

## Patienteninformation zum integrierten Behandlungskonzept

Ihre IKK bietet ein spezielles Behandlungsprogramm für Versicherte, die einem orthopädischen Versorgungsverbund beitreten möchten. Unter dem Motto "Beweglich in die Zukunft" haben sich das Ärztenetz Hamburg Nordwest, das Kath. Marienkrankenhaus, das Albertinen Krankenhaus und das Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus für eine optimierte orthopädische Behandlung zusammengeschlossen. Ergänzt wird dieses Versorgungsnetz durch die orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen der Ostseeklinik Schönberg-Holm, dem Nordsee Reha-Klinikum in St. Peter-Ording und dem Ambulanten Therapiezentrum Walddorfer in Hamburg. An diesem Behandlungsprogramm können natürlich alle Orthopäden und Chirurgen durch eine entsprechende Erklärung teilnehmen. Durch Ihre aktive Teilnahme an diesem Programm wird Ihre Behandlung optimiert. Sie werden umfassend informiert und ausführlich beraten, deshalb sollten Sie dieses Behandlungsprogramm mit all seinen Vorteilen nutzen.

Die Erkrankungen der Hüft-, Knie- und Schultergelenke lösen meist große Verunsicherung aus. Wie geht es weiter, welche Behandlung ist die richtige, wo kann ich mich informieren? Diese Fragen wird sich dann jeder Patient unweigerlich stellen. Ein spezielles Behandlungskonzept, an dem Sie freiwillig teilnehmen können, soll Ihnen helfen, Ihre Fragen zu beantworten und Ihnen eine optimale Behandlung und Betreuung während des gesamten Behandlungsprozesses und in der Zeit danach zu sichern. Ein wichtiges Ziel dabei ist, Sie über Ihre Krankheit und Ihre Behandlung so gut zu informieren, dass Sie darin gestärkt werden, sich aktiv an den anstehenden Entscheidungen zu beteiligen. Denn: Wer viel weiß, kann mitreden, und wer mitreden kann, fühlt sich sicherer.

Hier in Kürze die wichtigsten Informationen zum integrierten Versorgungskonzept:

### Ziele

Ziel des integrierten Versorgungskonzeptes ist die Vernetzung einzelner Versorgungsbereiche: Ihr Orthopäde/Chirurg ist Ihr erster Ansprechpartner in der ambulanten Behandlung. Hier wird der weitere Behandlungsverlauf anhand der gestellten Diagnosen erklärt und besprochen. Im Fall einer Krankenhausbehandlung nimmt Ihr Arzt Kontakt mit einem weiteren Orthopäden/Chirurgen auf und führt in einem Zweitmeinungsverfahren eine weitere Untersuchung durch. Bestätigt sich die Diagnose des ersten Arztes, wird mit dem Kollegen im Krankenhaus der weitere Behandlungsverlauf, abgestimmt auf Ihre individuelle Situation, vorbereitet. Nach der stationären Behandlung entscheiden die Krankenhausärzte mit Ihnen gemeinsam über die Notwendigkeit einer anschließenden Rehabilitation, die dann entweder stationär oder auch ambulant am Wohnort erfolgen kann. Die ambulanten ärztlichen Nachuntersuchungen übernimmt dann wieder Ihr Orthopäde/Chirurg.

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieses Behandlungsprogramms. Sie werden durch intensive Beratung und umfassende Informationen in die Lage versetzt, gemeinsam mit dem Arzt Ihres Vertrauens individuelle Therapieziele festzulegen und aktiv an der Umsetzung mitzuwirken. Die wesentlichen Therapieziele sind:

- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Steigerung der Lebensqualität
- Modifikation und positive Beeinflussung des Lebensstils
- Erstellung eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes
- Überprüfung des Behandlungsergebnisses

### Medizinische Behandlung

Im Rahmen dieses Behandlungsprogramms sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Darüber hinaus haben die IKK und die Vertragspartner zusätzliche Gewährleistungsregelungen getroffen, was praktisch einer Operationsqualität mit Garantie entspricht. Ihr Arzt des Vertrauens übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Therapeuten und sorgt dafür, dass alle Spezialisten reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

### Teilnahme

Voraussetzung für Ihre Teilnahme an diesem Behandlungsprogramm ist,

- dass Sie bei der IKK versichert sind,
- dass Ihre orthopädische Erkrankung durch einen an diesem Programm teilnehmenden Arzt bzw. Krankenhaus behandelt wird,
- dass Sie grundsätzlich bereit sind, aktiv am Programm mitzuwirken,
- dass Sie schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung erklären.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem niedergelassenen Facharzt oder in den beteiligten Krankenhäusern. Ihre Teilnahme an diesem Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenlos. Die Teilnahme am Programm kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen. Ihre Krankenkasse möchte, dass Sie wieder unbeschwerter am Alltagsleben teilnehmen können. Dabei hilft Ihnen dieses Behandlungsprogramm.

### Ihre Rechte als Patient

Sie haben ein Recht auf sorgfältige und ausführliche Information und Beratung, sichere und qualifizierte Behandlung und angemessene Beteiligung. Zu Ihrem Recht auf In-

formation zählt zum Beispiel, dass Ihr Arzt Sie aufklärt über Nutzen und Risiken diagnostischer Maßnahmen und Chancen der Behandlung im Vergleich zum Krankheitsverlauf ohne Behandlung. Sie haben Anspruch auf qualifizierte Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Versorgung. Sie haben jederzeit das Recht, eine zweite ärztliche Meinung zur Behandlungsplanung oder zum Verlauf einer Behandlung einzuholen. Zu diesem Zweck können Sie die Aushängung aller bereits vorhandenen diagnostischen Befunde veranlassen. Auch Ihre IKK ist bei diesen Fragen der richtige Ansprechpartner und hilft Ihnen gerne weiter.

### Dokumentation und Datenschutz

Das Behandlungsprogramm hat das Ziel, die Behandlung und damit die Lebensqualität zu verbessern. Um dies zu erreichen, müssen die beteiligten Therapeuten schnell informiert werden. Die dafür notwendigen Daten über Ihren Behandlungsverlauf werden deshalb schnellstmöglich weitergeleitet, um eine effektive Behandlung jederzeit zu gewährleisten. Für weitere Fragen und Informationen steht Ihnen als Ansprechpartner der IKK zur Verfügung:

Herr  
Marco Lottermoser  
- Integrierte Versorgung -  
Kieler Straße 464 - 470  
22525 Hamburg  
Tel: (0 40) 5 40 03 - 3 53

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

Druckfeld für Patienten- und Vertragsarzt-daten



## Erklärung

zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung von PatientInnen mit orthopädischen Erkrankungen gemäß § 140 a-d SGB V

- Ersteinschreibung     Arztwechsel

### Hiermit erkläre ich, dass

- mein behandelnder Arzt mir mitgeteilt hat, dass ich die Kriterien nach dem o. g. Vertrag erfülle,
- mein behandelnder Arzt mich umfassend über die Inhalte der Integrierten Versorgung, die Versorgungsziele sowie die Aufgabenaufteilung der Ärzte, Kliniken und andere Fachleute der Integrierte Versorgung zur orthopädischen Behandlung informiert hat,
- sämtliche Leistungen durch die Leistungserbringer erbracht werden, die an der Kooperation zur Integrierten Versorgung teilnehmen. Das Versorgungsmodell sieht die Behandlung und Versorgung der orthopädischen Erkrankung ausschließlich durch die der Teilnahmeerklärung beigefügten Aufstellung von Leistungserbringern vor, sofern medizinische Gründe nicht dagegen sprechen,
- mir das Merkblatt ausgehändigt und ich über die Inhalte informiert wurde und mit der Behandlung durch

- die teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser einverstanden bin,
- ich über die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Integrierten Versorgung informiert wurde und jederzeit die Teilnahme an der Integrierten Versorgung bei der IKK kündigen kann, ohne dass mir hieraus Nachteile in der Betreuung und Behandlung entstehen.
- mir bekannt ist, welche Mitwirkung an der Genesung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.

- Ja, ich möchte an der Integrierten Versorgung für Patienten mit orthopädischen Erkrankungen teilnehmen.
- Ja, ich möchte bis auf Widerruf regelmäßig die Orthopädiezeitung kostenfrei zugesandt bekommen.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Versicherten

## Datenschutzerklärung

zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung von PatientInnen mit orthopädischen Erkrankungen gemäß § 140 a-d SGB V

### Mir ist bekannt, dass

- zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch von der IKK beauftragte Ärzte (z.B. MDK) eingesehen werden können,
- Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung der Orthopädischen Erkrankung stehen, zwischen den einzelnen am Vertrag beteiligten Ärzten und Krankenhäusern unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden,
- alle notwendigen Daten zum Zweck der Abrechnung an die MediTool AG Hamburg weitergegeben werden,
- meine Dokumentationsdaten zum Zwecke der Qualitätssicherung von meinem behandelnden Arzt an die Evaluationsstelle, die Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH, Hamburg, gesandt werden,
- meine Adresse gegebenenfalls von der Krankenkasse

an eine neutrale Stelle weitergeleitet wird, damit diese mich zu meiner persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit befragen sowie durch Informationsschriften über Aktuelles aus dem Versorgungsmodell unterrichten kann. Ersteres ist nur erforderlich, wenn ich von der neutralen Stelle zu den zufällig ausgewählten Teilnehmern gehöre, die hierzu befragt werden sollen.

- ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Mit Zugang des Widerrufs bei der IKK ist damit der Austritt aus der Integrierten Versorgung verbunden.
  - die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der Integrierten Versorgung gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.
- Ja, ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der Integrierten Versorgung für orthopädische Erkrankungen einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Versicherten

Für den Versand im Fensterbriefumschlag diese Seite aussen

**IKK Hamburg**  
**- Integrierte Versorgung -**  
**Kieler Straße 464-470**

**22525 Hamburg**

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

Druckfeld für Patienten- und Vertragsarzt-daten



## Erklärung

zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung von PatientInnen mit orthopädischen Erkrankungen gemäß § 140 a-d SGB V

- Ersteinschreibung     Arztwechsel

### Hiermit erkläre ich, dass

- mein behandelnder Arzt mir mitgeteilt hat, dass ich die Kriterien nach dem o. g. Vertrag erfülle,
- mein behandelnder Arzt mich umfassend über die Inhalte der Integrierten Versorgung, die Versorgungsziele sowie die Aufgabenaufteilung der Ärzte, Kliniken und andere Fachleute der Integrierte Versorgung zur orthopädischen Behandlung informiert hat,
- sämtliche Leistungen durch die Leistungserbringer erbracht werden, die an der Kooperation zur Integrierten Versorgung teilnehmen. Das Versorgungsmodell sieht die Behandlung und Versorgung der orthopädischen Erkrankung ausschließlich durch die der Teilnahmeerklärung beigefügten Aufstellung von Leistungserbringern vor, sofern medizinische Gründe nicht dagegen sprechen,
- mir das Merkblatt ausgehändigt und ich über die Inhalte informiert wurde und mit der Behandlung durch

die teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser einverstanden bin,

- ich über die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Integrierten Versorgung informiert wurde und jederzeit die Teilnahme an der Integrierten Versorgung bei der IKK kündigen kann, ohne dass mir hieraus Nachteile in der Betreuung und Behandlung entstehen.
  - mir bekannt ist, welche Mitwirkung an der Genesung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- Ja, ich möchte an der Integrierten Versorgung für Patienten mit orthopädischen Erkrankungen teilnehmen.
- Ja, ich möchte bis auf Widerruf regelmäßig die Orthopädiezeitung kostenfrei zugesandt bekommen.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Versicherten

## Datenschutzerklärung

zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung von PatientInnen mit orthopädischen Erkrankungen gemäß § 140 a-d SGB V

### Mir ist bekannt, dass

- zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch von der IKK beauftragte Ärzte (z.B. MDK) eingesehen werden können,
- Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung der Orthopädischen Erkrankung stehen, zwischen den einzelnen am Vertrag beteiligten Ärzten und Krankenhäusern unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden,
- alle notwendigen Daten zum Zweck der Abrechnung an die MediTool AG Hamburg weitergegeben werden,
- meine Dokumentationsdaten zum Zwecke der Qualitätssicherung von meinem behandelnden Arzt an die Evaluationsstelle, die Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH, Hamburg, gesandt werden,
- meine Adresse gegebenenfalls von der Krankenkasse

an eine neutrale Stelle weitergeleitet wird, damit diese mich zu meiner persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit befragen sowie durch Informationsschriften über Aktuelles aus dem Versorgungsmodell unterrichten kann. Ersteres ist nur erforderlich, wenn ich von der neutralen Stelle zu den zufällig ausgewählten Teilnehmern gehöre, die hierzu befragt werden sollen.

- ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Mit Zugang des Widerrufs bei der IKK ist damit der Austritt aus der Integrierten Versorgung verbunden.
  - die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der Integrierten Versorgung gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.
- Ja, ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der Integrierten Versorgung für orthopädische Erkrankungen einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Versicherten