evaluationspartner (Zi, HCMB, AG Pflegeforschung der Charité):** Werten Daten aus, um die Versorgungsform zu bewerten.
- **MACH Pro-Forms GmbH:** Stellt das Digitale interaktive Gesundheitstagebuch (DiG) bereit.

### Datenschutzmaßnahmen:

- **Pseudonymisierung:** Persönliche Daten werden durch Codes ersetzt, um Rückschlüsse auf die Person zu verhindern.
- **Speicherung und Löschung:** Alle Daten werden nach gesetzlichen Vorgaben gespeichert und spätestens 10 Jahre nach Projektende gelöscht (Seiten 5–6).
- **Rechte der Teilnehmenden:** Teilnehmende können jederzeit Auskunft über ihre Daten verlangen, deren Berichtigung oder Löschung beantragen und ihre Einwilligung widerrufen.

**Widerruf:** Der Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung oder Teilnahme ist jederzeit möglich, führt jedoch zum Ausschluss von der besonderen Versorgung. Bereits anonymisierte Daten bleiben für die Evaluation erhalten.

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme am Vertrag der Besonderen Versorgung in STH und willige gleichzeitig in die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten im Zuge dieser Versorgung ein.**

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Datum und Unterschrift des Versicherten/ Gesetzlichen Vertretern

**Ferner drücke ich mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Teilnahme an der begleitenden Evaluationsstudie im STH-Projekt aus und willige gleichzeitig in die damit einhergehende Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten ein. Zudem bin ich damit einverstanden, dass die Forschungsergebnisse in einer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulassen, im Rahmen des STH-Projekts veröffentlicht werden.**

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Datum und Unterschrift des Versicherten/ Gesetzlichen Vertretern

**Ebenso bestätige ich mit der Unterschrift den Erhalt einer Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie der „Patienteninformation zur Teilnahme am Versorgungsangebot Stay@Home – Treat@Home (STH) und der begleitenden Evaluationsstudie zur Teilnahme an STH“ und dem „Merkblatt zur Datenverarbeitung“.**

**Bitte kreuzen Sie an:**

Wie in der „Patienteninformation zur Teilnahme am Versorgungsangebot Stay@Home – Treat@Home (STH) und der begleitenden Evaluationsstudie“ und dem „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ dargelegt, bin ich damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Ergebnismessung und Qualitätssicherung der Versorgung durch die Projektpartner in STH verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die Einwilligung freiwillig ist.

JA, ich stimme zu  NEIN, ich stimme nicht zu

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Datum und Unterschrift des Versicherten/ Gesetzlichen Vertretern

### 1. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse, der Charité oder bei meinem/r teilnehmenden Hausarzt/Hausärztin ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen des Vertrages vergütet werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Datum und Unterschrift des Versicherten/ Gesetzlichen Vertreters

**Hiermit erkläre ich**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der/des Versicherten

geboren am: \_\_\_\_\_

**die Teilnahme an dem Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V sowie der begleitenden Evaluationsstudie.**

**Sollten nicht Sie, sondern Ihr gesetzlicher Vertreter das Teilnahmedokument unterschreiben, tragen Sie hier bitten den Namen der gesetzlichen Vertretung ein:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Für die Umsetzung der besonderen Versorgung werden noch folgende Angaben von Ihnen benötigt:**

Ich werde regulär von einem ambulanten Pflegedienst versorgt:

NEIN

JA, bitte **Name des Pflegedienstes** angeben: \_\_\_\_\_

Ich werde regulär von folgendem **Hausarzt** betreut:

Name :

Adresse:

Mein **Geschlecht** ist:  weiblich  männlich  divers

Meine **Anschrift** lautet (ggf. Name der Einrichtung; Straße, Nr.; Postleitzahl, Ort):

Telefonnr. \_\_\_\_\_

Für die Einschreibung wird mindestens eine **E-Mail-Adresse** benötigt.

Meine E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**oder**

die E-Mail-Adresse meiner **Begleitperson** : \_\_\_\_\_

Ich möchte folgende nahestehende **Begleitperson** ernennen, die sich an der Umsetzung dieser Versorgung beteiligen soll:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Ich bin bei einer der folgenden teilnehmenden Krankenkassen versichert:

BARMER

IKK Brandenburg Berlin

Bahn-BKK

Salus BKK

BKK B. Braun Aesculap

SBK Siemens-Betriebskrankenkasse

BKK Deutsche Bank AG

Techniker Krankenkasse

energie BKK

Meine Krankversichertennummer lautet: \_\_\_\_\_