

**Einverständniserklärung zur Datenübermittlung**  
**- bei Behandlungsbeginn -**

nach § 7 Abs. 2 und § 9 Abs. 3 bis 5 der Anlagen A Nr. 2 der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien / Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger)

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

- Beginn und Beendigung meiner Substitutionsbehandlung gem. § 7 Abs. 2 BUB-Richtlinien mit meinem Namen und meiner Anschrift der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und meiner Krankenkasse mitteilt,
- die Daten zum Zweck der Verhinderung von Mehrfachsubstitution und zur Vermeidung einer erneuten, nicht indizierten Aufnahme einer Substitutionsbehandlung nach erfolgtem Abbruch auf Grund § 8 BUB-Richtlinien gespeichert, genutzt und ggf. an weitere Ärzte, die eine Substitutionsbehandlung bei mir durchführen, übermittelt werden,
- der Qualitätssicherungskommission nach § 9 Abs. 3 – 5 BUB-Richtlinien zur Überprüfung der Qualität der Therapie\* meinen Namen, meine Adresse und alle für die Indikation und Therapie der Substitutionsbehandlung sowie der ergänzenden medizinischen Maßnahmen erforderlichen Daten (patientenbezogene Dokumentation, umfassendes Therapiekonzept und Behandlungsdokumentation mit Zwischenergebnissen) mitteilt. Dieses Einverständnis gilt mit der Einschränkung, dass den nichtärztlichen Mitgliedern der Kommission die zuvor genannten Daten nur in anonymisierter Form zugänglich gemacht werden dürfen,
- die Daten von der Qualitätssicherungskommission zum Zwecke der Prüfung von Indikation und Qualität der Behandlungsmethode aufbewahrt und genutzt werden dürfen.

Für diese Maßnahmen entbinde ich die/den mich behandelnde/n Ärztin/Arzt 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 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 den o. g. Stellen zu löschen sind und die Substitutionsbehandlung unverzüglich zu beenden ist.

Die Daten werden nach Abschluss der Behandlung 5 Jahre gespeichert und anschließend bei den o. g. Stellen gelöscht.

- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung.
  
- Ich habe mit 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 Patienten

**Erläuterung: Die Datenübermittlung an die Qualitätssicherungskommission erfolgt:**

- im Rahmen von vierteljährlichen Stichproben im Umfang von 2 % der Behandlungsfälle auf Anforderung der Qualitätssicherungskommission (§ 9 Abs. 3 BUB-Richtlinien),
- zur Prüfung einzelner Ärzte nach Beschluss und auf Anforderung der Qualitätssicherungskommission (§ 9 Abs. 3 BUB-Richtlinien),
- bei allen Substitutionsbehandlungen, bei denen die Opiatabhängigkeit erst kürzer als 2 Jahre besteht bzw. der Opiatabhängige das 18. Lebensjahr nicht vollendet hat (§ 9 Abs. 4 BUB-Richtlinien),
- bei allen Substitutionsbehandlungen mit Codein oder Dihydrocodein (§ 9 Abs. 4 BUB-Richtlinien) und
- bei allen Substitutionsbehandlungen nach Ablauf von jeweils 5 Behandlungsjahren (§ 9 Abs. 5 BUB-Richtlinien).