

Name, Vorname des Versicherten						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum			

VKZ: 12072400095

Weiterleitung der Teilnahmeerklärung an der CONVEMA per:

Datei-Upload unter <https://briefkasten.convema.de/>

oder CONnect

Teilnahme und Einwilligungserklärung des Versicherten

Vertrag STEP.De über eine besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung

I. Beginn und Ende der Teilnahme

- Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem ich die Teilnahmeerklärung unterschreibe und endet grundsätzlich mit dem psychotherapeutischen Abschlussassessment bzw. der letzten Sitzung der Psychotherapie am Ende der Besonderen Versorgung. Die Teilnahme endet auch mit dem Ende der Versicherung bei meiner Krankenkasse.
- Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Widerrufsfrist jederzeit gegenüber der Krankenkasse außerordentlich schriftlich oder elektronisch mit Angabe eines Grundes gekündigt werden, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Therapeuten-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.

II. Einwilligung in die Therapeutenbindung

- Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten.
- Die Krankenkasse behält sich vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden.
- Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

III. Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich möchte an dem Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zur Umsetzung einer sport- und psychotherapeutischen Versorgung teilnehmen.
- mir wurde eine Patienteninformation zu dem Versorgungsangebot vor Teilnahmebeginn ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.
- ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der sport- und psychotherapeutischen Versorgung umfassend informiert worden. Ich habe das „Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz“ vor Teilnahmebeginn erhalten und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag einverstanden. Mir ist bekannt, dass bei einer Kündigung der Teilnahme nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt ist. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß den dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.
- ich hiermit den Leistungserbringern bzw. der Krankenkasse die Kontaktaufnahme erlaube, soweit im Rahmen einer Qualitätssicherung bzw. Kundenzufriedenheit eine Patienten- bzw. Versichertenbefragung erfolgen wird.

Ich möchte die Leistungen des o.g. Versorgungsvertrages zwischen den vorgenannten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern nutzen und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten / Sorgeberechtigten / Betreuers / Bevollmächtigten *

* Name, Vorname des Betreuers / Bevollmächtigten / sorgeberechtigten Elternteils. Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt

Bestätigung des Arztes/Psychotherapeuten vom teilnehmenden Arzt/Psychotherapeuten auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die Versicherte/-n, die sich aus dem Vertrag nach § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den/die Versicherte/-n über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Anlage 6a: Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz zum Vertrag STEP.De über eine besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung

Allgemeines

Meine Krankenkasse hat einen Vertrag STEP.De über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung mit der CONVEMA GmbH geschlossen.

Teilnahmeerklärung

Meine Teilnahme ist freiwillig. Ein Behandlungsvertrag im Rahmen meiner Einschreibung in die Besondere Versorgung kommt lediglich zwischen mir und den am Vertrag teilnehmenden Ärzten sowie Sport- und Psychotherapeuten zu Stande. Rechtsbeziehungen zwischen mir und anderen an der Besonderen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern bestehen nicht.

Kann ich meine Teilnahmeerklärung zurücknehmen?

Durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, Leistungen aus dem Vertrag nur von Therapeuten in Anspruch zu nehmen, die an der Besonderen Versorgung zur Umsetzung einer sport- und psychotherapeutischen Versorgung teilnehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. **Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist für mich freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse von mir widerrufen werden. Eine Begründung des Widerrufs ist nicht erforderlich. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn meine Krankenkasse mir eine Belehrung über mein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse genügt zur Fristwahrung.** Durch meinen Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Leistungen aus der Besonderen Versorgung kann ich dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Widerrufsfrist jederzeit gegenüber der Krankenkasse außerordentlich schriftlich oder elektronisch mit Angabe eines Grundes gekündigt werden, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.

Welche Daten werden für die Zwecke der besonderen Versorgung erfasst?

Im Rahmen der besonderen Versorgung werden grundsätzlich folgende Daten von mir erfasst:

- Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten
- Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,
- Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10
- zu Abrechnungszwecken die Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Leistungs- und Prozedurenschlüssel

Wer erhält diese Daten?

Diese Daten stehen den an dem Vertrag beteiligten Leistungserbringern und meiner Krankenkasse (nur Teilnehmerdaten für Abrechnung und Ein- und Ausschreibung) sowie ggf. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung.

Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für meine Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) bzw. der Datenschutzgrundverordnung zur Wahrung des besonderen Datenschutzes von Sozialdaten.

Damit der an diesem Vertrag teilnehmende ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer eine Vergütung für seine Leistung erhält, muss eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt der jeweilige Leistungserbringer gemäß § 295a SGB V seine Daten an die mit der Vertragsabwicklung beauftragte Managementgesellschaft CONVEMA GmbH. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft. Diese Daten werden anschließend auf verschlüsseltem elektronischem Weg über die jeweilige Kopfstelle an die zuständige Krankenkasse bzw. einen von ihr beauftragten Abrechnungsdienstleister weitergeleitet. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten zahlt meine Krankenkasse die Vergütung an die Managementgesellschaft CONVEMA GmbH aus.

Anlage 6a: Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz zum Vertrag STEP.De über eine besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung

Die an der besonderen Versorgung beteiligten Ärzte sowie Psycho- und Sporttherapeuten sind gesetzlich verpflichtet, eine gemeinsame Dokumentation mit den Patientendaten aller Teilnehmer an der Besonderen Versorgung zu führen. Diese Dokumentation muss allen Beteiligten zugänglich sein, wenn es erforderlich sein sollte. Nach dem Gesetz darf mein behandelnder Arzt mich betreffende medizinische Informationen aus dieser gemeinsamen Dokumentation nur mit meiner Zustimmung und nur dann abrufen, wenn diese für den konkreten Behandlungsfall notwendig sind.

Die Teilnahmeerklärung sowie die gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung meiner Teilnahme oder bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag.

Kann ich meine Einwilligung zur Nutzung und Speicherung meiner Daten widerrufen?

Ich habe das Recht, eine gegebene Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung. Auf gleichem Wege kann ich eine Berichtigung der Daten veranlassen.

Durch den Widerruf meiner Einverständniserklärung scheidet ich aus dem Programm aus. Kontaktadresse für die Rücknahme der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sind die üblichen Kontaktdaten meiner Krankenkasse.

Welche Rechte habe ich in Bezug auf meine Daten?

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z.B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht. Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde Ihrer Krankenkasse zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Bei Fragen wenden Sie sich an die / den Datenschutzbeauftragte(n) Ihrer Krankenkasse (siehe hierzu auch „Wo erhalte ich Auskünfte zum Datenschutz?“)

Wo erhalte ich Auskünfte zum Datenschutz?

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an die/ den Datenschutzbeauftragte(n) Ihrer Krankenkasse und an den Datenschutzbeauftragten der Managementgesellschaft „CONVEMA GmbH“ wenden. Die relevanten Kontaktdaten der/ des zuständigen Datenschutzbeauftragten können Sie der nachfolgenden Übersicht entnehmen.

Bei welcher Datenschutz-Aufsichtsbehörde kann ich mich im Bedarfsfall beschweren?

Beschwerden hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an die für Ihre Krankenkasse zuständige Datenschutz-Aufsichtsbehörde richten. Die relevanten Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz-Beschwerden können Sie, jeweils bezogen auf Ihre Krankenkasse, ebenfalls der nachfolgenden Übersicht entnehmen.

Anlage 6a: Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz zum Vertrag STEP.De über eine besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung einer Sporttherapeutischen Versorgung

	Kontaktadresse Datenschutzbeauftragte(r)	Kontakt zur Datenschutz-Aufsichtsbehörde für Beschwerden
Name Krankenkasse	Datenschutzbeauftragter Name Krankenkasse Straße Hausnummer PLZ, Ort Tel: E-Mail:	Der/die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Graurheindorfer Str. 153 53117 Bonn Telefon: 0228 997799-0 E-Mail: post-stelle@bfdi.bund.de
CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH	Datenschutzbeauftragter CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH Karl-Marx-Allee 90A 10243 Berlin Tel: 030 2593861 168 E-Mail: datenschutz@convema.com	

Relevanz der STEP-Therapie

Jedes Jahr erkranken ein bis zwei Prozent der Deutschen erstmals an einer Depression. Gleichzeitig gibt es nach Analysen von Krankenkassendaten Hinweise, dass jüngere Generationen gefährdeter sind, im Laufe ihres Lebens eine psychische Störung zu erleiden. Erschwerend kommt hinzu, dass lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz einen schnellen Behandlungsbeginn häufig verhindern.

Die STEP-Therapie kann eine Alternative zur Psychotherapie darstellen und helfen, den Gesundheitszustand des Patienten zu verbessern und zu stabilisieren. Aktuelle Studien zeigen, dass viele Menschen (insbesondere Männer) erst bei sehr hohem Leidensdruck eine Psychotherapie in Anspruch nehmen. Durch den starken Fokus auf körperliche Aktivität bietet Sporttherapie einen niedrigschwiligen Zugang für Betroffene, die von der aktuellen Regelversorgung nicht ausreichend erfasst werden.

Für welche Patienten kommt STEP in Frage?

Das STEP-Programm ist insbesondere für Patienten mit leichter bis mittelschwerer Depression eine wirksame Therapieoption. Als weitere Voraussetzung sollte ein Patient sporttauglich sein, was durch einen standardisierten Fragebogen ermittelt wird. Nicht zuletzt sollte die Bereitschaft zur Teilnahme an der sporttherapeutischen Intervention bestehen.

Wie ist der Ablauf des STEP-Programms?

Der erste Kontakt mit dem Versicherten läuft über das Versorgungsmanagement-Team der Krankenkasse, das ihm bei der Erfüllung der Zugangskriterien, insbesondere dem Vorliegen einer entsprechenden Diagnose und eine ausreichende Sporttauglichkeit, die Programmteilnahme anbietet. Versicherte, die am STEP-Vertrag über eine besondere Versorgung gem. § 140a SGB V zur Umsetzung einer sporttherapeutischen Versorgung teilnehmen, starten mit einem diagnostischen Eingangsassessment (Erstgespräch) durch einen Psychotherapeuten und werden von diesem während der Sporttherapie begleitet. Besteht während oder nach der Sporttherapie die Notwendigkeit einer rein psychotherapeutischen Betreuung, kann auch diese über die besondere Versorgung gewährleistet werden. Die STEP-Therapie besteht aus einer Sparteingangstestung, bis zu 32 Sporttherapieeinheiten (à 60 Minuten über 4-6 Monate) in der Gruppe (4- max. 12 Teilnehmende, Kombination aus Ausdauer, Kraft- und achtsamkeitsbasierten Übungen) und einem Abschlussgespräch und wird angeleitet durch psychologisch geschulte Sporttherapeuten. In einem abschließenden Abschlussassessment mit einem Psychotherapeuten wird ein möglicher weiterer Therapiebedarf erörtert (z.B. Beginn einer Psychotherapie im Rahmen der Regelversorgung).

Ist die Wirksamkeit der STEP-Therapie erwiesen?

Sport hat eine positive Wirkung bei Depressionen und Angsterkrankungen. In wissenschaftlichen Studien und Metastudien (u.a. Cochrane) wurde die Wirksamkeit von Sporttherapie bei leichten und mittelschweren Depressionen nachgewiesen und in der S3- Leitlinie/ Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ anerkannt. Im Rahmen der STEP.De Studie konnte der wissenschaftliche Nachweis zu Umfang und Nachhaltigkeit der Wirksamkeit der STEP-Therapie erbracht werden. So konnte eine deutliche Reduktion der Depressionssymptomatik sowohl nach der Sporttherapie als auch 6 Monate später nachgewiesen werden. Auch der Schweregrad der Depression reduzierte sich von einer durchschnittlich mittelgradigen Depression zu Beginn auf eine leichte bis minimale Depression nach der Sporttherapie als auch 6 Monate später. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass das STEP-Programm eine gleichwertige Alternative zur Psychotherapie darstellt. Zudem wurden hinsichtlich der wahrgenommenen Arbeits- und sozialen Anpassungsfähigkeit sowie der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität deutliche positive Veränderungen festgestellt. Der Großteil der so behandelten Patienten (ca. 80%) benötigte nach der Sporttherapie keine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung.

BKK					
Name, Vorname des Versicherten geb. am					
Kassen-Nr.				Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum	

VKZ: 12072400095

Dokumentationsbogen Eingangs-/Abschlussassessment (Anlage 7)

<input type="checkbox"/>	Eingangs-Assessment			Termin am:	___.___.20__
<input type="checkbox"/>	Probatorische Sitzungen (letzte)			Termin am:	___.___.20__
<input type="checkbox"/>	Abschlussassessment			Termin am:	___.___.20__

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen:

<input type="checkbox"/>	Keine Maßnahme notwendig	
<input type="checkbox"/>	STEP-Sporttherapie <input type="checkbox"/> SportT Psychotherapie <input type="checkbox"/> BasisT <input type="checkbox"/> KZT <input type="checkbox"/> LZT <input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Gruppe <input type="checkbox"/> Kombitherapie <input type="checkbox"/> Anzahl der Einheiten/ Sitzungen je Woche: ___ / ___ <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	Beginn am: ___.___.20__ Diagnose : _____ <input type="checkbox"/> Externe Psychotherapie geplant <input type="checkbox"/> Konsiliarbericht liegt vor und enthält keine Einwände gegen Psychotherapie / STEP-Sporttherapie
<input type="checkbox"/>	Psychiatrische Mitbehandlung	Termin am: ___.___.20__ extern: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Präventionskurs mit folgendem Schwerpunkt:	
<input type="checkbox"/>	Hamburger Modell	Beginn am: ___.___.20__
<input type="checkbox"/>	Mobbingberatung empfohlen	Termin am: ___.___.20__
<input type="checkbox"/>	Medizinische Rehabilitation/ Vorsorge empfohlen	Regelversorgung <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation Rentenversicherungsträger Einzelfall <input type="checkbox"/> MUKI <input type="checkbox"/> Müttergenesungskur

<input type="checkbox"/>	Stationäre Behandlung erforderlich, die durch den Hausarzt oder Psychiater eingeleitet wird	
<input type="checkbox"/>	Absprache mit Behandler erfolgt	<input type="checkbox"/> am: _____.____.20__

<input type="checkbox"/>	Überweisung:	<input type="checkbox"/> Einrichtung: _____
--------------------------	---------------------	---

Hinweise/Ergebnis/ Diagnose:

	Arbeitsfähigkeitsprognose
	AF voraussichtlich ab: _____.____.20__
	<input type="checkbox"/> kurzfristig max. 6 Wochen
	<input type="checkbox"/> mittelfristig 6 Wochen bis <1/4 Jahr
	<input type="checkbox"/> langfristig >1/4 Jahr bis 1 Jahr
Unterschrift / Namensstempel	Datum