

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vertrags-Nr.:		
→ Tel.-Nr./Mobil:		
→ E-Mail:		

Patientenscreeningbogen

-Facharzt für Orthopädie-

Bitte die vollständigen Einschreibunterlagen **faxen** an:
02054 938 56 59

oder über den Dateiuupload hochladen via
dateiuupload.damg.de bzw. über folgenden QR-Code:



Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen keine ärztlichen Bedenken an einer Therapieteilnahme.

Diagnose mit Leitsymptomatik (gesicherte u. Verdachtsdiagnose; g/V), ggf. weitere wesentliche Befunde u. Behandlungsvorschläge sowie Dauer der Behandlung u. besondere Maßnahmen angeben

Indikationsschlüssel	ICD-10	Lok	Zu	g	v
1 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bei Gemeinschaftspraxen bitte behandelnden Arzt im Stempel unterstreichen !					
_____		_____		_____	
DATUM		NAME ARZT		STEMPEL & UNTERSCHRIFT ARZT	

Wird aufgrund der oben aufgeführten Diagnose eine Operation nötig?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	Wann?	<input type="checkbox"/> In 3 Monaten	<input type="checkbox"/> In 6 Monaten	<input type="checkbox"/> in 9 Monaten
-------------------------------	--------------------------------------	--------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Der Patientenscreeningbogen wird an die Deutsche Arzt AG, den betreuenden Leistungserbringer sowie ggf. an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weitergegeben. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis gemäß § 67a Abs. 3 SGB X freiwillig erkläre, dass ich es jederzeit widerrufen kann und dass damit die Beendigung der Besonderen Versorgung verbunden ist.

Unterschrift des Patienten zur Datenfreigabe	Rückfragen unter 02054 / 938 56 88 (Case-Management)
--	---

Patientenscreeningbogen Facharzt für Orthopädie

Name, Vorname	Geb.-Datum	Versichertennummer																																		
<input type="checkbox"/>	Erstmeinung																																			
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinung																																			
	- wenn ja: ist vom Erstbehandler eine OP Empfehlung ausgesprochen worden? Ja () Nein ()																																			
Modulauswahl:																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">Knie/Hüfte</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> </table>	Knie/Hüfte		<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)	<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">Wirbelsäule</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Chronische Rückenschmerzen (keine OP-Indikation)</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> </table>	Wirbelsäule		<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)	<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)			<input type="checkbox"/>	Chronische Rückenschmerzen (keine OP-Indikation)			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">Schulter/Ellenbogen</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Startmodul (8 TE)</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">Entscheidung Operateur</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Keine OP</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Stationäre OP</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kurz-stationäre OP</td></tr> </table>	Schulter/Ellenbogen		<input type="checkbox"/>	Startmodul (8 TE)			Entscheidung Operateur		<input type="checkbox"/>	Keine OP	<input type="checkbox"/>	Stationäre OP	<input type="checkbox"/>	Kurz-stationäre OP
Knie/Hüfte																																				
<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)																																			
<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)																																			
Wirbelsäule																																				
<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)																																			
<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)																																			
<input type="checkbox"/>	Chronische Rückenschmerzen (keine OP-Indikation)																																			
Schulter/Ellenbogen																																				
<input type="checkbox"/>	Startmodul (8 TE)																																			
Entscheidung Operateur																																				
<input type="checkbox"/>	Keine OP																																			
<input type="checkbox"/>	Stationäre OP																																			
<input type="checkbox"/>	Kurz-stationäre OP																																			
Individuelle Zielvereinbarung mit dem Patienten (nach SMART), aus der Lebenswelt des Patienten <hr/>																																				
Arbeitsunfähigkeit AU droht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja AU-Zeiten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ (In den letzten 6 Monaten zur angegebenen Diagnose) zur Zeit AU: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Krankengeldbezug																																				
aufgrund folgender Diagnose: _____																																				
Bisherige Diagnostik-/Therapiemaßnahmen in den letzten 12 Monaten:																																				
<input type="checkbox"/>	Medikamentenversorgung: (zur angegebenen Diagnose)																																			
<input type="checkbox"/>	Radiologische Diagnostik (z.B. MRT, CT): (zur angegebenen Diagnose)																																			
<input type="checkbox"/>	Heilmitteltherapie (zur angegebenen Diagnose)																																			
<input type="checkbox"/>	Stationäre/Ambulante Rehabilitation																																			
<input type="checkbox"/>	Schmerztherapie: (zur angegebenen Diagnose)																																			
<input type="checkbox"/>	Operationen? wenn ja, welche:																																			
<input type="checkbox"/>	Geplante begleitende Maßnahmen durch den Arzt (z.B. Akupunktur, Injektionen, PST):																																			

Anlage 10 - Erklärung

zur Teilnahme an der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V
über die Besondere Versorgung von Versicherten mit
Coxarthrose, Gonarthrose und Wirbelsäulenproblemen
- OP-Vermeidung -

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

ICD
Arzt-Nr.

Tel.-Nr. privat*

Tel.-Nr. dienstlich*

Fax-Nr.*

E-Mail-Adresse*

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der VIACTIV Krankenkasse. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich,

- dass ich mich über den angegebenen Arzt in die Vereinbarung gemäß § 140a SGB V über die Besondere Versorgung „**OP-Vermeidung durch Zweitmeinung mit abgestimmtem Therapiekonzept bei Coxarthrose und Gonarthrose und drohender Wirbelsäulenoperation**“ (im Folgenden: „**OP-Vermeidung**“) freiwilligeinschreibe.
- dass mich mein Arzt oder meine Krankenkasse ausführlich über die Inhalte der Versorgung im Rahmen der **OP-Vermeidung** und die Versorgungsziele sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt und dem teilnehmenden Physiotherapiezentrum sowie anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Hierbei können Untersuchungen vom niedergelassenen Orthopäden auch telemedizinisch gestützt durchgeführt werden, soweit es die einschlägige ärztliche Berufsordnung zulässt. Hierbei kann die KBV zertifizierte Videotechnologie, die auch die höchsten Datenschutzerfordernungen gemäß EU-DSGVO erfüllt, unter www.sprechstunde.online genutzt werden. Ich habe die beigefügte Patienteninformation erhalten, kenne sie und ich erkläre mich mit den Inhalten einverstanden. Mir ist bekannt,
- dass eine Teilnahme nur möglich ist, wenn und solange ich die Teilnahmevoraussetzungen erfülle.
- dass ich freiwillig an der Versorgung im Rahmen OP-Vermeidung teilnehme und diese Versorgung für mich kostenfrei ist, wenn ich von den gesetzlichen Zuzahlungen befreit bin und diese Erklärung **schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch innerhalb von zwei Wochen nach meiner Unterzeichnung gegenüber meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen** kann. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Nach Ablauf dieser Frist sind Sie:
 - Bei Bestätigung der Operationsindikation bis zum Abschluss des Moduls OP-Vorbereitung oder
 - Bei der OP-Vermeidung bis 12 Monate nach der Abschlussanalyse durch den Physiotherapeuten (bei Vermeidung der Operation und Durchführung der Physiotherapie)

an ihre Teilnahme gebunden. Während der Dauer der zeitlichen Bindung kann die Teilnahme lediglich aus wichtigem Grund gekündigt werden. Einen wichtigen Grund stellen insbesondere ein nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis sowie ein Umzug des Teilnehmers dar. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich außerhalb dieser Besonderen Versorgung genauso gut betreut wie bisher.

- dass ich mich während meiner Teilnahme an der OP-Vermeidung verpflichte regelmäßig und aktiv an der Physiotherapie teilzunehmen und auch Zuhause ein geeignetes Heimtraining durchführe. Komme ich meinen diesbezüglichen Verpflichtungen nicht nach, endet meine Teilnahme an der OP-Vermeidung mit einer Frist von 2 Wochen.

1. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht:

Ich willige freiwillig in die auf Basis gesetzlicher und vertraglicher Grundlagen und unter Beachtung der Bestimmungen des SGB I und X, sowie der europäischen Datenschutzgrundverordnung EU-DSGVO erfolgende und notwendige Verarbeitung meiner im Rahmen der Versorgung innerhalb der OP-Vermeidung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten unter <https://portal.ivmplus.de/> ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich entbinde die an der Besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer folgerichtig zu diesem Zweck von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung verweigern oder jederzeit für die Zukunft widerrufen und als Folge nicht (mehr) an der Versorgung im Rahmen der OP-Vermeidung teilnehmen kann und die bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig verarbeiteten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Die Widerrufserklärung kann ich richten an: VIACTIV Krankenkasse, Zentraler Posteingang, 44775 Bochum)

Unterschrift des Versicherten zu 1. und 2.:

T T M M J J J J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

– Vom behandelnden Arzt auszufüllen –

Ich kenne die Inhalte des Vertrages nach § 140 a SGB V über die Besondere Versorgung von Versicherten mit Coxarthrose, Gonarthrose und Wirbelsäulenproblemen und bestätige die Einschreibung meines Patienten in die Versorgung im Rahmen der OP-Vermeidung aufgrund der folgenden gesicherten Diagnose_____ (ICD 10 angeben; vgl. § 2 des Vertrages). Ich erkläre meine Kooperationsbereitschaft mit dem Case Manager der Deutschen Arzt Management GmbH und dem Physiotherapeutischen Leistungserbringer hinsichtlich der Unterstützung und Optimierung der Versorgung.

T T M M J J J J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift

Stempel

Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung „Therapiekonzept gegen den chronischen Rückenschmerz und OP-Vermeidung durch Zweitmeinung und abgestimmtem Therapiekonzept bei Coxarthrose und Gonarthrose und drohender Bandscheibenoperation“

Die VIACTIV hat mit der Deutschen Arzt Management GmbH und der NOVOTERGUM GmbH einen Vertrag über eine Besondere Versorgung geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen dieser Besonderen Versorgung, die beteiligten Leistungserbringer, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer Sozialdaten.

Verbesserte Versorgung

Durch das vorliegende Versorgungskonzept soll die Versorgung der Versicherten der VIACTIV verbessert und eine effektivere Behandlung erreicht werden. Dazu erfolgt eine umfassende Koordination der medizinischen Behandlungen z.B. durch gemeinsame Therapiebesprechungen und eine allen beteiligten Leistungserbringern zugängliche Dokumentation der Befunde und Untersuchungsergebnisse. Durch diese enge Vernetzung, gemeinsame Abstimmung und Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen sollen u.a. Doppeluntersuchungen vermieden und die einzelnen Behandlungsschritte und Therapiemaßnahmen lückenlos nacheinander durchgeführt werden. Auch lange Wartezeiten sollen dadurch vermieden werden.

Ziele dieser Besonderen Versorgung sind:

- a. notwendige ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen zu ersetzen;
- b. Arbeitsunfähigkeitszeiten zu vermeiden oder zu verkürzen und die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen;
- c. die Reduktion von Dauermedikation, ärztlicher Behandlung und physikalischen Behandlungsmaßnahmen (ambulante Krankenbehandlung) herbeizuführen;
- d. die Vermeidung der Chronifizierung der Beschwerden und eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen;
- e. die Steigerung der Nachhaltigkeit und die Absicherung der Therapieerfolge durch gezielte Einbindung der Patienten in die eigenverantwortliche Umsetzung von innovativen Heimtrainingsprogrammen zu erreichen.
- f. Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte
- g. (verantwortliche) Verlagerung einer Operation in die Zukunft
- h. Vorbereitung der Patienten auf eine endoprothetische Operation
- i. Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen

Wir möchten, dass Sie in „guten Händen“ sind

Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt nimmt an der Besonderen Versorgung teil. Daneben sind NOVOTERGUM Physiotherapiezentren und kooperierende Physiotherapiezentren an der Versorgung beteiligt.

Alle beteiligten Leistungserbringer zeichnen sich dadurch aus, dass sie bestimmte, den neuesten medizinischen Anforderungen entsprechende Qualifikationsmerkmale erfüllen und eine Behandlung nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards durchführen, insbesondere die Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften einhalten.

Wie Sie teilnehmen können

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist für Sie freiwillig. Vor der Teilnahme werden Sie in einem Gespräch ausführlich über die Behandlungen und Untersuchungen, die im Rahmen der Besonderen Versorgung durchgeführt werden, informiert und aufgeklärt.

Sie erklären Ihre Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der

Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen schriftlich (**Deutsche Arzt Management GmbH, Im Teelbruch 118,**

45219 Essen) widerrufen werden. Nach Ablauf dieser Frist sind Sie bis Bekanntgabe und Besprechung des Ergebnisses der Zweitmeinungsuntersuchung (bei Bestätigung der Operationsindikation) bzw. bis 12 Monate nach der Abschlussanalyse durch den Physiotherapeuten (bei Vermeidung der Operation und Durchführung der Physiotherapie) an Ihre Teilnahme gebunden. Während der Dauer der zeitlichen Bindung kann die Teilnahme lediglich aus wichtigem Grund gekündigt werden. Einen wichtigen Grund stellen insbesondere ein nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis sowie ein Umzug des Teilnehmers dar.

Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei der VIACTIV endet, der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird, oder wenn Sie die Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung widerrufen (**Deutsche Arzt Management GmbH, Im Teelbruch 118, 45219 Essen**).

Bleiben Sie treu!

Damit die Qualität der Behandlung sichergestellt werden kann und die Behandlungsziele erreicht werden können, ist es sinnvoll, dass Sie für die Behandlung oder Untersuchung der Erkrankung, für die Sie sich in die Besondere Versorgung eingeschrieben haben, während Ihrer Teilnahme nur die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen in Anspruch nehmen. Sie sind daher für die Dauer Ihrer Teilnahme an diese Leistungserbringer gebunden. Natürlich dürfen Sie in einem medizinischen Notfall auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder einen Notfalldienst in Anspruch nehmen. Auch im Fall einer Überweisung durch die beteiligten Leistungserbringer gilt diese Bindung nicht.

Sollten Sie andere als die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen, obwohl ein Ausnahmefall nicht vorliegt, kann die VIACTIV Sie auffordern, dies in Zukunft zu unterlassen und nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Kommen Sie dieser Aufforderung wiederholt nicht nach, kann die VIACTIV Ihre Teilnahme beenden. Zusätzlich kann die VIACTIV verlangen, dass Sie die Kosten für die zusätzliche, unberechtigte Inanspruchnahme tragen.

Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von der VIACTIV, ihren Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten.

Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahmeerklärung und Ihre Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung werden durch die Deutsche Arzt Management GmbH an die VIACTIV geschickt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., der Beginn Ihrer Teilnahme sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Selektivvertrag teilnehmen. Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt wird eine eventuelle Ablehnung Ihrer Teilnahme (ohne Angabe von Gründen) oder eine noch nicht abgeschlossene Prüfung darüber mitgeteilt.

Medizinische Dokumentation

Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen medizinische Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation. Außerdem kann es erforderlich sein, dass alle an der Besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer die notwendigen Behandlungsdaten und Befunde kennen, damit eine eng vernetzte Zusammenarbeit und eine gemeinsame Therapie durchgeführt werden kann. In solchen Fällen werden die medizinischen Daten zu diesem Zweck in einer gemeinsamen Dokumentation erfasst. Die Daten daraus dürfen von den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern und nur für den konkret anstehenden Behandlungsfall im Rahmen der Besonderen Versorgung abgerufen und genutzt werden. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten. Manchmal ist der Vertragspartner der VIACTIV eine Einrichtung, die nicht selbst die medizinischen Leistungen der Besonderen

Versorgung erbringt, sondern Verwaltungs- und Steuerungsaufgaben (z.B. die Einbindung / Koordination der Ärzte, Therapeuten und medizinischen Einrichtungen, Koordination / Organisation der Versorgungsleistungen, Erstellen der Abrechnung oder die Organisation von weiterführenden Präventionsangeboten) übernimmt. Dann greift auch diese Einrichtung auf die gemeinsame Dokumentation zu, um so die notwendigen Daten für ihre vertraglichen Aufgaben zu erhalten. Die VIACTIV erhält mit Ausnahme der für die Abrechnung notwendigen Daten, keine Einsicht in die dokumentierten medizinischen Daten.

Abrechnung

Damit die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, müssen sie eine Abrechnung erstellen und Ihre dazu notwendigen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Ordnungsdaten, Diagnosen, Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals) an die VIACTIV übersenden. Bei der VIACTIV werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

Die Leistungserbringer können auch eine externe Abrechnungsstelle mit der Abrechnung beauftragen. In diesen Fällen senden die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationäre Einrichtungen Ihre o. g. Daten an diese Abrechnungsstelle, die die Daten im Rahmen der Rechnungsstellung weiter an die VIACTIV übermittelt.

Der beschriebene Abrechnungsweg ist nur zulässig, soweit Sie in die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung endet dann automatisch bzw. ist dann nicht mehr möglich.

Die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen, die VIACTIV, die Vertragspartner der VIACTIV sowie die Abrechnungsstelle sind dabei zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

Prüfung durch den MDK

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die VIACTIV veranlasst worden, z.B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer Einweisung in ein Krankenhaus, sind die beteiligten Leistungserbringer dazu befugt, medizinische Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag an den prüfenden Arzt weiter zu leiten. Der Arzt des MDK ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen und die Vertragspartner der VIACTIV sind verpflichtet, während der Dauer ihrer Tätigkeit im Rahmen der Besonderen Versorgung und auch nach Beendigung dieser Tätigkeit über alle Sozialdaten der Versicherten, wie z.B. Name, Adresse und Alter, Stillschweigen zu bewahren.

Ihre erhobenen und gespeicherten Daten werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung oder bei Ihrem Ausscheiden gelöscht, soweit sie für die Erfüllung des Vertrages bzw. der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung müssen diese Daten gelöscht werden.

Staffelstein-Score (Hüftgelenk)

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Hier betrachtete Hüfte: rechts oder links

Krankenkasse: _____ Datum: _____

Schmerz (max. 40 Punkte)		P	Eingangs- analyse	Abschluss- analyse	Re- Assessment
Schmerz	kein Schmerz bei ADL	40			
	leichter, gelegentlicher oder unterschwelliger Schmerz, der die ADL nicht beeinflusst	30			
	mittelgradige Schmerzen, evtl. mit Analgetika-Einnahme	20			
	Schmerz beeinträchtigt deutl. die Arbeit und Alltagsverrichtungen, ständiger Analgetika-Bedarf	10			
	schwere Schmerzen, Pat stark eingeschränkt oder immobil	0			
ADL (max. 40 Punkte)					
Treppen steigen	ohne Schwierigkeiten	5			
	mit Schwierigkeiten oder mit Benutzung des Geländers	3			
	mit großen Schwierigkeiten oder nicht möglich	0			
Schuhe/Socken	ohne Schwierigkeiten	5			
	mit Schwierigkeiten	3			
	nicht möglich	0			
Gehstrecke	unbegrenzt	5			
	gehen am Stück bis 500 m möglich	4			
	im Zimmer mobil	2			
	immobil	0			
Hinken	flüssiger Gang	5			
	leicht bis mittelgradig	3			
	schwer	0			
Hygiene (Körperpflege, Toilette)	ohne Schwierigkeiten	5			
	mit geringen Hilfen	3			
	unselbständig	0			
Öffentliche Verkehrsmittel	kann diese benutzen	5			
	kann diese nicht benutzen	0			
Gehhilfen	kein	5			
	UAG	4			
	Rollator / Gehbock	3			
	Rollstuhl	2			
	bettlägerig	0			
Aufstehen von Stuhl und Bett	ohne Schwierigkeiten	5			
	mit geringen Hilfen	3			
	unselbständig	0			
Hüftgelenk (max. 40 Punkte)					
Flexion	>= 100°	10			
	75-95°	5			
	<= 70°	0			
Extensionsdefizit	<= 5°	10			
	10-25°	5			
	>= 30°	0			
Abduktion	>= 25°	10			
	15 -20°	5			
	<= 10°	0			
Gluteal-muskelkraft	4/5 – 5/5	10			
	3/5	5			
	1/5 – 2/5	0			
Summe:		120			