

Empfehlung

des Bayerischen Bezirktags und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e. V.

**Einverständniserklärung zur Datenübermittlung
zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger**

nach § 6 Ziffer 3 der Anlage 4 der „Vereinbarung gemäß §§ 113, 118 und 120 SGB V
über die Erbringung, Vergütung und Abrechnung
von Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)“

Behandelnde/r Arzt/Ärztin:

in der PIA:

Angaben zum/r Patienten/in:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

**Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an die Prüfungsstelle zur Erstellung einer
Patientenliste gem. § 6 Ziffer 3 der Anlage 4 der „Vereinbarung gemäß §§ 113, 118 und 120 SGB V
über die Erbringung, Vergütung und Abrechnung von Leistungen der
Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)“ (nachfolgend PIA-Vereinbarung genannt):**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein/e Arzt/Ärztin der PIA

- zum Zwecke der Erstellung einer Patientenliste gem. § 6 Ziffer 3 der Anlage 4 der PIA-Vereinbarung Namen, Vornamen, Versichertennummer und Name der Gesetzlichen Krankenversicherung der Prüfungsstelle für die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (nachfolgend Prüfungsstelle genannt) übermittelt und
- dass die Prüfungsstelle diese Daten für die Prüfung der Voraussetzungen und die Durchführung und Abrechnung der Substitutionsbehandlung verarbeitet, speichert, nutzt und übermittelt.

In der Patientenliste gem. § 6 Ziffer 3 der Anlage 4 der PIA-Vereinbarung sind durch die PIA folgende Patienten gesondert aufzuführen:

- Patienten, mit einer erst kürzer als zwei Jahre bestehenden Opiatabhängigkeit
- Patienten, die länger als fünf Jahre in der Substitution sind und
- Opiatabhängige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Dies hat zur Folge, dass sämtliche übermittelte Daten bei der oben genannte Stellen zu löschen sind und die Substitutionsbehandlung unverzüglich zu beenden ist.

Die Daten werden nach Abschluss der Behandlung 5 Jahre gespeichert und anschließend bei der oben genannten Stelle gelöscht.

- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung im oben genannten Umfang.
- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und verweigere hiermit in Kenntnis, dass eine Substitutionsbehandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung dann nicht erfolgen darf, mein Einverständnis zur Datenübermittlung.

Ort / Datum

Unterschrift des/r Patienten/in

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer:

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an die Prüfungsstelle zur Weitergabe an die Mitglieder der Qualitätssicherungskommission im Rahmen der Stichprobenprüfung gemäß § 6 Ziffer 3 der Anlage 4 der PIA-Vereinbarung:

Ich bin darüber informiert worden, dass nach § 6 Ziffer 3 der Anlage 4 der PIA-Vereinbarung i.V.m. § 9 Abs. 3 bis 5 der Anlage A Nr. 2 der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“ für die Sicherung der Qualität der substitutionsgestützten Behandlung die Übermittlung von personenbezogenen medizinischen Daten an eine Qualitätssicherungskommission in den nachfolgend genannten Fällen erforderlich ist.

Die Qualitätssicherungskommission wird als Gemeinsamer Ausschuss zur Beratung der Prüfungsstelle zur Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der PIA, die substitutionsgestützte Behandlungen Opiatabhängiger durchführen, nach § 2 Ziffer 2.4 der Anlage 4 der PIA-Vereinbarung gebildet und ist bei der Prüfungsstelle für die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Psychiatrischen Institutsambulanzen, Am Bauhof 12, 95445 Bayreuth eingerichtet.

Die Datenübermittlung erfolgt an die Prüfungsstelle zur Weitergabe an die Mitglieder des oben genannten Gemeinsamen Ausschusses im Rahmen der Stichprobenprüfung gemäß § 6 Ziffer 3 der Anlage 4 der PIA-Vereinbarung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e Arzt/Ärztin

- der Prüfungsstelle nach § 6 Ziffer 3 der Anlage 4 der PIA-Vereinbarung meinen Namen, meine Adresse und alle für die Indikation und Therapie der Substitutionsbehandlung sowie der ergänzenden medizinischen Maßnahmen erforderlichen Daten nach Anhang 7 zu Anlage 4 der PIA-Vereinbarung (patientenbezogene Dokumentation, umfassendes Therapiekonzept und Behandlungsdokumentation mit Zwischenergebnissen) mitteilt und
- dass die Daten von der Prüfungsstelle zum Zwecke der Prüfung von Indikation und Qualität der Behandlungsmethode aufbewahrt und genutzt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Arzt/Ärztin der PIA gem. § 6 Ziffer 3 der Anlage 4 der PIA-Vereinbarung zu allen Problemen der qualifizierten substitutionsgestützten Behandlung die Qualitätssicherungskommission mit der Bitte um Beratung in Anspruch nehmen kann.

Für die o.g. Übermittlung von Daten entbinde ich mein/e Arzt/Ärztin der PIA von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung und die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht im angegebenen Umfang Voraussetzung für die Substitutionsbehandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ist und eine Verweigerung zur Folge hätte, dass die Behandlung nicht durchgeführt werden kann.

Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Dies hat zur Folge, dass sämtliche übermittelte Daten bei der oben genannten Stellen zu löschen sind und die Substitutionsbehandlung unverzüglich zu beenden ist.

Die Daten werden nach Abschluss der Behandlung 5 Jahre gespeichert und anschließend bei der oben genannten Stelle gelöscht.

- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung im oben genannten Umfang.

- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und verweigere hiermit in Kenntnis, dass eine Substitutionsbehandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung dann nicht erfolgen darf, mein Einverständnis zur Datenübermittlung.

Ort / Datum

Unterschrift des/r Patienten/in

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer:

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters