DEUTSCHE ARZT
MANAGEMENT GMBH

VERSORGUNGSVERTRÄGE ORTHOPÄDIE

Deutsche Arzt Management GmbH

WWW.DAMG.DE

DEUTSCHE ARZT
MANAGEMENT GMBH

Im Teelbruch 118
45219 Essen

Telefon: 02054 93856 50
Fax: 069 710 451 204 95
E-Mail: lizenznehmer@daag.de

INHALTSVERZEICHNIS

Wer sind wir / Worum geht es? / Ziele für Patienten / Ihre Leistungen 4
Qualifikation / Einsteuerung + Dokumentation / Abrechnung 5
Übersicht der Versorgungsverträge 6

Konservative Alternative bei drohenden Operationen:
Knie, Hüfte, Wirbelsäule (BKK VBU) 7
Behandlungspfad 8

Knie, Hüfte, Wirbelsäule (VIACTIV) 9
Behandlungspfad 10

Schulter, Ellenbogen (VIACTIV) 11
Behandlungspfad 12

Individuelles und bedarfsgerechtes Therapiekonzept
bei chronischen Rückenschmerzen (BKK VBU) 13
Behandlungspfad 14

Individuelles und bedarfsgerechtes Therapiekonzept
bei chronischen Rückenschmerzen (VIACTIV) 15
Behandlungspfad 16

Komplexe ambulante Behandlung von unspezifischem Rückenschmerz
DAK „meinRückenCoach" 17
Behandlungspfad 18

Knie- und Hüfttherapie HYBRID
online und offline Vernetzung der Angebote | Hybride Versorgung (KKH) 19
Behandlungspfad 21

Kontakt 22

QUALITÄT IST UNSER HÖCHSTES GUT

Wer wir sind

Über unsere Zugänge zu den Entscheidungsträgern verhandeln wir als Deutsche Arzt Management GmbH bei einer Vielzahl von Krankenkassen leistungsstarke Direktverträge mit diesen und steuern die komplette Vertragsumsetzung mit allen am Leistungsgeschehen teilnehmenden Partnern über unser Case- Management. Der Kern unserer Arbeit besteht in der Vernetzung von Leistungserbringern, die dem Patienten eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung bieten. Mit unseren innovativen Behandlungskonzepten innerhalb § 140a SGB V oder § 43 SGB V der Selektivverträge gehen wir neue Wege. Die großen Veränderungen durch den Fortschritt der Digitalisierung im Gesundheitswesen und auch die enorme Geschwindigkeit der digitalen Kompetenzentwicklung der Bevölkerung nutzen wir um mit ressourcenschonenden und nachhaltigen Therapiekonzepten eine evidenzbasierte, leitliniengerechte Versorgung mit einem konsequent auf den Patientennutzen ausgerichteten Fokus sicherzustellen.

Worum geht es?

Es geht um die Vermeidung bzw. Verringerung von operativen Eingriffen bei Hüft- und Kniegelenksarthrose sowie bei Wirbelsäulen- und Schulter-/Ellenbogenschäden sowie die Reduzierung chronischer Rückenschmerzen durch Nutzung konservativer Behandlungsmethoden. Die Umsetzung erfolgt mit Hilfe eines differenzierten und am Bedarf des Patienten ausgerichteten Diagnose- und physiotherapeutischen Behandlungskonzeptes. Die Grundlage für diese Vertäge bilden die gesetzlich verankerten Rahmenbedingungen bzgl. des Leistungsanspruches der Versicherten (§§ 2 und 11 – 62 SGB V).
Das gemeinsame Ziel ist es, die Lebensqualität der Patienten deutlich zu erhöhen und die Behandlungskosten im Vergleich zu den derzeitig anfallenden Versorgungskosten spürbar zu senken. Somit findet langfristig eine Steigerung der Qualität und Effizienz in der medizinischen Versorgung der Versicherten der Krankenkassen statt.

Ziele für meine Patienten

- Verbesserung der Lebensqualität
- Vermeidung einer bevorstehenden Operation (optional)
- Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten
- Verhinderung von Wiedererkrankungen und Chronifizierungen
- Vermeidung langer AU-Zeiten, Wiederherstellung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit
- Reduktion von Dauermedikation, ärztlicher Behandlung und physikalischer Behandlungsmaßnahmen

Ihre Leistungen

Nachfolgend aufgeführte Leistungen müssen durch die Fachärzte erbracht werden:

- Die kurzfristige Vergabe von Terminen. Teilnehmende Versicherte erhalten innerhalb von 5 Werktagen ein Angebot für ein fachärztliches Diagnosegespräch.
- Aufklärung der Versicherten über die besondere Versorgung, die Ziele und Inhalte des Vertrages, die teilnehmenden Leistungserbringer, die Freiwilligkeit, Widerrufsmöglichkeit, die Erhebung/Verarbeitung/Nutzung ihrer Daten und über die Rechte und Verpflichtungen, die die Ver- sicherten mit ihrer Teilnahme eingehen.

- Die Einschreibung der Versicherten, unabhängig vom Untersuchungsergebnis
- Die unverzügliche Übersendung der unterschriebenen Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung über das Online-Portal der DAMG
- Persönliche Untersuchung, Beratung über Untersuchungsergebnis, ärztliche Eingangsdokumentation in das Online Portal der DAMG und Übermittlung der Daten an das Case Management der DAMG.
- Bei Bedarf regelmäßige Fallkonferenzen mit den eingebundenen Leistungserbringern zur Diagnosesicherung, Behandlungs- und Verlaufsplanung.
- Freiwillige Teilnahme am Qualitätszirkel der DAMG.

Qualifikation der Leistungserbringer

Alle Leistungserbringer müssen zur Versorgung der Versicherten nach dem 4. Kapitel des SGB V berechtigt sein (Physiotherapeutische Einrichtungen nach § 124 SGB V, niedergelassene Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Allgemeinmedizin nach §95 SGB V).

Einsteuerung des Patienten und ärztliche Dokumentation

Die Voraussetzungen zur Einsteuerung, Ablauf und Inhalt sowie Ihre ärztliche Dokumentation entnehmen Sie bitte der folgenden detaillierten Auflistung der Versorgungskonzepte.

Die Patienten müssen physisch in der Lage sein und die Motivation haben eine konservative Therapie 1-2 Mal pro Woche über einen Zeitraum von 3-5 Monaten in einem teilnehmenden Physiotherapie- Zentrum durchzuführen. Durch die besondere Versorgung (§ 140a SGB V) haben Sie die Möglichkeit, Ihren Patienten eine sehr effektive Langzeittherapie anzubieten.

Abrechnung Ihrer erbrachten Leistungen

Die Abrechnung erfolgt einmal im Monat mit allen Dokumenten, die bis zum letzten Werktag eines Monats im Casemanagement vorliegen. Das Zahlungsziel beträgt je nach Kostenträgers 6-8 Wochen. Die Auszahlung an die einzelnen Leistungserbringer erfolgt innerhalb von 2 Wochen nach Zahlungseingang durch den Kostenträger. Parallel zur Auszahlung erhalten Sie eine Gutschrift, aus der Sie die abgerechneten Leistungen je Patient entnehmen können.

Bei Rückfragen erreichen Sie uns auch direkt unter:
E-Mail: lizenznehmer@daag.de
Telefon: 02054 9385650

ÜBERSICHT DER VERSORGUNGSVERTRÄGE

Die Deutsche Arzt Management GmbH bietet unterschiedliche Versorgungsverträge mit den Krankenkassen. Sie haben die Möglichkeit an folgenden Versorgungsverträgen teilzunehmen:

Versorgungskonzept	Teilnehmende Krankenkasse	Seite
Konservative Alternative bei drohenden Operationen: Knie, Hüfte, Wirbelsäule	BKK-VBU, VIACTIV Krankenkasse	7 / 9
Konservative Alternative bei drohenden Operationen: Schulter & Ellenbogen	VIACTIV Krankenkasse	11
Individuelles und bedarfsgerechtes Therapiekonzept bei chronischen Rückenschmerzen	BKK-VBU, VIACTIV Krankenkasse	13 / 15
Komplexe ambulante Behandlung von unspezifischem Rückenschmerz DAK "meinRückenCoach"	DAK Gesundheit	17
Knie- und Hüfttherapie Hybrid	KKH	19

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE EINSTEUERUNG DURCH DEN FACHARZT

- gesicherte Diagnosen gem. ICD-10 Schlüssel M16, M17, M50, M51, M54
- bzgl. Der Rückendiagnosen richtet sich der Vertrag speziell auf die Vermeidung von Bandscheibenoperationen
- es liegt keine Altersbeschränkung der Versicherten vor

ÄRZTLICHE DOKUMENTATION

- Staffelstein-Score bzw. Wirbelsäulen-Score, Patientenscreeningbogen und Teilnahmeerklärung des Patienten bei Einsteuerung des Patienten
- Therapieverlaufsprotokoll bei ärztlicher Zwischenuntersuchung/Videokonferenz
- Staffelstein-Score bzw. Wirbelsäulen-Score nach Therapieende
- Staffelstein-Score bzw. Wirbelsäulen-Score nach ärztlicher Kontrolluntersuchung 12 Monate nach Therapieende

SONSTIGE BESONDERHEITEN

- Versichertenstatus 1,3,5
- Inanspruchnahme von Heilmitteln in den letzten 12 Monaten bei entsprechender Diagnose
- Krankschreibungen innerhalb der letzten 12 Monate werden bei der Genehmigung berücksichtigt
- Versicherte müssen keinen Eigenanteil zahlen

BEHANDLUNGSPFAD

KONSERVATIVE ALTERNATIVE BEI DROHENDEN OPERATIONEN KNIE - HÜFTE - WIRBELSÄULE

OP Indikation durch Haus- oder Facharzt Überweisung zum teilnehmenden Facharzt für Orthopädie (TNE & PSB)

▼

OP Indikation durch Facharzt für Orthopädie mit Möglichkeit der konservativen Alternative (PSB & SSC)

OP Indikation durch Facharzt für Orthopädie mit Möglichkeit der konservativen Alternative (PSB, SSC & TNE)

▼

Eingangsanalyse Physiotherapie innerhalb von 7 Werktagen

▼

Gemeinsame Entscheidung zur Modulauswahl (Fallkonferenz/Verlaufsprotokoll)

▼

OP-Vermeidung
8 TE à 60 Minuten KGG/30 Minuten KG/MT

OP-Vorbereitung
4 TE KG à 30 Minuten

▼

Zwischenuntersuchung/Video-Konferenz durch Facharzt für Orthopädie

▼

Gemeinsame Entscheidung zur Therapiefortführung (Fallkonferenz/Verlaufsprotokoll)

▼

Modul klein
8 TE à 60 Minuten KGG / 30 Minuten KG/MT

Modul mittel
16 TE à 60 Minuten KGG / 30 Minuten KG/MT

Modul intensiv
24 TE à 60 Minuten KGG / 30 Minuten KG/MT

Therapieabbruch (Compliance/OP)

▼

Abschlussanalyse durch Physiotherapeut

▼

Empfehlung zu weiterführenden Maßnahmen (Überleitung nextPHYSIO)

▼

Ärztliche Abschlussuntersuchung durch Facharzt für Orthopädie (SSC)

▼

Re-Assessment nach 12 Monaten durch Physiotherapeut (3 TE à 30 Minuten KG)

▼

Ärztliche Kontrolluntersuchung/Video-Konferenz nach 12 Monaten durch Facharzt für Orthopädie (SSC)

PSB = Patientenscreeningbogen
SSC = Staffelstein Score
TNE = Teilnahmeerklärung
TE = Therapieeinheit

VIACTIV Krankenkasse

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE EINSTEUERUNG DURCH DEN FACHARZT

- gesicherte Diagnosen gem. ICD-10 Schlüssel M16, M17, M40 bis M42 (inkl. Aller Unterschiede), M47.2 ist M47.9, M48.0, M48.8, M48.9, M49.8 sowie M50 bis M54 (inkl. Aller Unterschiede)
- bzgl. Der Rückendiagnosen richtet sich der Vertrag speziell auf die Vermeidung von Bandscheibenoperationen
- es liegt keine Altersbeschränkung der Versicherten vor

ÄRZTLICHE DOKUMENTATION

- Staffelstein-Score bzw. Wirbelsäulen-Score, Patientenscreeningbogen und Teilnahmeerklärung des Patienten bei Einsteuerung des Patienten
- Ärztliche Zwischenuntersuchung/Videokonferenz (Therapieverlaufsprotokoll)

SONSTIGE BESONDERHEITEN

- Versichertenstatus 1, 3, 5
- Inanspruchnahme von Heilmitteln in den letzten 12 Monaten bei entsprechender Diagnose
- Krankschreibungen innerhalb der letzten 12 Monate werden bei der Genehmigung berücksichtigt
- Genehmigungsverfahren seitens der Krankenkassen liegt vor
- Versicherte müssen einen Eigenanteil leisten

BEHANDLUNGSPFAD

KONSERVATIVE ALTERNATIVE BEI DROHENDEN OPERATIONEN KNIE - HÜFTE - WIRBELSÄULE

VIACTIV Krankenkasse

OP Indikation durch Haus- oder Facharzt Überweisung zum teilnehmenden Facharzt für Orthopädie (TNE & PSB)

▼

OP Indikation durch Facharzt für Orthopädie mit Möglichkeit der konservativen Alternative (PSB & SSC)

OP Indikation durch Facharzt für Orthopädie mit Möglichkeit der konservativen Alternative (PSB, SSC & TNE)

▼

Eingangsanalyse Physiotherapie innerhalb von 7 Werktagen

▼

Gemeinsame Entscheidung zur Modulauswahl (Fallkonferenz/Verlaufsprotokoll)

▼

OP-Vermeidung
8 TE à 60 Minuten KGG/30 Minuten KG/MT

OP-Vorbereitung
4 TE KG à 30 Minuten

▼

Zwischenuntersuchung/Video-Konferenz durch Facharzt für Orthopädie

▼

Gemeinsame Entscheidung zur Therapiefortführung (Fallkonferenz/Verlaufsprotokoll)

▼

Modul klein
8 TE à 60 Minuten KGG / 30 Minuten KG/MT

Modul mittel
16 TE à 60 Minuten KGG / 30 Minuten KG/MT

Modul intensiv
24 TE à 60 Minuten KGG / 30 Minuten KG/MT

Therapieabbruch (Compliance/OP)

▼

Abschlussanalyse durch Physiotherapeut

▼

Empfehlung zu weiterführenden Maßnahmen (Überleitung nextPHYSIO)

PSB = Patientenscreeningbogen
SSC = Staffelstein Score
TNE = Teilnahmeerklärung
TE = Therapieeinheit

KONSERVATIVE ALTERNATIVE BEI DROHENDENOPERATIONEN
SCHULTER – ELLENBOGEN

VIACTIV Krankenkasse

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE EINSTEUERUNG DURCH DEN FACHARZT

- gesicherte Diagnosen gem. ICD-10 Schlüssel M19.01, M19.02, M19.11, M19.12, M19.21, M19.22, M19.91, M24.12, M24.22, M24.41, M24.42, M25.32, M70.3, M71.8, M75.0, M75.1, M75.3-M75.5,
- M75.8, M77.0, M77.1, S43.4, S46.0, S53.4
- bevorstehende Operation an Schulter- oder Ellenbogengelenk
- geeignete Einstufung aus fachärztlicher Sicht für eine konservative Therapie in einem teilnehmenden Physiotherapie-Zentrum

VERSICHERTENSTATUS

- 1, 3, 5

ÄRZTLICHE DOKUMENTATION

- Ärztliche Eingangsdokumentation (Patientenscreeningbogen und Teilnahmeerklärung)
- Ärztliche Zwischenuntersuchung/Videokonferenz (Therapieverlaufsprotokoll)
- Die Eingabe erfolgt über das Portal der Deutschen Arzt Management GmbH

SONSTIGE BESONDERHEITEN

- Keine Altersbeschränkung der Versicherten
- Inanspruchnahme von Heilmitteln innerhalb der letzten 12 Monate: Regelversorgung grundsätzlich vor besonderer Versorgung
- Krankschreibungen innerhalb der letzten 12 Monate wird bei er Genehmigung berücksichtigt
- Genehmigungsverfahren seitens der Krankenkasse liegt vor
- Versicherte müssen einen Eigenanteil zahlen

Die Eingabe erfolgt über das Portal der Deutschen Arzt Management GmbH
https://portal.daag.de/

Weitere Informationen und die Anleitung erhalten Sie über den QR-Code:

BEHANDLUNGSPFAD

KONSERVATIVE ALTERNATIVE BEI DROHENDEN OPERATIONEN SCHULTER - ELLENBOGEN

VIACTIV Krankenkasse

OP Indikation durch Haus- oder Facharzt Überweisung zum teilnehmenden Facharzt für Orthopädie (Einsteuerung über das Portal der DAAG)

▼

Zweitmeinung zur OP-Vermeidung (innerhalb von 7 Werktagen) durch Facharzt für Orthopädie (Einsteuerung über das Portal der DAMG)

OP-Indikation durch Facharzt für Orthopädie mit Möglichkeit zur OP-Vermeidung durch Therapiekonzept (Einsteuerung über das Portal der DAMG)

▼

Eingangsanalyse Physiotherapie (innerhalb von 7 Werktagen)

▼

Gemeinsame Entscheidung zur Modulauswahl (Verlaufsprotokoll)

▼

Modul OP Vermeidung
8 TE à 60 Minuten KGG/30 Minuten KG

Modul OP Vorbereitung
4 TE KG à 30 Minuten

▼

Zwischenuntersuchung/Video-Konferenz durch Facharzt für Orthopädie

▼

Gemeinsame Entscheidung zur Therapiefortführung (Verlaufsprotokoll)

▼

Klein
8 TE à 60 Minuten KGG/
30 Minuten KG/MT

Mittel
16 TE à 60 Minuten KGG/
30 Minuten KG/MT

Intensiv
24 TE à 60 Minuten KGG/
30 Minuten KG/MT

Therapieabbruch (Compliance/OP)

▼

Abschlussanalyse durch Physiotherapeut

▼

Empfehlung zu weiterführenden Maßnahmen (Überleitung NextPhysio)

TE = Therapieeinheit

INDIVIDUELLES UND BEDARFSGERECHTES THERAPIEKONZEPT BEI CHRONISCHEN RÜCKENSCHMERZEN

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE EINSTEUERUNG DURCH DEN FACHARZT

- gesicherte Diagnosen gem. ICD-10 Schlüssel M40-M43, M45-M51, M53, M54, M96.1 und M96.8
- geeignete Einstufung aus fachärztlicher Sicht für eine konservative Therapie in einem teilnehmenden Physiotherapie-Zentrum
- Auswertung nach dem Essener Selektionsmodell (ESM)

VERSICHERTENSTATUS

- 1, 3, 5

ÄRZTLICHE DOKUMENTATION

- Patientenscreeningbogen
- Teilnahmeerklärung des Patienten

SONSTIGE BESONDERHEITEN

- Keine Altersbeschränkung für die Versicherten
- Inanspruchnahme von Heilmitteln innerhalb der letzten 12 Monate:
  Regelversorgung vor besonderer Versorgung
- Genehmigungsverfahren seitens der Krankenkasse:
  - o Zulassung nach ESM-Score
  - o Genehmigung erfolgt durch das Casemanagement der Deutschen Arzt Management GmbH
- Versicherte müssen keinen Eigenanteil zahlen
- Keine ärztliche Vergütung

BEHANDLUNGSPFAD

INDIVIDUELLES UND BEDARFSGERECHTES THERAPIEKONZEPT BEI CHRONISCHEN RÜCKENSCHMERZEN

Krankenkasse Fallmanagement

▼

Zweitmeinung Facharzt für Orthopädie innerhalb 5 Werktagen (PSB, TNE)

OP-Indikation durch Facharzt für Orthopädie mit Möglichkeit zur OP-Vermeidung durch Therapiekonzept (Einsteuerung über das Portal der DAMG)

Hausarzt, Facharzt API (Hausarzt, Praktischer Arzt, Internist) (PSB, TNE)

▼

Patient füllt ESM im Physiotherapie-Zentrum aus

▼

0-5 Punkte	6-10 Punkte	11-15 Punkte	> 16 Punkte	> 16 Punkte bei Arbeitsunfähigkeit ✷
Keine Aufnahme in das Versorgungsprogramm	3 Monate NextPhysio	Eingangsanalyse	Eingangsanalyse	Eingangsanalyse
		Modul 1 9 TE à 60 Minuten KGG oder 30 Minuten KG 2x pro Woche	**Modul 2** 18 TE à 60 Minuten KGG oder 30 Minuten KG 2x pro Woche inkl. ReCheck in der 9. TE	**Modul 3 AU** 18 TE à 90 Minuten KGG und KG 3x pro Woche inkl. ReCheck in der 9. TE

▼

Kontrollanalyse im Physiotherapie-Zentrum (ESM)

▼

Therapieerfolg

Kein Therapieerfolg Therapieende

0-3 Punkte	4-6 Punkte	7-10 Punkte	> 10 Punkte
3 Monate NextPhysio	**Modul klein** 6 TE à 60 Minuten KGG oder 30 Minuten KG 2x pro Woche	**Modul mittel** 12 TE à 60 Minuten KGG oder 30 Minuten KG 2x pro Woche	**Modul intensiv** 18 TE à 60 Minuten KGG oder 30 Minuten KG 2x pro Woche

▼

Abschlussanalyse durch Physiotherapeut

▼

3 Monate NextPhysio

TNE = Teilnahmeerklärung des Patienten
TE = Therapieeinheit
✷ = Aktuell länger als 28 AU Tage

INDIVIDUELLES UND BEDARFSGERECHTES THERAPIEKONZEPT BEI CHRONISCHEN RÜCKENSCHMERZEN

VIACTIV Krankenkasse

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE EINSTEUERUNG DURCH DEN FACHARZT

- gesicherte Diagnosen gem. ICD-10 Schlüssel M40-M43, M47-M54, M96
- geeignete Einstufung aus fachärztlicher Sicht für eine konservative Therapie in einem teilnehmenden Physiotherapie-Zentrum
- Auswertung nach dem Essener Selektionsmodell (ESM)

VERSICHERTENSTATUS

- 1

ÄRZTLICHE DOKUMENTATION

- Patientenscreeningbogen

SONSTIGE BESONDERHEITEN

- Altersbeschränkung der Versicherten: 25-64 Jahre
- 12 Heilmittel müssen innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund von Rückenschmerzen absolviert sein
- Krankschreibung innerhalb der letzten 12 Monate werden bei der der Genehmigung berücksichtigt
- Genehmigungsverfahren seitens der Krankenkassen liegt vor
    - o Zulassung nach ESM-Score
    - o Genehmigung erfolgt durch das Casemanagement der Deutschen Arzt Management GmbH

BEHANDLUNGSPFAD

INDIVIDUELLES UND BEDARFSGERECHTES THERAPIEKONZEPT BEI CHRONISCHEN RÜCKENSCHMERZEN

VIACTIV Krankenkasse

Hausarzt (PSB, TNE)

Facharzt für Orthopädie (PSB, TNE)

Patient füllt ESM im Physiotherapie-Zentrum aus

0-10 Punkte

keine Aufnahme in das Versorgungsprogramm

>10 Punkte

Case Management der DAMG stellt Kostenübernahmeantrag bei der Krankenkasse

Eingangsanalyse

Modul 1
16 TE à 60 Minuten KGG
2x pro Woche

Kontrollanalyse inkl. ESM-Auswertung /
Nimmt der Patient erneut an der Therapie teil (frühestens 4 Jahre nach Beendigung der letzten Therapie), folgen nach der Kontrollanalyse automatisch 3 Monate NextPhysio

Therapieerfolg

kein Therapieerfolg: Therapieende

3 Monate NextPhysio

0-4 Punkte

keine Fortführung des Versorgungsprogrammes möglich

>4 Punkte

Case Management der DAMG stellt Kostenübernahmeantrag bei der Krankenkasse

5-10 Punkte

Modul 3
10 TE à
60 Minuten KGG
2x pro Woche

>10 Punkte

Modul 2
20 TE à
60 Minuten KGG
2x pro Woche

Abschlussanalyse

TNE = Teilnahmeerklärung des Patienten
TE = Therapieeinheit

KOMPLEXE AMBULANTE BEHANDLUNG VON UNSPEZIFISCHEM RÜCKENSCHMERZ - DAK „MEINRÜCKENCOACH“

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE EINSTEUERUNG DURCH DEN FACHARZT

- die Einsteuerung erfolgt ausschließlich durch die DAK-Gesundheit
- gesicherte Diagnosen gem. ICD-10 Schlüssel M42 (bis auf M42.0), M43, M47, M48 (bis auf M48.4), M50, M51, M53 (bis auf M53.2), M54, M99, G55.1* (M50-M51)
- geeignete Einstufung aus fachärztlicher Sicht für eine konservative ganzheitliche Therapie

VERSICHERTENSTATUS

- 1

ÄRZTLICHE DOKUMENTATION

- Patientenscreeningbogen "meinRückenCoach"
- Teilnahmeerklärung des Patienten

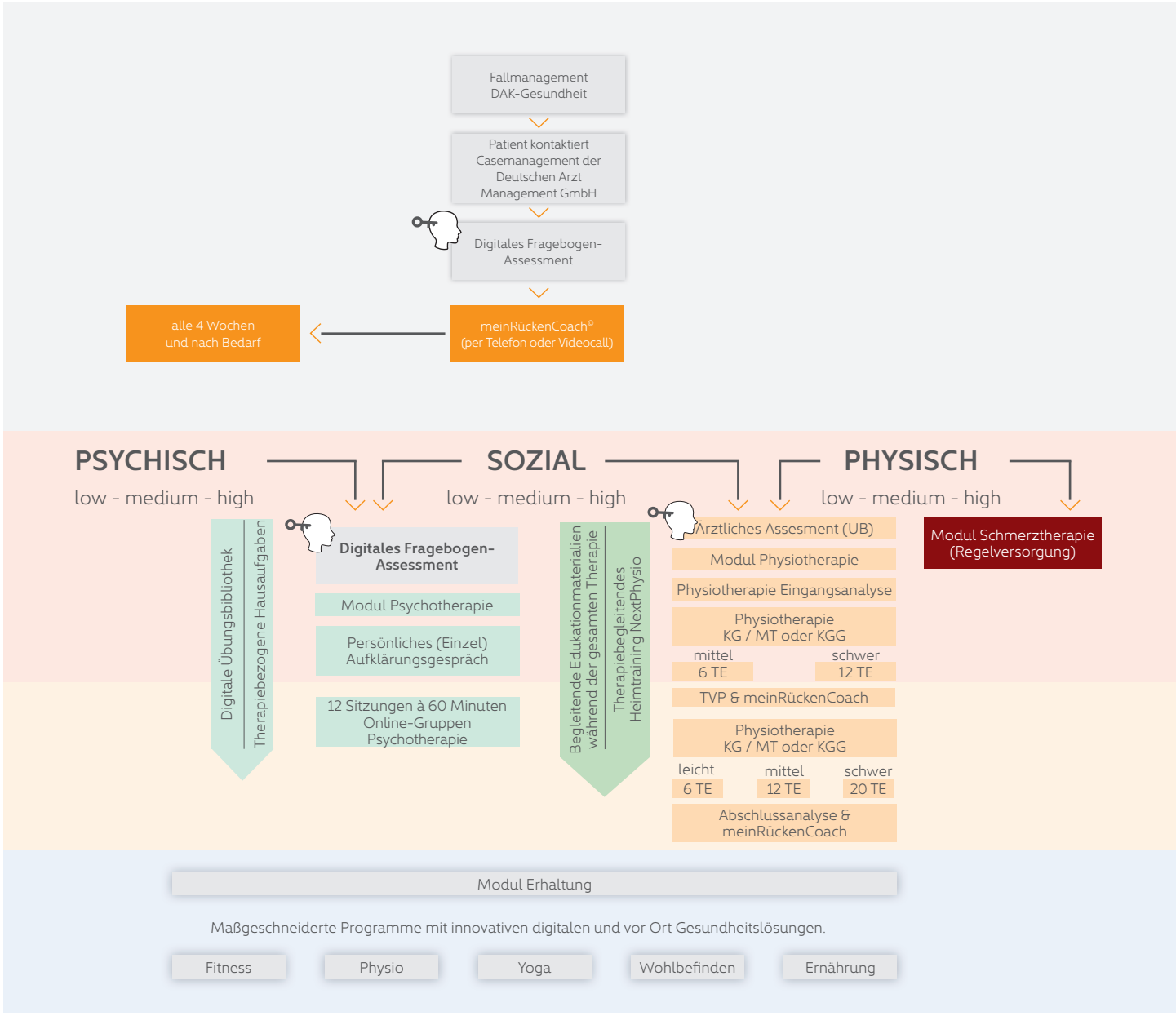
SONSTIGE BESONDERHEITEN

- Altersbeschränkung der Versicherten: 15-65 Jahre
- Inanspruchnahme von Heilmitteln innerhalb der letzten 12 Monate: Regelversorgung grundsätzlich vor besonderer Versorgung
- Krankschreibungen innerhalb der letzten 12 Monate: mind. 28 Tage aufgrund einer der vorausgesetzten Diagnosen
- Genehmigungsverfahren seitens der Krankenkasse erfolgt durch das Casemanagement der Deutschen Arzt Management GmbH

BEHANDLUNGSPFAD

INTERDISZIPLINÄRER BEHANDLUNGSPFAD NICHT-SPEZIFISCHER KREUZSCHMERZ

GESAMTDAUER 24 MONATE



Facharzt für Orthopädie
Physiotherapeut
Webprax
NextPhysio
Schmerztherapie
Steuerungsintelligenz

TE = Therapieeinheit
UB = Unbedenklichkeitsbescheinigung

KOMPLEXE AMBULANTE BEHANDLUNG ZUR OP-VERMEIDUNG BEI GON- UND COXARTHROSE

KKH Kaufmännische Krankenkasse

Die Deutsche Arzt Management GmbH und FPZ haben erstmalig gemeinsam mit der Kaufmännischen Krankenkasse KKH ein neues Versorgungskonzept entwickelt, um so eine noch effektivere und nachhaltigere Versorgung von Patienten mit Arthrose zu ermöglichen.
Erreicht wird dieses Ziel durch die Kombination einer offline Therapie (ambulant) und online Therapie (Hybrid Therapie).

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE EINSTEUERUNG DURCH DEN FACHARZT

- gesicherte Diagnose gem. ICD-10 Schlüssel M16 und M17
- bevorstehende endoprothetische Operation
- geeignete Einstufung aus fachärztlicher Sicht für eine konservative Therapie in einem teilnehmenden Physiotherapie-Zentrum
- Einsteuerung über das Online Portal der Deutschen Arzt Management GmbH https://portal.daag.de (Weitere Informationen und die Anleitung erreichen Sie über den QR-Code)

VERSICHERTENSTATUS

- Keine Beschränkung

IHRE LEISTUNGEN

Nachfolgend aufgeführte Leistungen müssen durch den Facharzt erbracht werden:

- Die kurzfristige Vergabe von Terminen. Teilnehmende Versicherte erhalten innerhalb von 5 Werktagen ein Angebot für ein fachärztliches Diagnosegespräch.
- Aufklärung der Versicherten über die besondere Versorgung, die Ziele und Inhalte des Vertrages, die teilnehmenden Leistungserbringer, die Freiwilligkeit, Widerrufsmöglichkeit, die Erhebung/Verarbeitung/Nutzung ihrer Daten und über die Rechte und Verpflichtungen, die die Versicherten mit ihrer Teilnahme eingehen.
- Die Einschreibung der Versicherten, unabhängig vom Untersuchungsergebnis
- Die unverzügliche Übersendung der unterschriebenen Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung über das Online-Portal der DAMG
- Persönliche Untersuchung, Beratung über Untersuchungsergebnis, ärztliche Eingangsdokumentation in das Online Portal der DAAG (vgl. Seite 10) und Übermittlung der Daten an das Case Management der DAMG.
- Bei Bedarf regelmäßige Fallkonferenzen mit den eingebundenen Leistungserbringern zur Diagnosesicherung, Behandlungs- und Verlaufsplanung.
- Freiwillige Teilnahme am Qualitätszirkel der DAMG.

QUALIFIKATION DER LEISTUNGSERBRINGER

Alle Leistungserbringer müssen zur Versorgung der Versicherten nach dem 4. Kapitel des SGB V berechtigt sein (Physiotherapeutische Einrichtungen nach § 124 SGB V, niedergelassene Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Allgemeinmedizin nach §95 SGB V).

SONSTIGE BESONDERHEITEN

- Keine Altersbeschränkung der Versicherten
- Inanspruchnahme von Heilmitteln innerhalb der letzten 12 Monate: Regelversorgung grundsätzlich vor besonderer Versorgung
- Krankschreibungen innerhalb der letzten 12 Monate werden bei der Genehmigung berücksichtigt
- Genehmigung der Versicherten erfolgt über das Casemanagement der Deutschen Arzt Management GmbH

Knie- und Hüfttherapie HYBRID

online und offline Vernetzung der Angebote
(Hybride Versorgung)

KKH Kaufmännische Krankenkasse

Anamnese durch niedergelassenen Arzt (TNE, ärztliche Dokumentation)

Eignungsprüfung: Voraussetzung der Therapieindikation erfüllt?

▼

Physiotherapeutisches Eingangsassessment
anhand der physiotherapeutischen Fragebögen

▼

12 Wochen Intensivprogramm

Ambulante Therapie 2x pro Woche als Gruppenterhapie mit neuromuskulärem Programm maximale Gruppengröße: 5 Personen	**Online Edukation** 1 x pro Woche Verhaltensänderung / Schmerz ABC

▼

Abschlussassessment durch Physiotherapeut

▼

12 Wochen online Heimtraining
1-2 x pro Woche

nextPHYSIO

FPZ Muskulatur im Fokus

DEUTSCHE ARZT
MANAGEMENT GMBH

Deutsche Arzt Management GmbH
Im Teelbruch 118
45219 Essen

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter:
Telefon: 02054 93856 50
E-Mail: lizenznehmer@daag.de