

An alle am Rückenschmerzvertrag teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten

Der Vorstand
Ansprechpartner: Service-Center
Tel.: (030) 3 10 03 - 999
Fax: (030) 3 10 03 - 900
service-center@kvberlin.de

17. Juli 2009

Rückenschmerzvertrag mit der KKH-Allianz 2. Nachtrag zum Vertrag – Änderungen ab 01.07.2009

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

mit Wirkung zum 01.07.2009 wurde mit der KKH-Allianz ein 2. Nachtrag zum Rückenschmerzvertrag geschlossen. Folgende Änderungen wurden mit Wirkung zum 01.07.2009 vereinbart:

Teilnahme der Versicherten:

- Versicherte können ab Vollendung des 18. Lebensjahres am Vertrag teilnehmen.
- Versicherte, die sich im laufenden Rentenantragsverfahren für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit befinden, können nicht am Vertrag teilnehmen.
- Versicherte können nur einmalig am Vertrag teilnehmen. Eine erneute, also zweite Einschreibung ist nicht möglich.

Versorgungsinhalte:

Der Vertrag zwischen der KKH-Allianz und den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen wurde zwischenzeitlich geschlossen. Die Versorgungsinhalte des Rückenschmerzvertrages wurden um die entsprechenden Überleitungsinformationen bei Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation wie folgt ergänzt:

„Überleitungsinformation Arzt → Rehabilitationseinrichtung

- Der Antrag auf Verordnung von medizinischer Rehabilitation ist vollständig auszufüllen (einschließlich der Benennung der Kennung „VK Rückenschmerz“)
- Der Überleitungsbogen (>> siehe Anlage 6a) sowie alle therapie-relevanten Informationen werden der Rehabilitationseinrichtung übermittelt.“

Änderungen ab sofort

Teilnahme der Versicherten

Versorgungsinhalte

/2

Dokumentation

Neu hinzugekommen ist eine Ausschreibungserklärung des Versicherten (Anlage 6f). Diese ist nach Abschluss der Behandlung, spätestens nach 12 Wochen Behandlungszeit vom Koordinierenden Arzt an die KV Berlin, mit Angabe des Beendigungsgrundes zusammen mit den standardisierten Dokumentationsinstrumenten und Fragebögen in anonymisierter Form an die KV Berlin zu übersenden. Die Anonymisierung erfolgt durch Schwärzen, Unkenntlichmachen oder Entfernen der Personalien der Versicherten.

Zudem wurden die Patienteninformation (Anlage 5b) und die Teilnahmeerklärung des Versicherten (Anlage 5a) angepasst und ausgetauscht. Bitte verwenden Sie ab sofort nur noch die Dokumente. Bitte beachten Sie, dass das KVK- Feld auf der Teilnahmeerklärung des Versicherten elektronisch auszufüllen ist und der Druck innerhalb der entsprechenden Felder erfolgt.

Die neue Ausschreibungserklärung des Versicherten und die angepasste Patienteninformation sowie die Teilnahmeerklärung des Versicherten haben wir dem Rundschreiben beigefügt. Die neuen Dokumente finden Sie auch auf der Homepage der KV Berlin (www.kvberlin.de unter *Für die Praxis/ Themen von A-Z/Rückenschmerz*).

Vergütung:

Die Vergütungspositionen SNR 99301, 99302 und 99303 des Vertrages sind je Versicherten nur einmalig abrechenbar.

Zusatzvereinbarung über die Verordnung von Heilmitteln:

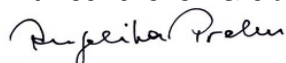
Bitte dokumentieren Sie Ihre Heilmittelverordnungen, damit im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung diese von den Kosten abgezogen werden können.

Ergänzung der Praxisinformation „Wegweiser“

Mit dem Rundschreiben erhalten Sie ebenfalls eine Ergänzung Ihrer Praxisinformation „Wegweiser“. Diese Praxisinformation enthält alle wichtigen Informationen zur Überleitung Ihrer Patienten an die beteiligten Leistungserbringer.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke
Mitglied im Vorstand

Anlagen

Dokumentation

Vergütung

Heilmittel

**Ergänzung des
Wegweisers**

 **31003-999**

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

(Elektronisch auszufüllen)

Teilnahme- und Einverständniserklärung

zur interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung zur Behandlung des Rückenschmerzes
 Zustimmung zur Datenerhebung und Datennutzung
 Befragung über meine Lebensqualität
 Patienteninformation

Ich möchte die Vorteile der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgung nutzen und wünsche meine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes:

<p>Einverständniserklärung zur Teilnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Behandlungsprogramm im Rahmen der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung wurde mir durch meinen behandelnden Arzt vorgestellt. Der Arzt hat mich über den Zweck der Teilnahme und ihre Freiwilligkeit informiert. Alle Fragen zu dieser Behandlung wurden von meinem behandelnden Arzt zu meiner Zufriedenheit beantwortet Die Behandlung meiner Rückenschmerzen kann im Rahmen dieses Programms nur durch die an der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung teilnehmenden Ärzte und/oder Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Physiotherapeuten sowie Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden. Die an diesem Programm teilnehmenden Ärzte sowie weiteren Leistungserbringer kann ich über die Teilnahmelisten im Internet der KKH-Allianz oder der KV Berlin jederzeit einsehen, unter diesen Ärzten sowie weiteren Leistungserbringern kann ich frei wählen. Meine Krankenkasse wird mich im Verlauf dieser integrierten Behandlung über meine Lebensqualität befragen. Die Befragung erfolgt in anonymisierter Form. Ich habe die Teilnahme und Einverständniserklärung sowie die Patienteninformation gelesen und verstanden und hatte genügend Zeit für die Entscheidung zur Teilnahme. Ich bestätige, dass ich erstmals an dieser interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung teilnehme und mir ist bekannt, dass eine erneute Teilnahme nicht möglich ist.
<p>Einverständniserklärung zu Datenerhebung und Datennutzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ich habe die „Informationen zum Datenschutz“, auf der Seite 2 der Teilnahmeerklärung erhalten und gelesen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung zur Behandlung des unteren unspezifischen Rückenschmerzes einverstanden.

Wahl des koordinierenden Arztes:

Folgender Arzt soll meine Behandlung im Rahmen der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung koordinieren:

Name und Adresse des koordinierenden Arztes

Ich stimme der Einverständniserklärung zur Teilnahme sowie zur Datenerhebung und Datennutzung zu. Weiterhin ist mir bekannt, dass die Teilnahme an dem Behandlungsprogramm freiwillig ist und ich die Teilnahme an dem Programm sowie die Zustimmung zur Datenerhebung und -nutzung durch die o. g. teilnehmenden Leistungserbringer und durch meine Krankenkasse ohne Angabe von Gründen jederzeit bei meiner Krankenkasse widerrufen kann. In diesem Fall ist die weitere Teilnahme an der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung nicht möglich. Die bis dahin, im Rahmen dieser Teilnahme, über mich erhobenen Daten werden gelöscht.

Datum Unterschrift des Patienten (ggf. gesetzlicher Vertreter)

<p>Vom gewählten koordinierenden Arzt zu unterschreiben: Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Patienten die Koordination der Behandlung Rahmen des Vertrages nach § 73c SGB wahrnehme</p>	Praxisstempel
<p>Datum Unterschrift des koordinierenden Arztes</p>	

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung des Patienten an: FAX 030/31003-50380 oder KV Berlin, Empfängerkürzel: iV-EE, Masurenallee 6A, 14057 Berlin,

Informationen zum Datenschutz

Zur Teilnahme an der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung zur Behandlung des unteren unspezifischen sowie spezifischen Rückenschmerzes

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass

- die Ihre Person betreffenden, im Rahmen der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung dokumentierten Behandlungsdaten und Befunde von den teilnehmenden, an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzte und/oder Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Physiotherapeuten sowie ggf. Rehabilitationseinrichtungen, im für die Behandlung erforderlichen Umfang, abgerufen, verarbeitet und für die konkret anstehende Behandlung genutzt werden dürfen.
- die Ihre Person betreffenden, im Rahmen der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung dokumentierten Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Qualitätssicherung, eines Controllings sowie zum Zwecke einer Evaluation durch meine Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin abgerufen, verarbeitet, genutzt und weitergeleitet werden dürfen.
- die Ihre Person betreffenden, im Rahmen der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung dokumentierten Behandlungsdaten und Befunde im Falle einer Evaluation durch die KKH-Allianz und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin beauftragtes und geeignetes Forschungsinstitut zum Zwecke der Evaluation abgerufen, verarbeitet, genutzt werden dürfen sowie die Ergebnisse der Evaluation ausschließlich anonymisiert veröffentlicht werden dürfen.
- die teilnehmenden Ärzte und/oder Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Physiotherapeuten sowie Rehabilitationseinrichtungen Ihre persönlichen Daten, im Rahmen des für die Teilnahme erforderlichen Umfangs (z.B. Weiterleitung meiner unterschriebenen Teilnahmeerklärung), unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses an die Vertragspartner und meine Krankenkasse weitergeben dürfen.

Patienteninformation

Aktiver Rücken - Den chronischen Rückenschmerz verhindern

Die KKH-Allianz bietet Ihnen ein besonderes Behandlungsprogramm zur Vermeidung von chronischen Rückenschmerzen an. Dieses Angebot wurde gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und einer Expertengruppe exklusiv für KKH-Allianz-Versicherte entwickelt. Das in Deutschland bisher einmalige Konzept bietet Ihnen eine verbesserte wohnortnahe Behandlung bei Rückenschmerzen und geht weit über die übliche Versorgung hinaus.

Das neuartige Versorgungskonzept bietet Ihnen eine hochwertige koordinierte Behandlung, in der Sie eine Schulung, gezielte Informationen und ein persönlich auf Sie abgestimmtes Programm erwarten. Sie haben die Chance Ihre Rückenschmerzen in den Griff zu bekommen und somit Ihre Lebensqualität maßgeblich zu verbessern.

Inhalte des neuen Behandlungskonzeptes bei Rückenschmerzen

- Die Behandlungsinhalte orientieren sich an anerkannten medizinischen Leitlinien.
- Neben ersten Untersuchungen, einer lückenlosen Diagnostik und Behandlung ist die rechtzeitige Einleitung von notwendigen Maßnahmen gewährleistet.
- Es wird ein individueller Behandlungsplan erarbeitet, der mit allen an der Behandlung beteiligten Personen abgestimmt wird.
- Zu Beginn der Behandlung werden Sie ausführlich beraten und eingeladen an einem Schulungsprogramm für Rückenschmerzpatienten teilzunehmen. Neben der Informationsvermittlung wird Ihnen hier ein aktiv ausgerichtetes sportpädagogisches Training vorgestellt.
- Die eventuell notwendige physiotherapeutische Behandlung erfolgt in spezialisierten, an dem Behandlungskonzept teilnehmenden Physiotherapiepraxen, unter denen Sie frei wählen können.
- Innerhalb der ersten 4 Wochen erfolgt eine regelmäßige Therapiekontrolle. Spätestens nach 6 Wochen findet ein Austausch zwischen den einbezogenen Behandlern (Ärzte und Therapeuten) statt, um gemeinsam zu entscheiden, ob eine Intensivierung der Behandlung (z.B. eine Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme) notwendig wird.
- Eine eventuell notwendige stationäre Behandlung wird umgehend in spezialisierten Krankenhäusern durchgeführt.
- Ziel dieses koordinierten Versorgungskonzepts ist es, durch eine optimale und abgestimmte Behandlung, eine Chronifizierung der Rückenschmerzen abzuwenden.

Ihr besonderer Vorteil:

- **vernetzte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachexperten**

Diese wohnortnahe Versorgung wird durch die Zusammenarbeit und Vernetzung von niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Rehabilitationseinrichtungen koordiniert erbracht. Die teilnehmenden Fachexperten erfüllen hohe Qualitätsanforderungen und stellen die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Teil der Behandlung sicher.

- **speziell auf Ihre Bedürfnisse ausgerichtete Behandlung**

Durch Ihre Teilnahme an diesem Programm bekommen Sie eine qualitativ hochwertige Versorgung, die speziell auf Ihre individuellen Bedürfnisse ausgerichtet ist.

Um an diesem Versorgungsangebot teilnehmen zu können, bitten wir Sie, die Einverständniserklärung zu unterschreiben. Diese erhalten Sie bei Ihrem behandelnden Arzt.

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

Anlage 6f

Ausschreibungserklärung (Abmeldung des Patienten)

zur

interdisziplinären und sektorenübergreifenden

Gesundheitsversorgung zur Behandlung des Rückenschmerzes

Beendigungsgrund:	Im Screening festgestellt: Patient erfüllt nicht die Einschlusskriterien für die Ebene 1 bzw. Ebene 4	<input type="checkbox"/>
	Wechsel des behandelnden koordinierenden Arztes/mitbehandelndes Arztes Begründung:	<input type="checkbox"/>
	Patient nimmt nicht mehr aktiv am Vertrag teil. / Patient hat Vertrag gekündigt.	<input type="checkbox"/>
	Behandlung erfolgreich abgeschlossen (Patient ist beschwerdefrei).	<input type="checkbox"/>
	Keine Rückmeldung des Patienten trotz Aufforderung	<input type="checkbox"/>
	Patient ist nicht mehr Mitglied bei der KKH-Allianz	<input type="checkbox"/>
	Patient ist verstorben. / Patient ist umgezogen (außerhalb Vertragsgebiet).	<input type="checkbox"/>
	sonstiger Grund	<input type="checkbox"/>

Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Bitte senden Sie diese Ausschreibungserklärung zusammen mit den weiteren im Vertrag vereinbarten standardisierten Dokumentationsinstrumenten und Fragebögen des jeweiligen Patienten nach Abschluss oder Beendigung der Behandlung an:

FAX 030/31003-50380 oder KV Berlin, Empfänger Kürzel: iV-EE, Masurenallee 6A, 14057 Berlin

Hinweis: Die Übersendung erfolgt in anonymisierter Form. Die Anonymisierung erfolgt durch Schwärzen, Unkenntlichmachen oder Entfernen der Personalien der Versicherten.



Versorgungskonzept der KV Berlin und der KKH-Allianz für Patienten mit Rückenschmerzen



Was gilt es bei der Überweisung zu beachten?

Überweisung zur Physiotherapie

- Eine Indikation für die Verordnung von Heilmitteln nach dem Heilmittelkatalog liegt vor.
- Die Verordnung enthält alle Pflichtangaben, u. a. die Angabe von:
 - Indikationsschlüssel
 - Diagnose und Leitsymptomatik
 - Art und Menge des Heilmittels
 - Kennzeichnung der Verordnung als Erst- bzw. Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalles (Die Kennzeichnung richtet sich nach dem Regelfall, nicht nach dem Quartalsbeginn oder danach, ob die Verordnung durch den erstverordnenden Arzt erfolgt.)
 - Feld für die gesetzliche Zuzahlung korrekt ankreuzen
- Hinweis an den Patienten, dass die Verordnung innerhalb von 7 Tagen ihre Gültigkeit verliert; ggf. Gültigkeit der Verordnung verlängern, indem im Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ein Datum eingefügt wird, an dem die Behandlung spätestens beginnen soll.
- Der Überleitungsbogen Physiotherapie (Anlage 6d) enthält die Angabe von:
 - ICD 10-Schlüssel
 - Praxisstempel inklusive Rückruf- und Faxnummer
- Der Überleitungsbogen Physiotherapie ist der Verordnung beizufügen.
- Die Liste der teilnehmenden Physiotherapeuten ist auf der Internetseite der KV Berlin (www.kvberlin.de) unter Für die Praxis/Themen von A-Z/ Rücken schmerz/ Teilnehmerverzeichnis: Physiotherapeuten einzusehen.

Überweisung ins Krankenhaus

- Eine Indikation zur stationären, operativen oder konservativen Behandlung liegt vor: Immobilisierende Beschwerden und/oder gravierende/„gefährliche“ Befunde
- Die Verordnung von Krankenhausbehandlung enthält alle Pflichtangaben und die Kennzeichnung „VK Rückenschmerz“ (Feld: Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser).
- Der Überleitungsbogen Anlage 6a enthält die Angabe von
 - Arbeitsdiagnose
 - Praxisstempel inklusive Rückruf- und Faxnummer
 - Informationen über bereits durchgeführte Diagnostik und Therapie, insbesondere Röntgenbilder oder Schnittbildgebung, wenn möglich neben der auf Papier ausgedruckten Version elektronisch (Film oder DICOM-fähige CD) und mit Befunden dem Patienten mitgeben.
- Der Überleitungsbogen (Anlage 6a) ist der Verordnung beizufügen.
- Die Liste und Ansprechpartner der beteiligten Krankenhäuser ist auf der Internetseite der KV Berlin (www.kvberlin.de) unter Für die Praxis/Themen von A-Z/Rückenschmerz/Teilnehmerverzeichnis: Krankenhäuser einzusehen.

Überweisung zur ambulanten Rehabilitation

- Eine Indikation zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt vor.
- Für die Verordnung von medizinischer Rehabilitation sind die folgenden Formulare zu verwenden:
 - für Rentner/Ausnahmefälle (z. B. dauerhaft erwerbsunfähige Patienten, Patienten ohne Anspruch auf Leistungen aus der RV): Muster 60/61
 - für Patienten im erwerbsfähigen Alter: Antrag auf medizinische Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers
- Die Verordnung von medizinischer Rehabilitation enthält alle Pflichtangaben und die Kennzeichnung „VK Rückenschmerz“
 - auf dem RV-Antrag: z. B. unter Bemerkungen Punkt 14
 - auf der VO Kassen Muster 61: unter X. Punkt F Besondere Hinweise
- Der Überleitungsbogen (Anlage 6a) enthält die Angabe von:
 - Arbeitsdiagnose
 - Praxisstempel inklusive Rückruf- und Faxnummer
 - Informationen über bereits durchgeführte Diagnostik und Therapie, insbesondere Röntgenbilder oder Schnittbildgebung
- Der Überleitungsbogen (Anlage 6a) ist der Verordnung beizufügen.
- Die Liste und Ansprechpartner der beteiligten Rehabilitationseinrichtungen ist auf der Internetseite der KV Berlin (www.kvberlin.de) unter Für die Praxis/Themen von A-Z/Rückenschmerz/Teilnehmerverzeichnis: Rehabilitationseinrichtungen einzusehen.